

CONFERENCIAS



Exclusión en salud en América Latina: tres retos para la justicia sanitaria **Exclusion from health care in Latin America: three challenges for health justice**

Víctor de Currea-Lugo*

Resumen

La exclusión en los servicios de salud en América Latina es una realidad cuyas causas deben buscarse en el modelo de servicios de salud predominante. Pero a su vez ese modelo de salud se explica no por una dinámica propia, sino por el modelo económico dominante en la región. Es entonces, frente a tal modelo económico, que la bioética en general y la justicia sanitaria en particular tiene un papel que cumplir. Ese papel es contribuir a que veamos el paisaje general en donde están los paquetes de salud, los medicamentos y los trabajadores de salud. Es decir, en primer lugar, darle un mejor lugar a la justicia sanitaria en el discurso de la bioética. En segundo lugar, contribuir a romper con la enajenación que nos hace creer que no hay alternativas al modelo de salud imperante y que, en el mejor de los casos, sólo podemos remendarlo. Y en tercer lugar, fortalecer el papel del médico como defensor de los derechos del paciente.

Palabras claves: Exclusión, derecho a la salud, Estado social, justicia sanitaria.

Abstract

To find the root causes of the exclusion from health care in Latin America, one has to explore the predominant model of health care. However, this model of health care is not explained by its own dynamic but by the predominant economic model in the region. Hence, bioethics in general and health justice in particular have a role to play related to this economic model. This role is to contribute to observing a general perspective with regards to health care packages, medicines, and health care workers. In other words, first of all, to put greater emphasis on health justice in bioethics discourses. Second, to contribute to breaking the alienation that makes us believe that there is no alternative to the leading model of health care and that the best case scenario would be to refine the existing system. And third, strengthen the role of the physician as a defender of the patient's rights.

Key words: exclusion, the right to health, Welfare State, health justice.

Conferencia dada en el III Congreso Internacional de la Redbioética UNESCO para América Latina y el Caribe, Bogotá, noviembre de 2010.

* Médico por 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). Autor de varios libros sobre salud, derecho y conflictos armados. Su más reciente libro es: *Salud y Neoliberalismo*, Universidad El Bosque, Bogotá, 2010.

1. El debate sobre el Estado social

La América Latina de hoy se precia de haber superado sus años de dictaduras militares y de guerras civiles, para adentrarse en una oleada de democratización. Cada país, hoy en día henchido de democracia, reivindica, mediante otra oleada, esta vez de nuevas constituciones, el Estado social de derecho. Y cada país habla de minorías, género y equidad. Pero esas tres expresiones (democracia, Estado social y equidad) aparecen poco en la realidad de las personas.

Si entendemos sociedad democrática “como un sistema equitativo de cooperación social entre ciudadanos concebidos como libres e iguales”¹ y no solamente el acto de depositar un papel con un nombre de un candidato, entonces la democracia como tal es una asignatura pendiente. Parte de esa democracia pendiente es el Estado social de derecho, que se realiza, entre otras cosas, en los servicios de salud.

Hay un problema con la literatura de la Ciencia Política que no es baladí: la expresión inglesa “Welfare State” (Estado de bienestar) no refleja exactamente la expresión alemana “Sozialen Rechtsstaates” (Estado social de Derecho). De la segunda expresión, se deriva una obligación jurídica, mientras que la primera –para decirlo en un tono coloquial- es una noción más cercana a lo posible en materia de política pública, que a lo que se debe en el mismo ámbito.

Las nuevas constituciones de América Latina se apropian del concepto del Estado social pero lo vacían de contenido, en parte mediante la adopción de modelos económicos de mercado en las que el Estado se auto-limita sus posibilidades de intervenir en la economía, intervención, por demás, indispensable, si se quiere ser Estado social. Luego, el debate no es del reconocimiento constitucional del Estado social sino del modelo

económico adoptado. “La política económica moderna es, a la vez, política social”.²

Los modelos llamados a materializar dicho “sistema equitativo de cooperación social entre ciudadanos” no están, por lo general, basados en la equidad ni en la noción de ciudadanía, sino en sistemas que favorecen ciertos grupos. En salud se creó desde hace décadas, una constante: Un sistema de salud diferenciado para cierto tipo de personas cuya relación con el Estado lo diferencia del resto de población. Este es el caso de programas de salud específicos para miembros de las Fuerzas Armadas (en Chile, Colombia, Argentina, y Cuba, por ejemplo) ó de sectores productivos estratégicos (como los empleados petroleros mexicanos).

