

LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN LOS HABITANTES DE LA
CALLE EN BOGOTÁ, DESDE UNA MIRADA BIOÉTICA

LUIS VÓLMAR QUINTERO PACHECO

Trabajo De Grado Para Optar Por
El Título De Maestría En Bioética

Directora de Tesis: Dra. Chantal Aristizábal
Director Metodológico: Dr. Andrzej Lukomski

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROGRAMA DE BIOÉTICA
BOGOTÁ, D.C.
2007

PÁGINA DE ACEPTACIÓN

A LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS – CHÍA

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Chantal Aristizábal T. por sus invaluable aportes.

A Marcella y a Camilo por su paciencia y comprensión

ÍNDICE DE CONTENIDO

Introducción	1
1 Generalidades de la Exclusión Social	5
2 Características del fenómeno de la Exclusión Social	13
2.1 Apuntes históricos	13
2.2 Elementos de construcción del concepto	19
2.3 Una propuesta de definición	23
3 Aproximación al contexto colombiano	25
3.1 Generalidades	25
3.2 El problema de la E. S. en los habitantes de calle de Bogotá	28
4 Aproximación desde la Bioética frente a los excluidos de Bogotá	35
4.1 La visión Bioética	35
4.2 El habitante de calle de Bogotá: un problema de justicia distributiva	44
5 Conclusiones	53
Bibliografía	55

INTRODUCCIÓN

Hacia el mes de marzo del año 2005 en la Ciudad de Bogotá, se presentó de manera intempestiva una problemática con un grupo poblacional muy especial que causó que varios sectores de nuestra sociedad se pronunciaran de diversas maneras con la intención de analizar, plantear soluciones, protestar, criticar, etc.

No es muy extraño que en los grandes conglomerados poblacionales como es nuestra ciudad capital, se presenten infinidad de roces entre sus integrantes y que se formen fracciones con situaciones particulares que pueden llegar a la conformación de verdaderos subgrupos que naturalmente despiertan interés para el observador. Pues bien, en este trabajo me quiero referir desde una mirada bioética a la gente que muchas veces es ignorada, a la gente que por sus situaciones de forma de vida, costumbres, patologías asociadas, producen rechazo, repulsión o miedo al ciudadano común, pero que también son motivo de preocupación para las autoridades. Allí están los “locos”, “gamines”, inválidos, ancianos decrepitos, personas de otras razas o costumbres. Sentimos que somos agredidos cuando nos piden limosna, o por su actitud hostil o su aspecto sucio; muchas veces porque nos escogen como sus víctimas de robo callejero; además porque invaden con sus pertenencias y animales los parques y calles, o tienen comportamientos extraños que definitivamente nos hace alejarnos o llamar a las autoridades para “limpiar” la ciudad. Son gente indeseable: en una palabra excluidos sociales.

Esto no solo ha pasado en nuestra capital; al revisar la historia y la literatura hay muchísimas referencias; solo a manera de ejemplos puedo mencionar los “leprosos” de las épocas bíblicas y no bíblicas; Los Miserables de Víctor Hugo; los enajenados mentales del hospital de La Salpêtrière en la época de Philippe Pinel; las brujas de Salem, los posesos en la época de la inquisición y porqué no, otros más recientes como los indeseables para los nazis o los desplazados de los países del tercer mundo. Novelistas, filósofos, narradores, científicos, gobernantes y políticos nos muestran estas realidades en todas las latitudes y en todas las épocas. Se podrán construir teorías, plantear políticas de saneamiento o económicas o de limpieza social que no son sino una cruel negación de la realidad.

¿Qué pasó? Nuestro Alcalde y su equipo se vieron abocados, pienso yo, en una disyuntiva al tener que sopesar entre el embellecimiento de la ciudad y al mismo tiempo actuar para intervenir eficazmente en un problema social muy serio consistente en la reubicación de los pobladores de Cartucho y otros sitios similares; como parte de la solución, desalojaron por las vías de hecho varios lugares del submundo de los indeseables, concentrándolos en lugares específicos y finalmente remitiendo muchos de ellos a una institución para internación de enfermos mentales. Todo esto no fue muy novedoso; la concentración de esos indeseables en lugares lejanos de las ciudades ha sido una práctica muy antigua y generalizada.

Lo que no puede olvidarse es que son seres humanos, personas que forman parte de la sociedad y que de una u otra forma merecen nuestra atención; y es que muy probablemente

al analizar juiciosamente toda esa problemática, debemos cuestionar si se han tratado con dignidad y respeto; si sus derechos han sido vulnerados; si se ha contemplado la posibilidad de considerarlos como una realidad diferente y de la obligación de respetarlos, así no nos guste; si se ha pensado que su libertad de elección es válida y sobretodo que es un imperativo moral tratarlos de manera equitativa y con justicia.

