

*El médico de la caverna de Platón: la justicia sanitaria en la globalización**

The doctor of the Plato's cavern: justice health in the globalization

Víctor De Currea-Lugo**

Resumen

El debate sobre justicia sanitaria, como parte de la discusión general de qué tipo de sociedad queremos en un mundo llamado globalizado, es inaplazable, o por lo menos debería serlo. Con tal fin es necesario volver a las bases conceptuales de lo que entendemos por justicia, por derecho a la salud y por globalización, desmitificando lugares comunes. El médico “globalizado” repite una serie de dogmas sin observar el mundo exterior. Así, termina por comportarse como el hombre del mito de la caverna de Platón y de dar explicaciones, que son más sombras que realidades, tales como la descentralización, la participación comunitaria, la educación en salud, los hábitos de vida saludables y la administración en salud. Allí es donde la bioética puede y debe contribuir al debate sobre lo justo.

Palabras clave: Bioética, justicia sanitaria, globalización, derecho a la salud.

Abstract

The debate about justice health, as a part of the general discussion about what kind of society we want in a so-called globalize world, cannot be postponed, or at least should not be. With this goal, it is necessary to come back to the conceptual basis of what we understand by the expressions justice, the right to health and globalization, breaking commonplaces. The “globalized” medical doctor repeats a series of dogmas without looking at the external world. In this way, he ends up behaving as the man in Plato's cavern myth, giving explanations –that are more shadows than realities– such as: decentralization, community participation, health education, healthy lifestyles and health administration. In this context is where the bioethics can and must contribute to the debate about justice.

Key words: Bioethics, justice health, globalization, the right to health.

Hoy por hoy, el debate sobre la justicia sanitaria implica la discusión misma sobre justicia, en un entorno de globalización en el que la mercantilización de la salud plantea nuevos debates

éticos. Por tal razón debemos hacer tanto precisiones conceptuales como reconstruir una serie de mitos que el mismo discurso académico ha perpetuado, empezando por la misma noción

* Trabajo de reflexión. Este documento que recoge las ideas y argumentos presentados durante el XVI Seminario Internacional de Bioética “Globalización o mundialización: un desafío para la Bioética”, realizado en la Universidad El Bosque –Bogotá, Colombia–, agosto de 2010. Documento entregado el 22 de septiembre de 2010 y aprobado el 06 de diciembre de 2010.

** Médico egresado de la Universidad Nacional de Colombia. Master en Estudios Latinoamericanos por la Universidad de Salamanca y Doctor por la Universidad Complutense de Madrid con la tesis: “La salud como derecho humano”. Ha trabajado en Colombia, Palestina, Darfur (Sudán) y Sahara Occidental, entre otros contextos. Profesor invitado en el “European Master in Human Rights and Democratisation” (Universidad de Deusto) y en el “International Master in Peace, Conflict and Development Studies” (Universidad Jaume I). Correo electrónico: decurrea@yahoo.com

de globalización y lo aparentemente inevitable del mercado de la salud.

1. Volver a las bases

Hablar de justicia sanitaria necesariamente nos obliga a adoptar una definición de justicia que no puede ser, como recomendaba Kelsen, subjetiva. Para Kelsen “la justicia es, ante todo, una característica posible pero no necesaria de un orden social. Solo secundariamente, una virtud del hombre”¹ si tenemos en cuenta que existen órdenes sociales injustos.

Para algunos de los grandes pensadores de nuestra época, la justicia va de la mano del concepto de igualdad. Según Bobbio “el valor de la igualdad no se distingue del concepto y del valor de la justicia en la mayor parte de sus acepciones”². Para Rubio, citando a Kelsen, “la igualdad y justicia son casi dos maneras de designar una misma cosa”³.

Pero no basta aceptar la necesidad de un orden social justo, ni la importancia de la igualdad si no caracterizamos el bien sobre el cual queremos que haya justicia e igualdad. ¿Es posible hablar de que un bien puede ser defendido ante la justicia sin que reconozcamos en ese bien una “naturaleza” jurídica? Nadie podría en justicia, obligar a otro a dar limosna a menos que uno crea que la limosna es deber del uno y derecho del otro, con lo cual deja de ser un acto de caridad para volverse una obligación jurídica.

Para lo que nos ocupa, es muy difícil construir un discurso de justicia sanitaria sin aceptar que

la salud es un derecho, que está sujeto a las normas. Existen normas suficientes y necesarias en el derecho internacional de los derechos humanos para deducir (no para proponer) la existencia, sin duda alguna, del derecho a la salud⁴. Sin embargo, decía Paul Hunt que uno de los problemas fundamentales, en su ejercicio como Relator Especial de las Naciones Unidas para la Salud, es que mucha gente no cree en la existencia del derecho a la salud a pesar de las normas que lo sustentan⁵. Por eso, la construcción de la justicia sanitaria pasa, necesariamente, por la defensa del derecho a la salud.

Una definición de salud como bien jurídico debe llenar, por lo menos, tres requisitos: 1) que sea moralmente aceptable y socialmente consensuada, 2) que sea real o potencialmente garantizable desde los servicios de salud y, por tanto, que se defina en términos de formas racionales y razonables de intervención para el mantenimiento o reposición de la salud y 3) que sea jurídicamente exigible y, por consiguiente, que pueda encajar dentro de la lógica jurídica que obliga a definir el bien jurídico de tal manera que sea ese, y no otro, su objeto de protección. En otras palabras, el fruto de un contrato social en salud.

El problema central de la justicia sanitaria, hoy por hoy, incluye el debate sobre cómo se destina el presupuesto de salud, quién recibe las ganancias, quién se lucra y quien pierde, y aún más, sobre cuál es la importancia que una sociedad da a los servicios de salud. Es decir, el problema de la justicia sanitaria no se reduce al debate sobre la asignación de recursos pues tiene que ver con el concepto de justicia que adopta un orden social determinado. En otras palabras, “el mejor método de financiamiento

¹ KELSEN, Hans. ¿Qué es la justicia? En: SÁNCHEZ AZCONA, Jorge. *Lecturas de Sociología y Ciencia Política*. México DF: UNAM, 1987. p. 107.

² BOBBIO, Norberto. *Igualdad y Libertad*. Barcelona: Editorial Paidós, 1993. p. 56.

³ RUBIO LLORENTE, Francisco. *La forma del poder. Estudios sobre la Constitución*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Constitucionales, 1993. p. 670.

⁴ Véase la recopilación de normas que incluyo como anexo en mi libro, DE CURREA-LUGO, Víctor. *La salud como derecho humano*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2005. pp. 107-118.

⁵ HUNT, Paul. *Neglected diseases, social justice and human rights: some preliminary observations*. Health and Human Rights Working Paper Series No. 4. WHO, diciembre de 2003.

(de la seguridad social) depende decididamente de lo que la nación considere cuál es la razón de la existencia del sistema”⁶.