Ese clientelismo en salud no puede reconocerse como parte del Estado social. “Las funciones del Estado social son funciones de servicio [y] desde el momento en que se transforman en instrumento de poder, dejan de merecer el calificativo de social”.³ Pero la peor de todas las injusticias se consolida, ya no con el triunfo de un modelo clientelar en salud sino con la institucionalización del mercado de la salud, en el marco de un modelo económico neoliberal. Esta injusticia se da contra los pobres excluidos por su falta de capacidad de compra de servicios y a favor del capital financiero, como lo demuestran los casos de Chile y Colombia.⁴

1 RAWLS, John: *La justicia como equidad*, Paidós, Barcelona, p. 69

2 FORSTHOFF, Ernst: “Problemas constitucionales del Estado social”, en ABENDROTH, Wolfgang; FORSTHOFF, Ernst; DOEHRING, Karl: *El Estado Social*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1986 (traducción de José Puente Egido), p. 49

3 FORSTHOFF, Ernst: “Problemas constitucionales del Estado social”, en ABENDROTH, Wolfgang; FORSTHOFF, Ernst; DOEHRING, Karl: *El Estado Social*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1986 (traducción de José Puente Egido), p. 52

4 Para esta afirmación, ver en general mi trabajo: DE CURREA-LUGO, Víctor: *Salud y neoliberalismo*, Universidad El Bosque, Bogotá, 2010

Estos modelos de salud niegan en su formulación y en su práctica la realidad social en que viven la mayoría de personas en la región. Y no basta como argumento decir que el libre mercado “está en la Constitución” o que eso dicen “las leyes del mercado”. En otras palabras, “la evolución de Estado Social de Derecho conduce a que las ‘garantías’ sociales no queden relegadas en la región vaporosa de una promesa meramente programática de la que tomaría nota el legislador que es el primer obligado, sino a reconocerle una vinculación jurídica directa”⁵ Si lo social es meramente declarativo, entonces el Estado social no sería una realidad jurídica; si lo es, no se puede estar poniendo en duda a cada paso la validez jurídica de los llamados derechos sociales.

2. Cifras de la exclusión en salud

Las cifras, para dar una mejor imagen de la realidad, no deben ocultar las diferencias locales, económicas y sociales. Ha hecho carrera en Latinoamérica la noción de “transición epidemiológica”, que describe el proceso de un país en el que dejan de presentarse enfermedades propias de la pobreza y su perfil de enfermedad comienza a parecerse, entonces, más al de los países llamados desarrollados. Por ejemplo, dejan de ser determinantes la morbi-mortalidad por diarrea y enfermedad respiratoria aguda para darle paso a los infartos y al cáncer.

Pero tal transición no es homogénea ni en el continente ni dentro de cada país. La transición epidemiológica en un país muestra diferencias regionales y, en cada región, disparidades según el nivel de pobreza, el género y el nivel de desarrollo de los habitantes. Mientras algunas franjas de la población presentan enfermedades propias de los países desarrollados, otras mantienen el perfil epidemiológico de hace décadas.

5 FORSTHOFF, Ernst: “Concepto y esencia del Estado social de derecho”, en ABENDROTH, Wolfgang; FORSTHOFF, Ernst; DOEHRING, Karl: *El Estado Social*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1986 (traducción de José Puente Egido), p. 89

En 1995, cuando la categoría de transición epidemiológica se puso de moda⁶, en el muy pobre departamento del Chocó en Colombia, la mortalidad infantil era de 150 por 1.000, mientras que en Bogotá de 45 por 1.000.⁷ En la segunda mitad del siglo XX, América Latina redujo su tasa de mortalidad infantil en un 80%, al pasar de 128 defunciones a 26 por 1.000 nacidos vivos, pero tal avance regional obedece más a los logros de Costa Rica y Chile y en nada a los casi estancamientos de Haití y Bolivia.⁸ Como dice la CEPAL:

“En algunos países, el riesgo de morir antes del primer año de vida es casi tres veces más alto en el ámbito rural que en el urbano y hasta cuatro veces mayor entre los niños indígenas que los no indígenas; la mortalidad de los hijos de madres con menor educación formal es cinco veces más elevada que la de aquellos cuya madre posee mayor escolaridad (...) el número de atenciones médicas por enfermedad respiratoria aguda de los niños del quintil más rico duplicó el de aquellos del quintil más pobre, mientras que hubo regiones en que el 50% de los niños que padecieron enfermedad diarreica aguda en 2005 no recibió tratamiento, en comparación con un 90% que sí lo obtuvo en otras regiones. En el caso de la fecundidad adolescente, entre las jóvenes de menor nivel educativo ella (sic) puede ser hasta casi seis veces mayor que la de sus coetáneas con más años de educación formal.”⁹

6 FRENK, J, LOZANO, R.y BOBADILLA J.L.: “La transición epidemiológica en América Latina”, *Notas de población, núm. 60*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), 1994

7 Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y salud 1995. Informe resumido. Bogotá, p. 13.