Me propongo pues, hacer en un primer momento algunas consideraciones generales acerca del concepto de Exclusión Social, planteando el problema a través de una experiencia profesional reciente que ha motivado en mí el interés, muy seguramente por la circunstancia de que un número importante de esas personas, por padecer de trastornos psiquiátricos u otras eventualidades que caben en el gran campo de la salud mental, también fueron analizados desde mi profesión como psiquiatra. Pero también porque las preguntas que me surgieron desde la bioética necesariamente ampliaron el espectro para una comprensión más global.

Luego hago una aproximación al concepto de exclusión social, demostrando que a través de las diferentes épocas no es un fenómeno nuevo sino que ha acompañado a la humanidad probablemente desde que se tiene memoria y que las estrategias de manejo no han sido muy variadas. Posteriormente me centro en el contexto sociocultural y económico colombiano actual y más específicamente el de nuestra ciudad capital, haciendo mención de algunos intentos locales de conceptualización y manejo.

Enseguida, paso a analizar el problema planteando algunos de los interrogantes y consideraciones que desde la bioética se pueden dar, para llegar a su examen desde la justicia distributiva, que en mi sentir aproxima a su mejor comprensión. No pretendo pues, dar una solución o un grupo de posibles soluciones; solo busco hacer un llamado a la reflexión.

Tampoco pretendo hacer un examen exhaustivo de todas las implicaciones socioantropológicas, económicas o políticas lo cual excede la intención inicial de este trabajo; sin embargo, pienso que es necesario hacerlo con lo cual se abrirán nuevos interrogantes que plantearían nuevos escenarios y probables soluciones.

1. GENERALIDADES DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL

Las políticas para la salud mental en el mundo entero están dirigidas ahora con una visión ya no centrada en la psiquiatría sino en la salud mental, es decir de la patología a lo sano. Para ello no es sino revisar los delineamientos de la OPS¹ que han sido adoptadas por nuestro gobierno. Una de las implicaciones de esta visión es que las acciones de los equipos terapéuticos deben ir dirigidas ahora a reforzar las habilidades remanentes de los enfermos. Esto no es más ni menos que el cambio del esquema médico tradicional. No es nuevo repetir que muchas de las enfermedades mentales son de curso crónico e irremediamente deteriorante.

Tampoco es nuevo afirmar que los antiguos establecimientos de salud denominados asilos o manicomios cumplieron muchas veces el papel alienante al permitir que numerosas personas se recluyeran en ellos por largos periodos de tiempo con el consecuente “hospitalismo”, término que denota la cronificación y deterioro de las habilidades sociales de los enfermos por el hecho de estar “protegidos” en un ambiente necesariamente artificial y muchas veces dañino. Y la tendencia a acabar con los caducos ambientes asilares²,

¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su Implementación. Washington, D.C.: OMS/OPS, 1991. p.139.

2. *Ibíd.*, p.9.

tampoco es nueva. En los años sesentas se vieron las primeras fuerzas de cambio en Europa en lo que se denominó el movimiento anti-psiquiátrico ampliamente difundido en el oeste de los Estados Unidos. Se redefinieron los hospitales psiquiátricos tradicionales en los llamados Hospitales de puertas abiertas; pero no solamente tuvo esta consecuencia locativa sino que se empezó a reconceptualizar la enfermedad mental como una postura, como una manera de vivir. “Ahora con la antipsiquiatría se trata más de una salida del espacio manicomial, de su destrucción sistemática, mediante un trabajo interno, se trata de transferir al enfermo mismo el poder de producir su locura y la verdad de su locura más que intentar reducirlo a cero”² Tan radical movimiento tuvo otras consecuencias: se suprimieron miles de camas psiquiátricas, los enfermos regresaron a la calle, idealmente regresarían a la sociedad siendo productivos.

La pregunta acá es fundamental: ¿desapareció la enfermedad mental? O más exactamente ¿desaparecieron los enfermos mentales? Si se analiza esto podría pensarse que de acuerdo con la visión antipsiquiátrica, sí. Pero de acuerdo con el modelo médico tradicional, definitivamente no. Esta tal vez apresurada conclusión puede aplazarse hasta dar una rápida mirada a algunos hechos acontecidos con los enfermos mentales.