Para Diego Gracia, un sistema justo de salud tiene que mirar los principios de su formulación a la par de sus consecuencias⁷. El problema es que la figura constante que se repite en casi todos los intentos por construir un modelo de salud justo es que se presupone, como algo indiscutible, la escasez de recursos. Un modelo de salud sometido al principio de justicia sanitaria sería el producto no sólo de una norma justa y de un modelo institucional ajustado a dicha norma, sino también de un presupuesto justo del cual se pueda disponer. No se puede hablar de justicia sanitaria cuando no hay recursos para materializar tal justicia o cuando el énfasis está puesto en la “contención de costos” y no en los derechos del paciente.

Podemos resumir, a riesgo de equivocarnos, diciendo que la justicia sanitaria es la forma de llamar, desde la bioética, a la justicia social en salud. Esto no nos dice qué es pero nos indica el objeto que persigue. Y, como no podemos precisar la justicia en salud, podemos avanzar citando algunos datos ilustran la injusticia en salud:

Sólo el 10% de las investigaciones en salud son hechas en enfermedades que representan el 90% de la carga global de la enfermedad⁸. Y son precisamente los países más pobres los que aguantan el 80% de dicha carga⁹. La enfermedad tiene, indiscutiblemente, un componente de

clase social. La OMS estimó que en 1998, once millones de personas murieron por 6 infecciones cuyo costo terapéutico era de 20 dólares por vida salvada, un costo total de 220 millones de dólares, una gota en el océano financiero si se compara con los rescates que hicieron, con fondos públicos, los gobiernos para salvar bancos en la crisis de 2008¹⁰.

Tenemos suficiente conocimiento, ciencia y tecnología para tener justicia sanitaria, solo falta voluntad política. Y esa voluntad política, para garantizar la justicia en salud debe, por lo menos, incluir dos elementos: creer que la justicia es un bien supremo y construir un consenso de lo que es justo en salud, digamos un contrato social en salud. Sin contenido político el principio de “justicia sanitaria” sería una fórmula vacía de la que no puede deducirse nada.

2. La globalización que nunca fue

Quiero empezar citando un párrafo de un texto que releí hace poco: “La necesidad de encontrar mercados espolea a la burguesía de una a otra parte del planeta (...) Las viejas industrias nacionales se vienen a tierra (...) Ya no reina aquel mercado nacional que se bastaba a sí mismo y donde no entraba nada de fuera; ahora, la red de comercio es universal y en ella entran, unidas por vínculos de interdependencia, todas las naciones”. Esto no fue escrito por algún nuevo premio Nobel de Economía a comienzos del siglo XXI sino a mediados del siglo XIX por Karl Marx¹¹. Cuando Marx escribió esto el mercado se internacionalizaba, ahora lo hace el capital financiero y la producción, pero para efectos de este texto, la diferencia no es relevante.

⁶ Citado por: MUSGROVE, Philip. El efecto de la seguridad social y la atención en salud en la distribución del ingreso. En: MESA-LAGO, Carmelo (compilador). La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. México: Fondo de Cultura Económica, 1986. p. 236.

⁷ GRACIA, Diego. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Publicación Científica No 527. Washington: OPS, 1990. pp.187–201.

⁸ HUNT, Paul. Op. cit. p. 6.

⁹ BENATAR, Solomon; GILL, Stephen; BAKKER, Isabella. Making progress in global health: the need for new paradigms. *International Affairs*, volumen 85 (2): 347–371. Marzo de 2009. p. 347.

¹⁰ Ibid. p. 350.

¹¹ MARX, Karl y ENGELS, Friedrich. Manifiesto del Partido Comunista, 1848.

Con esto quiero recalcar una sola idea: lo que llamamos globalización no es otra cosa que una nueva fase del capitalismo, una fase en la que se anuncia la crisis del Estado-nación¹². Pero el Estado no está en crisis *per se*, como si fuera un cuerpo humano que envejece y “naturalmente” se acerca a la muerte, sino que como toda creación humana es producto de decisiones deliberadas: el Estado actual ya no es funcional al capitalismo, el cual, en su nueva fase lo transforma; de la misma manera que antes reivindicó el Estado-nación de cara a la monarquía, ahora lo niega en su versión actual. El capitalismo es como Saturno que no duda en devorar a sus propios hijos.

El engaño está en creer que hay varias globalizaciones cuando en realidad lo que hay son varias expresiones de la misma fase de desarrollo del capitalismo, varias velocidades del mismo fenómeno. En tiempos de aparente complejidad lingüística, de polisemia, la pluridimensionalidad, la polivalencia, de la multiculturalidad, de lo plurinacional y lo multidisciplinario, llamar a la globalización simplemente capitalismo avanzado suena a sacrilegio, pero es eso: el intento de superar la forma actual del Estado-nación como espacio político-económico prioritario para la regulación del capital que se expresa en formas como la internacionalización del mercado financiero. El Estado-nación no desaparece sino que se hace a otra lógica. “Supone en definitiva una ‘segunda revolución capitalista’. Es decir, es el triunfo (...) del capitalismo desarrollado globalmente y de ideología política, a saber: el neoliberalismo político y económico”¹³.

Es cierto que hay varias expresiones de esa globalización: las más mencionadas son: de la técnica y de las comunicaciones (pero el acceso a esa técnica no es universal, decía Kofi Annan que más de la mitad de la humanidad no han hecho ni recibido nunca una llamada telefónica¹⁴), de la cultura (masificación de los patrones de consumo), económica y financiera (“más de la tercera parte de la producción industrial del mundo es hecha por Empresas Transnacionales”¹⁵); la globalización de la política (la declaración del triunfo del modelo capitalista), etc., pero eso no nos permite hablar de varias globalizaciones; el capitalismo en su desarrollo tampoco tuvo un proceso lineal y uniforme, pero eso no nos permite hablar de varios capitalismoos.

Claro que la globalización tiene cosas buenas, como las tuvo el socialismo realmente existente y el capitalismo, pero habría que mirar qué cosas, buenas para quién, y si tal ventaja es un fin último o –dicho en el lenguaje de moda– son “daños colaterales” del proceso globalizador. El capitalismo es capitalismo, llámese economía de mercado o globalización. Si la globalización es una nueva fase capitalista, no se puede decir que “otra globalización es posible” de la misma manera que no se puede decir que otro capitalismo es posible u otro machismo es posible. La globalización no es lo que podría ser, es lo que es. No podemos alimentar la nostalgia por la globalización que nunca fue.

Hoy es mayor la enajenación social, hoy hay más riqueza en el mundo pero hay más pobres, hoy las diferencias entre los ricos y los pobres son mayores. Según el PNUD, en 1999, las tres personas más ricas del mundo disponían de

¹² El Estado como tal es propio de las formaciones políticas posteriores a la época medieval, es decir el Estado es por definición moderno. Ver: BOBBIO, Norberto. *Stato, governo, società. Per una teoria generale della Politica*. Turín: Giulio Einaudi editore, 1985. Edición consultada: Estado, Gobierno y Sociedad. Por una teoría general de la política (traducción de José F. Fernández Santillán). México: Fondo de Cultura Económica, 1989. pp. 89–92

¹³ FARIÑAS DULCE, María. *Globalización, ciudadanía y derechos humanos*, Madrid: Dykinson, 2000. p. 10.