8 CEPAL / América Latina y el Caribe: “La mortalidad en América Latina: una trayectoria auspiciosa pero heterogénea” *Observatorio demográfico núm. 4*

9 COMITÉ ESPECIAL DE LA CEPAL SOBREPOBLACION Y DESARROLLO: *Población y salud en América Latina y El Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos*, Santiago de Chile, 2010

En Brasil, Haití y Nicaragua la mortalidad infantil es al menos dos veces más elevada en zonas rurales que urbanas, mientras que en Brasil, Colombia, Honduras y Nicaragua es tres veces más alta entre niños de madres de bajo nivel educativo. A su vez, en tres de los países recién mencionados (Brasil, Honduras y Nicaragua) la probabilidad de morir antes de los cinco años es tres veces más elevada en el 20% de los hogares más pobres que en el 20% de los hogares más ricos.¹⁰

La mortalidad materna está por encima de “límites aceptables” en la mayoría de los países de la región. En Ecuador, Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras y el Perú, la mortalidad materna está por encima de 200 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.¹¹ En el caso de Haití, ésta llega a 630.¹² Entre los pobres los años de vida saludable perdidos por causas transmisibles aumentan prácticamente en todas las edades en comparación con el grupo de ricos.¹³

En el caso de Colombia, el 82% de las personas afro-colombianas viven en condiciones de necesidades básicas insatisfechas: su tasa de analfabetismo es tres veces superior a la del resto de la población, sólo el 2% de ellos va a la universidad y la tasa de mortalidad infantil es de 151 por cada mil nacidos vivos, cuando el promedio nacional es de 39.¹⁴

La zona rural colombiana tiene: 24.9% de la población de Colombia, un índice de condiciones de vida de 58.7 (versus 85.4 de las zonas urbanas); el uso de fuentes mejoradas de agua potable es de 66% (versus 97,4% de las áreas urbana); la mortalidad infantil en el área rural es de 24 (versus 17 en zonas urbanas).¹⁵

Esto indica una triple desventaja para los pobres: además de ser pobres, tienen altos niveles de mortalidad y morbilidad (tanto por causas transmisibles como no transmisibles), y más barreras de acceso a los servicios de salud.¹⁶ Así, los indicadores en salud muestran una clara inequidad relacionada con el país en cuestión, áreas geográficas, grupos sociales, origen étnico y nivel educativo, entre otras características.

Los excluidos son pues las personas residentes en zonas rurales, las que poseen menor nivel educativo, las poblaciones indígenas y afro-descendientes y, en general, los sectores más pobres de la sociedad. Si las causas de dicha exclusión, que además producen y/o perpetúan la enfermedad, van mucho más allá de los problemas de acceso a los servicios de salud, entonces el tratamiento debería ir más allá del consultorio.

De este modo, paradójicamente, la más anti-darwiniana de las áreas del conocimiento, la salud, se convierte en un filtro contra los que más necesitan de sus servicios, ya no sólo en la histórica medicina privada,¹⁷ no sólo con el mercado

10 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Estadísticas sanitarias mundiales* Ginebra, 2009

11 COMITÉ ESPECIAL DE LA CEPAL SOBREPOBLACION Y DESARROLLO: *Población y salud en América Latina y El Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos*, Santiago de Chile, 2010, p. 77

12 CEPAL: *Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010*, p. 213

13 CEPAL: *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, Santiago de Chile, 2006

14 Cifras del Relator Especial de las Naciones Unidas contra el racismo, citadas en: COHRE (2005): *Defensa del derecho a la vivienda de la población desplazada en Colombia*, Bogotá, p. 26

15 Cifras tomadas de: MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL / OPS: *situación de Salud en Colombia*, Indicadores Básicos 2008, Bogotá, 2009

16 MEDICOS SIN FRONTERAS: *Acceder a la salud es acceder a la vida: 977 voces*, Bogotá, 2010

17 En la antigua Atenas, por ejemplo, había tres niveles de asistencia médica, a) el de los esclavos, que estaba a cargo de los auxiliares de los médicos, b) el de los ciudadanos libre y pobres, quienes recibían tratamientos enérgicos, y c) el de los ciudadanos libres y ricos, quienes tenían un médico a constante servicio. LAIN, ENTRALGO, Pedro: *Historia de la medicina*, Masson, Barcelona, 1978, p. 131

de medicamentos,¹⁸ sino también porque las instituciones de salud aceptaron como nuevo paradigma la rentabilidad financiera bajo nombres pomposos como la sostenibilidad ó el equilibrio fiscal. Esa aceptación deviene de un proceso político y económico que empieza en los años 1970 hasta nuestros días, y que se afianza en discursos tecnocráticos y econométricos.

Este tipo de políticas de salud hacen imposible la solidaridad. Es lo más parecido a jugar *monopolio*, un juego donde unos acumulan y otros pierden y no hay, por las reglas mismas del juego, ningún espacio para construir eso que hemos llamado antes “un sistema equitativo de cooperación social entre ciudadanos”. Y como en el juego *monopolio*, el problema va más allá de quien acumuló varias propiedades, del corrupto de turno o del mal administrador de sus bienes: es el juego en sí.

3. El modelo económico excluyente

Hoy día, casi todos los debates sobre recursos y economía nos conducen a discutir sobre globalización. Así, cuando nos adentramos en el debate sobre los recursos en salud, el primer aspecto que se aborda es “la ausencia de ‘verdaderas’ teorías generales sobre la globalización”¹⁹. Pero si se limita el debate a la estabilización macroeconómica y al ajuste estructural en lo económico y a la modernización del aparato estatal en lo político²⁰, entonces se dan por ciertas las recomendaciones

del Banco Mundial en materia de oferta de servicios de salud en el marco de tales reformas²¹.

Wallerstein afirma que no hay un desarrollo nacional independiente del funcionamiento del sistema mundial²². Eso también se vive en el diseño de modelos de salud, ya sea por experiencia acumulada en la formulación y desarrollo de modelos en otros países (el auge de la salud pública, la formación de sistemas nacionales de salud, etcétera) o por las demandas y/o presiones externas al sector salud para adoptar determinadas políticas.

En 1980, el Banco Mundial empezó a conceder préstamos directos para los sistemas de salud y en 1983 se había convertido en una de las principales fuentes de financiamiento de los servicios de salud de los países pobres. Ya en 1987, esta entidad recomendaba una serie de medidas para la reorganización de los servicios de salud: a) trasladar a los usuarios los gastos en el uso de las prestaciones mediante el “cobro de aranceles (...) de servicios de salud”, b) ofrecer esquemas de aseguramiento para los principales casos de riesgo: “provisión de seguro u otra protección frente a riesgos”; c) utilizar en forma eficaz los servicios privados: “empleo eficiente de los recursos no gubernamentales”; d) descentralizar los servicios de salud gubernamentales²³.

18 INTERMON-OXFAM: “Argumentos inverosímiles. Por qué las razones de los gigantes farmacéuticos no se sostienen”; Madrid, 2001

19 GARAY, Luis Jorge: *Globalización y crisis, Tercer Mundo, Bogotá, 1999*, p. 1. El debate tiene aspectos económicos, políticos y culturales; detractores y defensores, y complejidades que sobrepasan los alcances de este texto. Resulta interesante, entre la abundante bibliografía disponible, citar el trabajo del Premio Nóbel y ex-vicepresidente del Banco Mundial, Joseph Stiglitz: *El malestar... Op. cit.*

20 Sobre estas reformas, ver: RAMOS, Joseph: “Un balance de las reformas estructurales neoliberales en América Latina” *Revista de la Cepal, núm. 62*, (Santiago de Chile, agosto de 1997), pp. 15-38

21 BANCO MUNDIAL: *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*. Banco Mundial, Washington, D. C., 1993

22 Citado en: GARAY, *Globalización y... Op. cit.*, p. 5

23 AKIN, J.: *Financing Health Services in Developing Countries. An agenda for reform*. World Bank, Washington, D. C., 1987. Hay un resumen oficial en español preparado por la Organización Panamericana de la Salud en: BANCO MUNDIAL: “El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma”, *Economía de la Salud. Perspectivas para América Latina*. OPS, Publicación Científica núm. 517, Washington, 1989, pp. 145-191

El modelo planteaba además la división entre unos servicios de naturaleza privada para quienes pudieran pagarlos y unos servicios públicos para las altas externalidades: el fundamento de dicha separación se encuentra en la teoría neoclásica de los bienes. Desde esta perspectiva, los bienes privados son aquellos que implican un beneficio individual diferenciado, por el que las personas estarían dispuestas a pagar. Los bienes públicos son solo aquellos que generan beneficios colectivos o altas externalidades y que, por lo mismo, deberían costearse con recursos públicos²⁴.