¹⁴ ANNAN, Kofi. *Nosotros los pueblos: la función de las Naciones Unidas en el siglo XXI. Informe del Secretario General* [en línea]. New York: ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2000. Párrafo 54. Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un/unpan004567.pdf>

¹⁵ DE SOUSA SANTOS, Boaventura. Citado por FARIÑAS DULCE, María. Op. cit. p. 6.

activos equivalentes al PIB de 600 millones de habitantes de los países menos desarrollados¹⁶; en Francia, entre 1999 y 2000, las 500 primeras fortunas personales aumentaron en un 67%, mientras en el mismo período aumentó el salario mínimo apenas en un 3,2%¹⁷. Hoy ya no se lucha por un trabajo digno sino que basta un trabajo cualquiera, así sea en condiciones de esclavismo¹⁸, sin sindicatos, sin salario mínimo, sin horarios. Hoy hay menos sueños y más pesadillas. Hoy, más que nunca, todas las cosas están sujetas al mercado: desde la información genética hasta los viajes a la luna, pasando por la cooperación internacional.

Algunos plantean que la internacionalización de los derechos humanos es parte del proceso globalizador, lo que no es cierto. Los derechos humanos nacieron con tal pretensión universal en una época en que el capitalismo necesitaba de las fronteras para su consolidación; esfuerzos como la Corte Penal Internacional no son ejemplos de globalización, sino universales por definición¹⁹. La tensión que se vive entre las farmacéuticas y el acceso a los medicamentos, entre las políticas de la llamada “flexibilización laboral”²⁰ y los derechos de los trabajadores, entre el derecho a la alimentación y la obligato-

ria apertura del mercado agrícola en los países pobres, en suma: entre los derechos humanos y los acuerdos comerciales internacionales, muestra que hoy día no hay una globalización de los derechos humanos (que haría parte de eso llamado globalización) sino que la lucha por los derechos humanos se mantiene a pesar de la globalización o, más exactamente, contra la globalización.

Otros más nos hablan de una “circularidad ética” para esa persona globalizada, de una red social, de una multi-centralidad, que niega una obviedad: dígame lo que se diga, la pobreza y la explotación capitalista que la produce son reales. Se nos dice que la globalización determina todos los aspectos del ser humano ¿Acaso no determinó el feudalismo el arte y la ética? ¿No influyó marcadamente el Renacimiento en el hombre del Renacimiento? Según Bobbio, hay tres esferas de condicionamiento que equivalen al poder ideológico, al económico y al poder político²¹. Tanto el neoliberalismo como el socialismo realmente existente, tanto el fascismo como el capitalismo, nos tratan de imponer una concepción del mundo, un control de los bienes y unos mecanismos de coacción, luego esa búsqueda del hombre determinado/controlado no es un privilegio de la globalización capitalista. El conjunto de la privatización de empresas, el libre mercado, un mercado financiero sin fronteras, una desregulación jurídica, etc., claro que producen un ser diferente al ser humano medieval. Decíamos antes de la existencia de varias velocidades de la globalización y esas múltiples caras contribuyen a la determinación/imposición de un hombre globalizado.

3. De la caridad al negocio

En esa globalización, la real no la soñada, la vivida no la prometida, la reforma a los sistemas

¹⁶ UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME –UNDP–. Human Development Report [en línea]. New York: Oxford University Press, 1999. p. 3. Disponible en: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_1999_EN.pdf

¹⁷ TEITELBAUM, Alejandro. La crisis actual del derecho al desarrollo. Bilbao: Universidad de Deusto, 2000. p. 14.

¹⁸ Solo en Brasil, la Organización Internacional del Trabajo reportó recientemente la existencia de 25.000 personas esclavizadas. La OIT estima que en América Latina y el Caribe hay 1,3 millones de personas víctimas de trabajo forzoso. Ver, ejemplos de estas prácticas en: OIT. Trata de seres humanos y trabajo forzoso como forma de explotación. Ginebra, 2006.

¹⁹ Lo universal no es sinónimo de lo global. Para el debate sobre lo universal ver mi trabajo: DE CURREA-LUGO, Víctor. La universalidad: la amenaza al antropólogo humanitario. En: VV.AA. La universalidad cuestionada. Barcelona: Editorial Icaria, 2007. pp. 159–169.

²⁰ Utilizamos esta categoría, flexibilización, debido a su uso masivo, no sin precisar que, siguiendo a Stiglitz, la llamada flexibilidad del mercado laboral “en la práctica ha sido simplemente una expresión en clave que significa salarios más bajos y menor protección laboral”. STIGLITZ, Joseph. El malestar en la globalización (traducción de Carlos Rodríguez Braun). Madrid: Editorial Taurus, 2002. p. 115.

²¹ BOBBIO, Norberto. Op. cit. p. 133.

nacionales de salud, el auge de patentes para medicamentos, la inclusión de normas para proteger a las industrias farmacéuticas en los tratados de libre comercio muestran, entre otros ejemplos, que el paso dado en la salud es de la caridad al negocio, sin pasar por el derecho.

Paradójicamente, la mercantilización de la salud se da al mismo tiempo con la oleada democratizadora y de nuevas constituciones en América Latina, con el auge de un nuevo modelo de justicia internacional basado en una mayor conciencia de los derechos humanos, y de un desarrollo conceptual del derecho a la salud²². La globalización en salud ha sido más patentes que medicamentos, más exclusiones que cobertura, más mercado que derechos (no citaré ejemplos más lejanos como la pérdida de soberanía alimentaria, la ya mencionada flexibilización laboral o la formación de monopolios, todos estos hechos que tiene también un impacto en la salud).

Un caso es el del “Gran Pharma”. Detrás de él, está la práctica de métodos poco éticos y poco científicos para probar nuevas sustancias y la búsqueda de la mayor rentabilidad posible en el mercadillo de los medicamentos. Por eso algunos medicamentos pediátricos han sido comercializados sin pruebas en menores de edad. En España, durante 6 años, el gobierno retiró del mercado 26 medicamentos, algunos de ellos antibióticos²³.

El argumento más manido para defender las utilidades de la industria farmacéutica ha sido la necesidad de garantizar la financiación de nuevas investigaciones, sin embargo, se ha demostrado que sólo un mínimo porcentaje del presupuesto

se invierte en nuevas investigaciones y la gran mayoría en comercialización de los productos²⁴. Las casas farmacológicas, incluso, han querido aplicar pactos de precios a las vitaminas²⁵, que no son producto de ninguna investigación ni están protegidas por patente alguna.

Las patentes son un mecanismo claro de mercantilización de la salud. La consecuencia de la protección de las patentes implica la prohibición del acceso a los medicamentos a gran parte de la población infectada por VIH; no estamos ante un debate sencillo ni de consecuencias superfluas: cada 5 minutos una persona muere de SIDA en el mundo. En Botsuana, el 35% de las mujeres embarazadas son seropositivas y más del 40% de los jóvenes entre 20 y 34 años están infectados²⁶. En 2003, 700 mil niños contrajeron VIH²⁷.

La lógica de la industria farmacológica ha sido siempre la rentabilidad y las invocaciones al derecho son meramente instrumentales. Entre 1990 y 1997 se lanzaron al mercado 1.223 medicamentos, de los cuales sólo 340 eran verdaderas innovaciones terapéuticas y sólo 11 (menos del 1%) eran para el tratamiento de las mal llamadas enfermedades tropicales, enfermedades que afectan casi a la mitad de la humanidad. De estos 11, seis fueron obtenidos por casualidad²⁸. En 2000, un proyecto de producción de un antimicótico fue abandonado por la farmacéutica Aventis tras evaluar que “el potencial comercial sería de ‘solamente’ 400 millones de dólares. Se

²² COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments), Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000.

²³ Demasiada dosis contra el colesterol. *El País*, Madrid, agosto 12 de 2001.

²⁴ Esta fue una de las conclusiones sustentadas con estadísticas, presentadas en la Universidad de Lund (Suecia) por Katarina Tomasevski (Alta Comisionada de las Naciones Unidas para el derecho a la educación pero con varios trabajos sobre el derecho a la salud) en un seminario con participación de representantes de la industria farmacológica sueca. Lund, otoño de 2002.

²⁵ Nueva multa de Bruselas a firmas farmacéuticas por pactar precios. *El País*, Madrid, diciembre 6 de 2001.

²⁶ Un país que se muere de sida. *El País*, Madrid, 17 de junio de 2001.

²⁷ HERRANZ, Emilia. Sida: millones de muerte evitables. *El País*, Madrid, julio 13 de 2004.

²⁸ La globalización daña la salud. *UN Periódico*, número 7, Bogotá, febrero 13 de 2000.

necesitaban 500 para obtener la bendición de los analistas”²⁹.

Las enfermedades de pobres no son rentables. Las enfermedades abandonadas son definidas por la OMS como aquellas que “afectan casi exclusivamente a los pobres y a los pueblos sin poder que viven en las áreas rurales de los países de bajos ingresos”³⁰. Los llamados “nichos de mercado” entre esas poblaciones es nulo y por tanto no son sujetos de ningún tipo de justicia sanitaria.

Casi cuarenta empresas multinacionales iniciaron una demanda contra Sudáfrica para obligarlo a anular que este país haya transgredido las leyes sobre patentes alegando una emergencia por VIH, permitiéndose así la producción local de fármacos y facilitando el acceso de medicamentos por parte de las personas afectadas³¹. Después del 11 de septiembre de 2001, el gobierno de Estados Unidos, invocando una situación de emergencia por la supuesta amenaza de bioterrorismo, violó las regulaciones sobre patentes para garantizar la distribución masiva de *Cipro*, un medicamento que serviría para combatir tales amenazas. La lógica de la seguridad nacional y el argumento de la protección de la salud de las personas justificaron tales medidas. ¿Por qué tal lógica no es válida en el caso de los países de África que literalmente están muriendo de SIDA?

La campaña por el acceso barato de medicamentos a los infectados con VIH no descarta el

²⁹ RIVIERE, Philippe. Contraproyecto de Romainville. *Le Monde Diplomatique*, edición en español, marzo de 2003.

³⁰ WHO. Global defence against the Infectious Disease Threat, 2002. p. 96.

³¹ Para esta debate, ver los documentos de la campaña: “Patentes, ¿a qué precio?”, realizada por INTERMON–OXFAM: “Argumentos inverosímiles. Por qué las razones de los gigantes farmacéuticos no se sostienen”; “Salud pública, bienestar privado”; “Reducir el coste, patentar la injusticia. Las reglas del comercio internacional: una amenaza para la salud de los pobres” y “Sudáfrica vs. Gigantes farmacéuticos. Dossier Informativo sobre la demanda de las empresas farmacéuticas al gobierno sudafricano” (Madrid, abril 2001).

negocio, ni las ganancias de las transnacionales farmacéuticas, ni la libertad de mercado, ni la propiedad intelectual, simplemente considera que el negocio tiene un límite en los derechos humanos. En estos tiempos parece que a cada paso que se habla de derechos humanos se debe subrayar que no hablamos sólo de la propiedad intelectual y de la libertad de mercado y del derecho de poseer sino, ante todo, de la dignidad.

En el mismo sentido, se incorporan cláusulas que afectan la prestación de servicios de salud en los tratados de libre comercio. Pero ese abandono de la salud al mercado no sería posible sin normas que lo sustentan, sin credos internacionales que lo justifican, sin instituciones que lo avalan. Es el caso de la Organización Mundial del Comercio, cuyas medidas no sólo van en contravía de lo que se haya dicho a favor del derecho a la salud sino que, además, tiene el poder de imponer sus normas. Hoy las normas de la OMC priman sobre los pactos internacionales de derechos humanos, como lo confirman numerosos trabajos³².

4. La caverna del médico de hoy

Platón, en su libro *La República*, explica el mito de la caverna. En una caverna abierta a la luz hay unos hombres que están en ella desde niños, atados de modo que sólo puedan mirar hacia delante. Ellos no aceptarán por cierto ninguna otra cosa más que las sombras de los objetos que se proyectan en la pared. Si uno de ellos fuera liberado y viera que hay un mundo más allá de las sombras, éste sería tomado por loco al regresar y hablar de ese otro mundo. El mercado de salud se ha convertido en la caverna del médico de hoy.

³² JOSEPH, Sara. Trade and the Right to Health. Realizing the Right to Health. *Rüffer and Rub*. Zürich: 2009. pp. 359–368. Ver además: BENATAR, Solomon; GILL, Stephen; BAKKER, Isabella. Op. cit. pp. 347–371.

Al hombre de la caverna, cuando le hablan de justicia sanitaria, él simplemente cita una serie de mitos que cree, de sombras que ve en el muro proyectadas y que da por reales. Cuando se le dice que hay un mundo fuera donde los servicios de salud son de hecho diferentes, él contesta que no debemos ser asistencialistas, repite la frase tramposa de que no hay que preguntar que hace el país por mí sino que he hecho yo por mi país (como si yo tuviera el mismo poder que los poderosos), que todos vamos en el mismo barco (sin explicar que unos van de capitanes y otros de remeros), que privatizar es bueno porque lo dijo el Banco Mundial, que los hospitales no funcionan sólo y únicamente porque están mal administrados.

Para el hombre de la caverna no hay directores de hospitales sino gerentes, ya no hay pacientes sino clientes, ya no hay clases sociales sino sociedad civil, ya no hay pueblo sino gente, ya no hay “pobres absolutos” sino menos favorecidos, ya los números no dan cuenta de personas sino de montos de venta, ya no se dice cobertura sino nichos de mercado, ya no hay enfermedades sino (en el lenguaje de las aseguradoras) siniestros. Cuando al hombre de la caverna se le dice “autonomía médica para tratar al paciente” él oye “demanda inducida”, cuando se le dice “relación médico-paciente” él oye “relación proveedor-cliente”. Ese hombre de la caverna, organiza y recita una serie de dogmas, algunos de los cuales mencionaremos a continuación:

4.1 La descentralización

Este debate incluye el proceso de descentralización en salud, las experiencias locales³³ y las diferentes respuestas del orden departamental y municipal a la reforma en salud³⁴. Más allá de

particularidades de aplicación, creemos que la descentralización como fenómeno político poco aporta al debate sobre modelos impuestos en el orden nacional. Como lo entiende Muñoz Machado, citando al Tribunal Constitucional Español, lo que se pretende al fijar unas bases generales para los servicios de salud “es que tales bases tengan una regulación normativa uniforme y vigencia en toda la nación” más allá de las particularidades que luego se den en cada autonomía o en cada región³⁵.