El informe del Banco Mundial *Invertir en salud* está destinado a formular recomendaciones dirigidas especialmente a los países de medianos y bajos ingresos, con el fin de rediseñar sus servicios de salud. Estas recomendaciones han sido posteriormente parte de las exigencias de la banca internacional a los países, para renegociar las deudas externas, así como de los requisitos para adquirir nuevos créditos.²⁵

En América Latina, las recomendaciones del Banco Mundial han sido más o menos homogéneas para todos los países. Además, los gobiernos las han incorporado como parte de las reformas para alcanzar la estabilización macroeconómica y el ajuste estructural en lo económico, y la modernización del aparato estatal en lo político. El impacto buscado con los nuevos modelos de salud ha sido similar a lo ocurrido en Colombia²⁶, aunque con desarrollos menores pero en la misma dirección²⁷.

24 BANCO MUNDIAL: "El financiamiento de..." *Op. cit.*, p. 147

25 Sobre la capacidad de la banca internacional para imponer las reformas y la lógica de la banca o, mejor, la ausencia de lógica, ver: STIGLITZ, Joseph: *El malestar en la globalización*, Taurus, Madrid, 2002. Traducción de Carlos Rodríguez Braun.

26 GUZMAN, Fernando; REDONDO, Herman: *La reforma de la salud y la seguridad social en Colombia*. Biblioteca Jurídica, Bogotá, 1999, pp. 135-143

27 Esta fue una de las principales observaciones y conclusiones del Seminario Internacional "El derecho humano a la salud. Retos del nuevo milenio", realizado en Caracas, Venezuela, con la par-

4. La autonomía médica y la exclusión

No queremos de ninguna manera defender lo que algunos llaman la "impunidad jurídica" del personal de salud²⁸, contrario, por demás, a nuestra noción de derechos humanos. Más bien nos referimos a la libertad del médico para tomar autónomamente decisiones propias de su competencia en relación con la terapéutica más adecuada para sus pacientes.

El médico, con su decisión, influye en la elección de un determinado medicamento, incluido o no en la lista de medicamentos esenciales. Según Mario Madrid-Malo, "el derecho al trabajo tiene como correlato una obligación de carácter negativo a cargo del Estado y de los particulares, como es la de (...) abstenerse de estorbar o de imposibilitar el ejercicio de una actividad laboral (y) no compeler a las personas a que trabajen contra su voluntad"²⁹.

El médico no es autónomo en sus decisiones y lo que se observa es la continua presión que ejercen las empresas de salud sobre él para que se ciña a las reducidas posibilidades que le permite el mercado, dentro de la competencia financiera con otras instituciones.

Eso genera decisiones como la de no dar luz verde a transplantes (para conservar el empleo), o aspectos como el aumento de riesgos médico-legales (por aumento de número de consultas/médico/día), o dar órdenes de suspender la salida del paciente hasta que éste pague. La dinámica obliga al médico a sobrevivir en el mercado. Se le arroja a un mercado sin muchas herramientas y se le convierte en un empleado enajenado, en un contexto que lo empuja a prácticas poco éticas.

ticipación de ONG de Chile, Ecuador, Venezuela, Colombia, y Bolivia.

28 GONZALEZ-TORRE, Angel Pelayo: *La intervención jurídica de la Actividad Médica*, Dykinson, Madrid, 1997

29 MADRID-MALO, Mario: *Derechos fundamentales: conózcalos, ejérzalos, defiéndalos*. 3R, Bogotá, 1997, p. 304

En Colombia, una encuesta realizada entre 112 médicos mostró que el 80 por ciento de ellos recibe de las empresas de salud presiones que afectan la calidad de la atención. Ese 80 por ciento dijo que existen limitaciones respecto a la cantidad de exámenes médicos que puede solicitar y el 76 por ciento reconoció limitaciones para formular medicamentos. El 58 por ciento dice que le exigen un tope mínimo de pacientes por día y el 39 por ciento dice estar limitado en la autorización de cirugías³⁰.

Otras personas interpretan que el aumento en el número de personas atendidas a la vez que se mantienen las mismas horas de personal médico contratado, refleja que “la demanda está siendo absorbida por efecto de un mayor rendimiento del recurso médico que estaba subutilizado”³¹. Así, “el acto médico se constriñe cuando se le impone que produzca un determinado número de procedimientos, como si trabajara en una fábrica de botones”³².