Solo precisaremos que, para el Estado, la descentralización es el mecanismo para salvar los modelos centralistas, estatistas e ineficientes que acompañaron la administración pública. La descentralización administrativa se entiende como el traslado total de las competencias y recursos del nivel central a las entidades territoriales para su administración autónoma, comporta el proceso de adecuación y modernización institucional, con el fin de mejorar los servicios públicos y la ampliación de las coberturas actuales³⁶.

Pero, para las autoridades municipales la descentralización, especialmente en los municipios pobres y pequeños, es sinónimo, en general, de implementación de políticas neoliberales y, para el caso que nos ocupa, de abandono del sector salud. Es decir, descentralizar no es distribuir herramientas de poder sino desconcentrar problemas. Así el municipio recibe todas las responsabilidades administrativas y financieras sin las herramientas necesarias para atender los requerimientos y desarrollar el sector salud de acuerdo con las necesidades de la población, sin capacidad administrativa y sin recursos financieros³⁷.

³³ Ver, por ejemplo, VV.AA. ¿Y cómo va la reforma? Consejería de Política Social. Bogotá; FES, Fescol, 1996.

³⁴ Ver, para el caso de salud y educación: MASCARREÑO, Carlos. Municipalización de los servicios sociales en América Latina, Caracas: CLAD, 1996.

³⁵ TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia 32/1983. Madrid: 1983. Citado en: MUÑOZ MACHADO, Santiago. La formación y la crisis de los servicios sanitarios. Madrid: Alianza, 1995. p. 104.

³⁶ Ver, sobre las políticas del Ministerio de Salud y directrices de la OPS/OMS en materia de descentralización en salud, entre otros: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington: 1993.

³⁷ Como ejemplo, ver el caso mexicano en: LOPEZ, Oliva; BLANCO, José; RIVERA, José. Descentralización y paquetes básicos de salud

4.2 Participación comunitaria en salud

La participación comunitaria se materializaría en mecanismos como: los servicios de atención de usuarios, los Comités de Participación, y las asociaciones de usuarios. Históricamente, la participación comunitaria en las políticas de salud ha sido nula. En algunos casos ha sido un instrumento de intervención estatal para vincular grupos sociales a diferentes tareas, sobre lo cual caben dos preguntas: a) ¿la participación inducida desde el Estado es instrumento de integración vertical o puede ser puntal para ampliar el ejercicio de la democracia por parte de las clases y grupos subordinados? y b) ¿hasta qué punto los programas de participación son un mecanismo de traslado de funciones del Estado a las comunidades y hasta qué punto sirven a la actividad autogestora o al fortalecimiento de la organización social?

Pero antes debemos preguntarnos ¿por qué debe haber participación y por qué en salud?³⁸ Otros eventos de nuestra vida son igualmente importantes o, si se quiere, constituyen necesidades vitales básicas, pero no están expuestas al discurso de la participación. Hay una ola que mitifica la participación en salud hasta fines casi caricaturescos que yo suelo representar con la imagen de la “apendicectomía participativa” como meta de democratización de los servicios de salud.

Pero lo que hay detrás es otra cosa. El aspecto práctico es que la participación en salud es de efímero resultado y su poder prácticamente inexistente. La participación no hace parte del momento de definición de las políticas públicas o distribución de presupuestos. En Colombia,

los Comités de Participación Comunitaria, por ejemplo, no tienen asiento en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud³⁹. La participación comunitaria en salud ha tenido varios tipos de accionar⁴⁰, pero esas labores se han desarrollado más desde un remendar que desde un exigir. Participar para reemplazar al Estado no sería precisamente una opción perseguida desde los derechos humanos. La participación podría justificarse como la intervención de las organizaciones sociales en los niveles de decisión económica y política, y en la formación de ciudadanos antes que de consumidores, pero esto es muy lejano del modelo dominante de participación.

4.3 Educación en salud y hábitos de vida saludables

Los habitantes de los barrios pobres reciben periódicamente cursos sobre la diarrea, sin embargo los índices de diarrea se mantienen y a veces empeoran. En los barrios ricos no se dan cursos para prevenir la diarrea y sin embargo no hay casos de diarrea. Para un observador podría haber alguna relación directa entre la realización de cursos y la presentación de casos de diarrea, pero todo apunta a que no es así. Dicho de otra manera, curar la depresión de la pobreza con anti-depresivos o recomendar una dieta rica en proteína animal donde no hay recursos, es parte de una tendencia que centra el problema de la enfermedad en un problema de educación y lo descentra del problema de las condiciones objetivas de vida de las personas.

Centrar todo en la educación equivale al discurso de los hábitos de vida saludables, los que serían aquí otro mito a mencionar. Decía Marx:

¿'nuevas' propuestas excluyentes? En: ALAMES en la memoria. La Habana: Editorial Caminos, 2009. pp. 429-445.

³⁸ En América Latina tanto las leyes nacionales como las posturas de las ONG coinciden en las ventajas de la participación comunitaria sin que, a nuestro juicio, haya suficiente claridad sobre qué significa exactamente para cada uno.

³⁹ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. Artículo 171.

⁴⁰ Tenemos: a) la acción reivindicativa (discrepancias entre la oferta y la demanda de los servicios de salud, críticas a la calidad de los servicios), b) acción tipo mutual (brigadas de aseo, quemas de basuras, limpieza de pozos), y c) la formación de grupos de salud (comités de participación comunitaria, Comités de Salud, promotoras, etc.).

“si tengo *vocación* para estudiar, pero no dinero para ello, no tengo ninguna *vocación* (esto es, *ninguna vocación efectiva, verdadera*)”⁴¹. Parafraseando a Marx, podemos decir que si tengo *vocación* para ser saludable, pero no tengo dinero para ello (para comprar comida saludable, tener actividades saludables, tener un entorno saludable y disfrutar de un reposo saludable) mi *vocación* no puede ser efectiva, real, verdadera. No se cura la desnutrición con conferencias si no hay disponibilidad de alimentos.

De nada sirve pues la educación en salud si ésta no se apoya en otros cambios reales de las condiciones concretas de vida de las personas. Estos cambios se han denominado “estilos de vida saludables” con un problema conceptual: tal noción no reconoce, de manera justa, el peso de las realidades socioeconómicas de las personas. Si de aceptar la categoría de estilos de vida se trata, preferiríamos hablar de “estilos de vida dignos” tal como lo entiende John Rawls⁴².

4.4 La administración en salud

En el modelo neoliberal, la administración en salud se generó como una labor paralela a la prestación de salud. Se volvió obligatoria la formación en administración en salud que incluye la satanización del sindicalismo (un derecho en la Constitución) desdibujando el principio de organización sindical y los derechos laborales. Pero esa administración tiene un límite y un espacio definido, el hospital, sin que ésta mire las otras partes del sistema. La crisis de los hospitales no se explica por los problemas propios del sistema sino por la supuesta incapacidad administrativa de los médicos que usualmente ocupaban y ocupan la plaza de directores de hospitales.

La nueva administración en salud busca evaluar los actos asistenciales, hacer estudios de costos en salud, evidenciar los puntos posibles de reducción de gastos. En esta lógica, los indicadores de gestión y de recurso humano no contemplan la noción del derecho a la salud. Del mismo modo, la acreditación y el control de calidad es el nuevo nombre de la administración, que busca un único objetivo: hacer rentable el hospital. La flexibilización laboral sumada a las nuevas dinámicas de gerencia, implica la evaluación del trabajo médico, por ejemplo, por el número de pacientes examinados por unidad de tiempo, antes que por la calidad de la atención. Médicos sometidos a formas de contratación temporal terminan, en esa dinámica, pervirtiendo el mismo ejercicio de su profesión.

Pero las fórmulas gerenciales no pueden resolver la crisis, principalmente, por dos cosas: a) porque no son la causa; b) porque los alcances que se persiguen en la administración en salud tienen mucho de mito. En palabras de José Félix Patiño, “hasta ahora la calidad, hay que reconocerlo, no ha ido más allá de un pronunciamiento conceptual, pero no se traduce en un propósito operativo”⁴³. Es curiosa la proliferación de expresiones como empoderamiento, reingeniería, control de calidad, calidad total, contención de costos, acreditación, sin que se sepa exactamente lo que quieren decir, en un contexto que desconoce la administración como un medio y la convierte en un fin. Es indudable que las herramientas de la administración benefician el uso adecuado de recursos, pero ese no es el debate: la discusión se refiere a las posibilidades reales de la administración de, por ejemplo, un hospital público pobre que compite con uno privado. Hay ejemplos de mejoramiento en el uso de recursos⁴⁴ pero el problema de fondo no

⁴¹ MARX, Karl. Tercer manuscrito. *Manuscritos. Economía y filosofía*. (Introducción y traducción de Francisco Rubio Llorente). Quinta Edición. Madrid: Alianza, 1974. p. 180.

⁴² RAWLS, John. *Political liberalism*. New York: Columbia University Press, 1993.

⁴³ PATIÑO, José Félix. Planteamientos del Presidente de la Academia Nacional de Medicina ante el Grupo de Trabajo. En: PATIÑO, José Félix (editor). *Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud*. Bogotá: Academia Colombiana de Medicina, 1999. p. 23.

⁴⁴ GIEDION, Ursula y col. *Medición de la eficiencia económica y de gestión en los Hospitales públicos del Distrito Capital*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Salud, 1999. pp. 93–106. Ver además: La Debaque hospitalaria. *El Tiempo*. Bogotá, 10 de octubre de 2001.

radica en la administración, sino en los recursos estatales para la salud⁴⁵.

El argumento de que “la gente tiene que pagar” o que entonces “los sistemas se quiebran” funciona en la caverna, pero no en la vida real. Ni el sistema noruego ha colapsado, ni el español de acceso universal. Es más, ni siquiera el modelo cubano está en crisis que se explique por el fantasma del abuso o del “error” de ofrecer acceso universal.

5. La injusticia sanitaria

La caridad es algo que se da al necesitado (aunque no todo lo que se dé al necesitado sea caridad) y a los clientes se les venden cosas, pero solo a los ciudadanos se les reconoce derechos. Por tanto, la justicia sanitaria debe empezar por construir y reconocer ciudadanía. El deber de La República es sacar a la gente de la caverna, según Platón. Podemos agregar que el deber de la universidad –y en nuestro caso particular de la bioética– es ayudar al ciudadano a salir de la caverna.

Pero ¿Qué plantea el neoliberalismo globalizador ante la enfermedad? La lucha contra ella, pero su mecanismo es la focalización, no la justicia: focalizar corresponde al discurso de que ya no hay que luchar por las necesidades humanas sino por las necesidades mínimas. Los Objetivos del Milenio son la expresión de tal política en el seno de las Naciones Unidas: no realizar el derecho a la salud sino un mínimo del mínimo, sin leer el contexto político y sin tocar ni levemente el poder. Por ejemplo, en lo conceptual la integralidad del derecho a la salud se reduce ahora a tres ejes (reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades). A

su vez cada uno de estos tres ejes se reduce a metas modestas, si se tienen en cuenta las necesidades reales y las potencialidades globales reales de cambiar tales situaciones. Y aun así, como reconocía Kofi Annan, “Si se mantienen las tendencias actuales, se corre el riesgo de que muchos de los países más pobres no puedan cumplir muchos de estos objetivos”⁴⁶.

Es necesario, para garantizar la justicia sanitaria, defender los logros de la democracia y ahondar en la modernidad⁴⁷. Los derechos humanos universales e integrales son una herramienta para la emancipación política a la que no se debe renunciar con el pretexto de que fueron hechos en Europa. Se habla de una “globalización de los derechos humanos” los cuales nacieron con una intención, una proclama y una tendencia universal sin necesidad del mercado global, es decir: los derechos humanos no son hoy más universales por la globalización sino a pesar de ella⁴⁸. Basta ver como la globalización lesiona los derechos humanos⁴⁹. Es más, hoy es más importante la normatividad de la Organización Mundial del Comercio (OMC) que la de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos, por tanto no hay una globalización de los derechos humanos sino una globalización que los niega. Esos contratos sociales internacionales (derechos humanos, derecho humanitario, acuerdo de Kioto, etc.) son traicionados por las políticas que impone la OMC. En resumen, hay que recuperar los triunfos del Estado social de derecho.

Los argumentos presentados hasta ahora, en todo caso, puede que no satisfagan a los ami-

⁴⁵ Entrevista con el director del Hospital Universitario del Valle, en: El HUV no se puede cerrar. *El País*. Cali, enero 20 de 2002.

⁴⁶ NACIONES UNIDAS. Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe de 2005, New York: 2005. p. 3.

⁴⁷ El mismo Marx había planteado la lucha por la democracia burguesa y el voto universal como una tarea de la clase proletaria en el Manifiesto Comunista (1848) y lo defiende, sin idealizaciones, en: *Las luchas de clases en Francia de 1848 a 1850*.

⁴⁸ Sobre la idea de la “globalización” de los derechos humanos, ver: MARTÍNEZ DE PISON, José. Globalización y derechos humanos. *Claves de Razón Práctica*, número 111: 40–48. Madrid, abril de 2001.