Este control implica la intromisión en el terreno de la relación médico-paciente. Pero el problema no está en la relación médico-paciente *per se*, sino en que esta relación se ha desdibujado en torno a un contrato de compra-venta (de prestación de servicios) de ejecución instantánea, en la que el médico ya no es (y no puede ser) ‘médico’ y el paciente debe ser cliente. El problema de las relaciones médico-paciente está en el marco normativo y estructural del sistema de salud en el que se desarrollan, y es allí donde debe buscarse la raíz del problema y no en la inmediatez del consultorio. Si tenemos que ser, a la vez, médicos y administradores pro-mercado, les estaríamos sirviendo al mismo tiempo a dos amos. Solo seremos médicos plenos en una relación decente con el paciente y esto es más probable en un contexto más justo. Vale aclarar que la autonomía médica no garanti-

za en sí misma la beneficencia del médico, pero la falta de dicha autonomía sí garantiza una mala práctica médica.

5. La bioética y la exclusión: la justicia sanitaria

Los pacientes, antes de pacientes son personas y como tal viven sujetas a una sociedad que es, en parte, responsable de su salud, de sus enfermedades y debería serlo de su recuperación. El problema es precisar cuál es el ámbito de lo que llamamos bioética y más exactamente lo que llamamos justicia sanitaria. Mientras unas personas centran el debate en los extremos de la vida (aborto y eutanasia, lo que no es menos válido) la inmensa mayoría tiene problemas más de la vida misma que de los extremos: “el mayor problema ético de nuestra región no es cómo se muere sino cómo se vive”³³.

La justicia sanitaria cuestiona las políticas generales de salud, pero es la autonomía del paciente, la beneficencia y la no-maleficiencia las que sufren en la cotidianidad del acto médico las consecuencias de una lógica de mercado, en el que el bien a vender es la salud, el paciente es un cliente y el médico un impulsador en el supermercado de medicamentos o en un operario de máquina plana del mercado de la salud. En otras palabras, la bioética, para cumplir su cometido frente a las políticas sociales, tiene que ser una bioética política (el silencio de la bioética frente a la injusticia social también es una posición política). Una bioética social sería, entonces, la reflexión y la acción sobre los determinantes sociales y políticos de la salud.

Una bioética social, de la que sería parte la justicia sanitaria, debe por definición reivindicar el contrato social, redefinir la solidaridad, rechazar la focalización en aras de la universalidad, hablar de personas y no de pacientes (mucho menos de clientes). La invitación a reivindicar el estado social es más exactamente un llamado de reinven-

30 “Médicos se confiesan”, *El Tiempo*, Bogotá, 7 de octubre de 2001

31 Ver: FUNDACION PRESENCIA: “Las condiciones laborales de los médicos en Colombia 1996-1998”, *Vía Salud*, núm. 8 (Bogotá, 1999), p. 12

32 “Nos obligan a violar la ética” *El Tiempo*, Bogotá, 7 de octubre de 2001

33 ACOSTA, José Ramón. “¿Es la vida un valor absoluto?” *Avances médicos*, núm. 7 (La Habana, 1996), pp. 59-61.

tarlo, es decir a reivindicar el principio de igualdad. Según Justiniano “la justicia es la perpetua y constante voluntad de dar a cada uno lo suyo”³⁴ y según Marx “De cada cual según sus capacidades, a cada cual según sus necesidades”.³⁵

Cuando se pide justicia en salud alguien desde el público grita descalificando todo pedido “¿y los recursos?”. Pongamos también los debates en un orden justo: la justa distribución de los recursos requieren, ante todo, que hayan recursos justos. Sin esto último lo primero –la distribución– siempre será injusto.

Por tanto, la lucha es múltiple: insistir en la justicia sobre los extremos de la vida, enfatizar el análisis sobre cómo se vive, demostrar el impacto de las políticas de salud en los principios de la bioética que consideramos esenciales y reclamar unos servicios de salud decentes. Las excusas para no ofrecer algo decente a los enfermos deben ser mencionadas como lo que son, excusas. En Colombia se declaró una emergencia social alegando falta de recursos para el sector salud y ahora se intenta crear una ley estatutaria que busca garantizar por ley, aún más si cabe, la rentabilidad del mercado de la salud. Al mismo tiempo, los informes muestran que dentro de las cien empresas más ricas del país, cinco son farmacéuticas y siete empresas promotoras de salud.