⁴⁹ TEITELBAUM, Alejandro. Op. cit. p. 14.

gos de la globalización sobre la necesidad de justicia sanitaria. Permítanme echar mano de un último argumento. Un modelo de análisis que podría ser útil es el muy conocido “velo de la ignorancia” propuesto por John Rawls para la formulación de una ley de salud⁵⁰. Este ejercicio del velo de la ignorancia es útil porque no apela ni a la compasión cristiana, ni siquiera a la dignidad humana y, aunque es contractualista, puede ser usado sin echar mano de contrato social alguno. Podría ser útil incluso en sociedades altamente insolidarias, como trato de mostrar en el siguiente ejemplo:

Revisando la tesis de Máster en curso de Daniel Suárez, me encuentro con un hecho desgarrador: la ley colombiana excluye la psicoterapia y sólo tiene en sus planes terapéuticos medicamentos de más de 50 años. Es decir, en Colombia se ofrece psiquiatría de los años 1950, es más, en aquellos años se hacía psicoterapia. Mi pregunta, basado en las teorías de Rawls es: ¿aceptaría el legislador y el juez que en caso de enfermedad mental él, hecho paciente, reciba cuidados médicos que excluyen todos los avances de la ciencia de los últimos 50 años? ¿Aceptaría ese juez y ese legislador, hipotéticamente sin recursos, las exclusiones que sufren los pobres y las limitaciones de acceso a medicamentos y a tratamientos? Esta no es una pregunta ingenua, es una pregunta peligrosa.

Hay una fábula muy conocida, la del escorpión y la rana. Una rana aceptó ayudar a un escorpión sirviéndole de medio para cruzar un río al llevarlo en su espalda, no sin antes advertirle sus temores de que el escorpión le clavara su aguijón. Este explicó que ese no era su objetivo

porque de hacerlo, en medio del viaje, ambos morirían. A mitad del recorrido el escorpión clavó el aguijón en la rana diciéndole: “lo siento, es mi naturaleza”. Ese es el problema de tomar como barco para cruzar el río de la enfermedad al modelo neoliberal, que nos abandona en mitad de la travesía por una cosa elemental: esa es su naturaleza. La naturaleza de la rana se deduce, en parte, de los hechos ocurridos. La globalización real es la que nos deja sistemas de salud injustos, medicamentos inaccesibles para la población más pobre, y un largo etc.

Y ese panorama es el campo de reflexión bioética y el reto para la práctica médica. Es cierto que el paciente tiene, en general, un limitado conocimiento, pero es un sujeto ético tan válido como el médico; es el médico el que en principio sabe qué tratamiento es el más justo, pero el paciente tiene unas expectativas que deben contar. Aun teniendo en cuenta al paciente como sujeto moral y sus expectativas, la autonomía (el consentimiento informado⁵¹), la beneficencia, la no maleficencia, estos principios se ven lesionados cuando no hay justicia sanitaria, cuando las posibilidades terapéuticas están limitadas por el mercadillo de la salud, cuando la ética del médico se ve reducida, cuando las expectativas del paciente se ven forzosamente restringidas a su capacidad de pago.

No hay autonomía del médico para elegir el tratamiento, no hay beneficencia, porque el mercado le dice lo que es rentable y, entonces, posible de usar. Hay maleficencia porque quien guía la terapéutica es la mano del mercado cuyo negocio no es hacer salud sino hacer dinero. El gran reto para el médico de hoy es ser ahorrador del gasto médico o ser garante de derechos, y esto muchas veces, es incompatible. ¿Es acaso

⁵⁰ Para una crítica al modelo de salud de los Estados Unidos desde el pensamiento de John Rawls, ver: DOUGHERTY, Charles. *American Health Care. Realities, rights and reforms*. New York: Oxford University Press, 1988. Ver, además: VEATCH, Robert. *Justice and the Right to Health Care: An Egalitarian Account*. En: BOLE III, Thomas J.; BONDESON, William B. (Editors). *Rights to health care*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1991. pp. 83–102.

⁵¹ Son discutibles los alcances reales el consentimiento informado, porque el profesional de la salud es, finalmente el que sabe, por el poder médico y por el estado de necesidad de la persona enferma, pero este debate sobrepasa los alcances del presente documento.

esto un llamado al activismo del médico en la agenda política? Sí. Las políticas sanitarias son también, aunque algunos lo duden, un asunto médico, es más, es un asunto bioético, sin el cual los otros pilares de la bioética no podrían realizarse en su total plenitud.

Las decisiones políticas que producen injusticias sanitarias, que producen dolor, perpetúan la enfermedad y llevan a la muerte, son parte del debate bioético y parte del debate inicial: qué tipo de sociedad queremos. Sin embargo el debate que prevalece es cómo facturar mejor, cómo implementar herramientas gerenciales más eficaces, cómo controlar el gasto, cómo desestimular el uso de los servicios de salud, cómo incrementar el número de pacientes por médico. Todos estos son los “debates de la caverna”. Pero hay que ver otros modelos de salud para entender que la justicia sanitaria no sólo es deseable sino también posible.

A los habitantes de la caverna les pregunto ¿podrían por un momento pensar un modelo de salud sin intermediarios financieros? Sólo tienen que volver la vista atrás. ¿Podrían pensar un escenario donde el médico sea autónomo en la elección del tratamiento que más sirve a su paciente? Solo tienen que ver otros sistemas de salud donde esto es real y cotidiano ¿Podrían imaginarse un hospital que ofrezca servicios y no que venda productos? ¿Podrían pensar en un modelo de salud que en vez de apoyar a Darwin lo contradiga dando precisamente ayuda a los más necesitados? ¿Podrían los ciudadanos de los Estados Unidos soñar un servicio de salud de acceso universal y gratuito como el de España? ¿Podrían los chilenos imaginarse un servicio de salud sin ISAPRES y los colombianos uno sin POS y sin EPS? ¿Por qué no?

Pero la cotidianidad de las facturas y las contrataciones parecen impedir, sólo parecen, este tipo de reflexiones. No podemos ante las preguntas

esenciales de la justicia sanitaria responder, como es usual, con la historia del médico holgazán y del paciente que abusa de los servicios, del gerente corrupto y del salario del trabajador de la salud. Tenemos que reivindicar la acción médica, pero no desde la nostalgia de la profesión liberal sino desde la defensa de su ejercicio como espacio de solidaridad humana.

Así parece que la respuesta por la justicia sanitaria no hay que buscarla prioritariamente en los pasillos de los hospitales sino en el modelo económico. Los errores son tan graves como sus consecuencias y los “errores” del modelo económico neoliberal se pagan, en salud, con enfermedad y muerte. No olvidemos que el neoliberalismo no es solo una forma de producir, es también una forma de pensar el mundo.

Cuando la bioética incorporó en sus postulados la búsqueda de la justicia sanitaria, la bioética se sumó a una batalla que debe ser dada con la altura que ésta se merece. Eduardo Díaz-Amado, señala los potenciales aportes de la bioética a la paz, entendiendo la paz como justicia, al tiempo que llama la atención sobre lo que él llama los dos grandes defectos del quehacer bioético “la miopía de la experticia y el cinismo de la sofística”⁵². El primero implica la renuncia a mirar el contexto y la segunda el culto a la palabrería. Para Díaz-Amado, el aporte de la bioética clínica a la paz es contribuir en la lucha contra la enajenación del médico⁵³. Yo agregaría que desde la justicia sanitaria el aporte es la contribución a la justicia social.

Acepto, para terminar, que es muy difícil precisar qué es lo justo, como me cuesta trabajo ofrecer la fórmula de lo que es la justicia sanitaria,

⁵² DÍAZ AMADO, Eduardo. Crítica a la Bioética. Si ha de ser Instrumento para la Construcción de Paz en Colombia. Revista Latinoamericana de Bioética, volumen 7 (12): 92–101. Enero–Junio 2007.

⁵³ Según Rubio Llorente, la enajenación no es un asunto exclusivo ni del capitalismo ni de lo económico. Introducción a su traducción de: MARX, Karl. 1974. Op. cit. pp. 45–119.

por lo menos espero haber mostrado algunos elementos de lo que, a mi juicio, es, definitivamente, una injusticia. Y, como diría Aristóteles ante la pregunta de qué es la justicia, justicia es aquello que no es injusto.

Bibliografía

1. ANNAN, Kofi. Nosotros los pueblos: la función de las Naciones Unidas en el siglo XXI. Informe del Secretario General [en línea]. New York: ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2000. Párrafo 54. Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un/unpan004567.pdf>
2. BENATAR, Solomon; GILL, Stephen; BAKKER, Isabella. Making progress in global health: the need for new paradigms. *International Affairs*, volumen 85 (2): 347–371. Marzo de 2009.
3. BOBBIO, Norberto. Igualdad y Libertad. Barcelona: editorial Paidós, 1993.
4. _____. Stato, governo, società. Per una teoria generale della Politica. Turín: Giulio Einaudi editore, 1985. Edición consultada: Estado, Gobierno y Sociedad. Por una teoría general de la política (traducción de José F. Fernández Santillán). México: Fondo de Cultura Económica, 1989.
5. COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments), Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000
6. DE CURREA-LUGO, Víctor. La universalidad: la amenaza al antropólogo humanitario. *En*: VV.AA. La universalidad cuestionada. Barcelona: Editorial Icaria, 2007. pp. 159–169.
7. _____. La salud como derecho humano. Bilbao: Universidad de Deusto, 2005.
8. DIAZ AMADO, Eduardo. Crítica a la Bioética. Si ha de ser Instrumento para la Construcción de Paz en Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, volumen 7 (12): 92–101. Enero–Junio 2007.
9. DOUGHERTY, Charles. American Health Care. Realities, rights and reforms. New York: Oxford University Press, 1988.
10. El HUV no se puede cerrar. *El País*. Cali, enero 20 de 2002.
11. FARIÑAS DULCE, María. Globalización, ciudadanía y derechos humanos, Madrid: Dykinson, 2000.
12. GIEDION, Úrsula y col. Medición de la eficiencia económica y de gestión en los Hospitales públicos del Distrito Capital. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Salud, 1999.
13. GRACIA, Diego. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. *Publicación Científica* No 527. Washington: OPS, 1990. pp.187–201.
14. HERRANZ, Emilia. Sida: millones de muerte evitables. *El País*. Madrid, julio 13 de 2004.
15. HUNT, Paul. Neglected diseases, social justice and human rights: some preliminary observations. Health and Human Rights Working Paper Series No. 4. WHO, diciembre de 2003.
16. JOSEPH, Sara. Trade and the Right to Health. Realizing the Right to Health. Rüffer and Rub. Zürich: 2009. pp. 359–368.
17. KELSEN, Hans. ¿Qué es la justicia? *En*: SÁNCHEZ AZCONA, Jorge. Lecturas de Sociología y Ciencia Política. México D.F: UNAM, 1987.
18. La Debacle hospitalaria. *El Tiempo*. Bogotá, 10 de octubre de 2001.
19. La globalización daña la salud. *UN Periódico*, número 7, Bogotá, febrero 13 de 2000.
20. LOPEZ, Oliva; BLANCO, José; RIVERA, José. Descentralización y paquetes básicos de salud ¿‘nuevas’ propuestas excluyentes? *En*: ALAMES en la memoria. La Habana: Editorial Caminos, 2009. pp. 429–445.
21. REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993.
22. MARTINEZ DE PISON, José. Globalización y derechos humanos. *Claves de Razón Práctica*, número 111: 40–48. Madrid, abril de 2001.
23. MARX, Karl. Tercer manuscrito. Manuscritos. Economía y filosofía. (Introducción y traducción de Francisco Rubio Llorente). Quinta Edición. Madrid: Alianza, 1974.
24. MARX, Karl y ENGELS, Friedrich. Manifiesto del Partido Comunista, 1848.
25. MASCARREÑO, Carlos. Municipalización de los servicios sociales en América Latina, Caracas: CLAD, 1996.
26. MUSGROVE, Philip. El efecto de la seguridad social y la atención en salud en la distribución del ingreso. *En*: MESA-LAGO, Carmelo (compilador). La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. México: Fondo de Cultura Económica, 1986.
27. NACIONES UNIDAS. Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe de 2005, New York: 2005.
28. Nueva multa de Bruselas a firmas farmacéuticas por pactar precios. *El País*. Madrid, diciembre 6 de 2001.
29. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington: 1993.
30. PATIÑO, José Félix. Planteamientos del Presidente de la Academia Nacional de Medicina ante el Grupo

- de Trabajo. En: PATIÑO, José Félix (editor). Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud. Bogotá: Academia Colombiana de Medicina, 1999.
31. RAWLS, John. Political liberalism. New York: Columbia University Press, 1993.
 32. RIVIERE, Philippe. Contraproyecto de Romainville. Le Monde Diplomatique, edición en español, marzo de 2003.
 - RUBIO LLORENTE, Francisco. La forma del poder. Estudios sobre la Constitución. Madrid: Editorial Centro de Estudios Constitucionales, 1993.
 33. STIGLITZ, Joseph. El malestar en la globalización (traducción de Carlos Rodríguez Braun). Madrid: Editorial Taurus, 2002. p. 115.
 34. TEITELBAUM, Alejandro. La crisis actual del derecho al desarrollo. Bilbao: Universidad de Deusto, 2000.
 35. TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia 32/1983. Madrid: 1983. Citado en: MUÑOZ MACHADO, Santiago. La formación y la crisis de los servicios sanitarios. Madrid: Alianza, 1995.
 36. Un país que se muere de sida. El País. Madrid, 17 de junio de 2001.
 37. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME –UNDP–. Human Development Report [en línea]. New York: Oxford University Press, 1999. p. 3. Disponible en: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_1999_EN.pdf
 38. VV.AA. La universalidad cuestionada. Barcelona: Editorial Icaria, 2007.
 39. _____. ¿Y cómo va la reforma? Consejería de Política Social. Bogotá; FES, Fescol, 1996.
 40. VEATCH, Robert. Justice and the Right to Health Care: An Egalitarian Account. En: BOLE III, Thomas J.; BONDESON, William B. (Editors). Rights to health care. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1991. pp. 83–102.
 41. WHO. Global defence against the Infectious Disease Threat, 2002.