¿Por dónde empezar? Ser radical, decían los clásicos, es ir a la raíz de las cosas. No bastaría pues con aumentar en dos o tres tratamientos los paquetes de salud, con incluir algunos medicamentos en la lista de los mal llamados “esenciales”, con aumentar un poco el salario del personal de salud, con reabrir algún hospital de caridad. Llegar al poder henchido de democracia, tener una Constitución progresista, citar *El Contrato Social*, son realidades que no sirven de nada si una vez en el poder nos dedicamos a remendar los errores del mercado, a reponer la falta de cobertura con “brigadas de salud”.

La tarea de la justicia sanitaria y por ende de la bioética es contribuir a que veamos el paisaje general donde están los paquetes de salud, los medicamentos y los trabajadores. Es decir, contribuir a romper con la enajenación que nos hace creer que no hay alternativas al modelo de salud imperante y que, en el mejor de los casos, sólo podemos remendarlo (Según Rubio Llorente, la enajenación no es un asunto exclusivo ni del capitalismo ni de lo económico³⁶). Sin ese paso emancipador, en cada debate, dentro de nosotros mismos, brotará ese pequeño neoliberal que llevamos dentro y nos dirá al oído que la decencia no es rentable.

6. Tres retos, tres propuestas

Tres pasos que pueden sonar simples constituyen los retos de la justicia sanitaria frente a la exclusión: incluir de la mejor manera la agenda de la justicia social en la agenda de la bioética, luchar contra la enajenación de que otro modelo de salud no es posible, y fortalecer el papel del médico como trabajador de derechos humanos, como defensor de los derechos del paciente.

El primer paso es asumir de cara a la sociedad lo que la sociedad esperaría de una disciplina donde la ética (entendida ésta como una disciplina que se preocupa también por la vida ciudadana) se pregunta por el problema de la justicia social. Eso no significa, de manera alguna, renunciar a los principios de la bioética, sino que trata de fortalecer su defensa considerándolos en el contexto político y social donde deberían ser garantizados. La realización de la autonomía del paciente y de la beneficencia solo es plenamente posible en un contexto que las haga viables. Un “contrato social en salud” podría ser un avance en este sentido.

El segundo paso es romper la alienación neoliberal de que no hay alternativas. La oleada de refor-

34 *Justitia est constans et perpetua voluntas jus suum cuique tribuens.*

35 MARX, Karl: *Crítica del programa de Gotha*, 1875

36 Introducción a: MARX, Karl: “Primer manuscrito” *Manuscritos. Economía y filosofía*. Edición Consultada: Alianza Editorial, Quinta Edición, Madrid, 1974. Traducción de Francisco Rubio Llorente, pp. 40-41

mas pro-mercado fue presentada como TINA, las iniciales en inglés de “no hay alternativa” (*There is not alternative*) que es el acto de fe en el que hoy estamos atrapados. El neoliberalismo no representa simplemente una forma de entender la economía sino una forma de ver la vida, las relaciones entre las personas, la idea de libertad y las tareas del Estado. El Banco Mundial, en las reformas que impone a los diferentes países no sólo incluye reformas en la salud sino también impone un modelo de Estado de derecho funcional –y supeditado- al modelo económico que incluye reformas a los sistemas judiciales y a gran parte de las instituciones.³⁷

Y el tercer paso es fortalecer el papel del médico, entendiendo que su labor no termina en la puerta del hospital. Hoy en día periodistas, académicos, religiosos y abogados, entre otros profesionales, han entendido que tarde o temprano su labor se ve ante retos que implican asumir y defender los derechos de las personas. Hay ejemplos de médicos que han luchado, desde su profesión contra la tortura, la desaparición, el genocidio, la violencia sexual, etc.³⁸ Como reza el lema del Tercer Congreso de la *Redbioética*, en un continente de exclusión hay que pasar de la reflexión a la acción. La lucha contra la injusticia sanitaria no es menos difícil, ni menos loable.

Bibliografía

ACOSTA, José Ramón. “¿Es la vida un valor absoluto?” *Avances médicos*, núm. 7 (la Habana, 1996), pp. 59-61

37 BURGOS, Germán: “De qué Estado de derecho nos habla el Banco Mundial? 1992-1998” En: *El Otro derecho*, núm. 24 (Bogotá, agosto de 2000), pp. 47-95

38 SIRKIN, Susannah et al: “The role of Health Professionals in Protecting and Promoting Human Rights” en: GRUSKIN, Sofia et al: *Perspectives on health and Human Rights*, Routledge, New York, 2005, pp. 537-548

AKIN, J.: *Financing Health Services in Developing Countries. An agenda for reform*, World Bank, Washington, D. C., 1987

BANCO MUNDIAL: “El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma”, *Economía de la Salud. Perspectivas para América Latina*. OPS, Publicación Científica núm. 517, Washington, 1989, pp. 145-191

BANCO MUNDIAL: *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*. Banco Mundial, Washington, D. C., 1993

BURGOS, Germán: “¿De qué Estado de derecho nos habla el Banco Mundial? 1992-1998” En: *El Otro derecho*, núm. 24 (Bogotá, agosto de 2000), pp. 47-95

CEPAL / América Latina y el Caribe: “La mortalidad en América Latina: una trayectoria auspiciosa pero heterogénea” *Observatorio demográfico* núm. 4

CEPAL: *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, Santiago de Chile, 2006

CEPAL: *Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Santiago de Chile, 2010

COHRE: *Defensa del derecho a la vivienda de la población desplazada en Colombia*, Bogotá, 2005

COLOMBIA: *Encuesta Nacional de Demografía y salud*, 1995

COMITÉ ESPECIAL DE LA CEPAL SOBREPOBLACION Y DESARROLLO: *Población y salud en América Latina y El Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos*, Santiago de Chile, 2010

DECURREA-LUGO, Víctor: *Salud y neoliberalismo*, Universidad El Bosque, Bogotá, 2010

FORSTHOFF, Ernst: “Concepto y esencia del Estado social de derecho”, en ABENDROTH,

- Wolgang; FORSTHOFF, Ernst; DOEHRING, Karl: *El Estado Social*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1986
- FORSTHOFF, Ernst: "Problemas constitucionales del Estado social", en ABENDROTH, Wolgang; FORSTHOFF, Ernst; DOEHRING, Karl: *El Estado Social*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1986
- FRENK, J, LOZANO, R. y BOBADILLA, J. L.: "La transición epidemiológica en América Latina", *Notas de población, núm. 60*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), 1994
- FUNDACION PRESENCIA: "Las condiciones laborales de los médicos en Colombia 1996-1998", *Vía Salud, núm. 8*, Bogotá, 1999
- GARAY, Luis Jorge: *Globalización y crisis*, Tercer Mundo, Bogotá, 1999
- GONZALEZ-TORRE, Ángel Pelayo: *La intervención jurídica de la Actividad Médica*, Dykinson, Madrid, 1997
- GUZMAN, Fernando; REDONDO, Herman: *La reforma de la salud y la seguridad social en Colombia*. Biblioteca Jurídica, Bogotá, 1999
- INTERMON-OXFAM: "Argumentos inverosímiles. Por qué las razones de los gigantes farmacéuticos no se sostienen"; Madrid, 2001
- LAIN, ENTRALGO, Pedro: *Historia de la medicina*, Masson, Barcelona, 1978
- LALONDE, M.: *a New Perspective on the Health of Canadians Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare*, 1974
- MADRID-MALO, Mario: *Derechos fundamentales: conózcalos, ejérzalos, defiéndalos*. 3R, Bogotá, 1997
- MARX, Karl: "Primer manuscrito" *Manuscritos. Economía y filosofía*. Edición Consultada: Alianza Editorial, Quinta Edición, Madrid, 1974. Traducción de Francisco Rubio Llorente.
- MARX, Karl: *Crítica del programa de Gotha*, 1875
- MEDICOS SIN FRONTERAS: *Acceder a la salud es acceder a la vida: 977 voces*, Bogotá, 2010
- MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL / OPS: situación de Salud en Colombia, Indicadores Básicos 2008, Bogotá, 2009
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Estadísticas sanitarias mundiales* Ginebra, 2009
- RAMOS, Joseph: "Un balance de las reformas estructurales neoliberales en América Latina" *Revista de la Cepal, núm. 62*, (Santiago de Chile, agosto de 1997), pp. 15-38
- RAWLS, John: *La justicia como equidad*, Paidós, Barcelona, 2002. Traducción: Andrés de Francisco.
- SIRKIN, Susannah et al: "The role of Health Professionals in Protecting and Promoting Human Rights" en: GRUSKIN, Sofia et al: *Perspectives on health and Human Rights*, Routledge, New York, 2005, pp. 537-548
- STIGLITZ, Joseph: *El malestar en la globalización*, Taurus, Madrid, 2002. Traducción de Carlos Rodríguez Braun.
- UGALDE, Antonio: "La integración de programas de salud en un sistema nacional de salud", en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, Fondo de Cultura Económica, México, 1986, pp. 136-176