Sin duda la política para deshospitalizar a los enfermos mentales ha traído indudables ventajas como el manejo eficiente y eficaz de los recursos al bajar, por ejemplo, los elevados costos para los sistemas de salud. Las inmensas clínicas han tendido a ser

² FOUCAULT, Michel. La vida de los hombres infames. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1990. p. 78.

reducidas hasta convertirse en Unidades de Salud Mental idealmente anexas a los hospitales generales, las cuales están pensadas solamente para el tratamiento del momento crítico de la enfermedad. Al terminar éste, el paciente debe ser reincorporado a su ambiente socio-laboral continuando su tratamiento con apoyo ambulatorio u otros modelos de intervención no hospitalarios.

Pero hay un hecho incontrovertible: ese loco, indeseable y paria de la sociedad no es aceptado por que probablemente esa misma sociedad se ha encargado de aislarlo y confinarlo a los extramuros de las ciudades. Y con extramuros también me refiero a los sitios más insólitos como el inframundo de las alcantarillas, debajo de los puentes, “El Cartucho”, “Cincohuecos”, el “Bronx” de la ciudad de Bogotá. Hace pocos meses fue la gran noticia en todos los medios ¿No es esto lo que tuvo en jaque a las autoridades distritales? Esto tampoco es nuevo. Solamente que hace cinco décadas desde cuando se empezó a tolerar el fenómeno de El Cartucho, no tenía la envergadura de hoy³.

Veamos los acontecimientos recientes; el Plan de Ordenamiento Territorial redefinió hace algunos años el sitio histórico de la capital con el objeto de recuperarlo. Dentro del mismo estaban esos cuestionados sitios. Por supuesto que el parque del Tercer Milenio construido allí quedó muy bonito; era una prioridad. ¿Pero... los indigentes que habitaban allí? ¿La gente que iba allí a buscar sustancias para consumir? ¿Los enfermos mentales que se

³ JIMÉNEZ G, Gilma. La indiferencia con los habitantes de la calle. En: El Espectador. 1º may. 2005.

refugiaron de tiempo atrás? Lo que ha pasado en éstos últimos días no es sino el reflejo de lo que pasa en muchas partes del mundo. Entonces la solución que pareció más adecuada y fácil fue la de ubicarlos temporalmente en algún sitio⁴ dentro de lo que se denominó el Plan de Contingencia del Cartucho. Después de un intento fallido en la calle 19 con carrera 30 donde los vecinos protestaron airadamente, los concentraron finalmente. Solo que irónicamente fue en el antiguo matadero de Bogotá. A todos, juntos y revueltos. También hubo protestas: los vecinos que no querían ver su lugar desmejorado por la presencia de delincuentes, drogadictos y enfermos; y los propios indigentes también protestaron: “no me pueden quitar mi libertad... yo soy libre de andar por donde quiera...tengo mi familia allá en la pieza...”

Y es que en el matadero hubo de todo: hasta los oportunistas con el negocio de vender almuerzos o armas o drogas ilícitas. Naturalmente ellos no tienen mucho interés de dañar su negocio por lo que hacen lo posible para que se haga en el matadero otro Cartucho.

¿Y las autoridades que? Por ejemplo la policía no podía entrar por los requisitos previos para poder intervenir. Los equipos de la Secretaría de Salud estaban ahí diagnosticando rápidamente, definiendo conductas. Se agranda el problema social o de orden público. Buscan soluciones apresuradamente. Al menos los enfermos mentales los pueden ubicar en las instituciones especializadas.

⁴ La Encrucijada de los Indigentes del Cartucho: Denuncian abandono de los programas de rehabilitación. En: El Tiempo. 26, abr. 2005. p.1-3.

Por fin llegaron a la clínica psiquiátrica. ¿Pero cuántos llegaron? Muchos. La pregunta es entonces ¿qué tipos de personas llegaron? La respuesta es: de todo. Indigentes, drogadictos, enfermos mentales. Todos unificados en un solo grupo. Todos bajo una condición común: excluidos socialmente. En muchos casos la evaluación o el diagnóstico previos no fueron completos o acertados. No hubo tampoco una planeación. Uno me decía: “¿pero porque me traen engañado? ¡A mí me dijeron que me llevaban a una institución de rehabilitación! Lo que necesito es trabajo; yo no estoy loco. No puedo estar acá si no quiero. Yo me puedo conseguir la comida y con el reciclaje pago la pieza... Otro dice: “Nosotros no somos locos sino marihuaneros”

Acá es donde uno empieza a pensar que en ésta época todavía tenemos (y hablo de la sociedad en general) creencias caducas y modos de actuar muy enraizadas respecto de los indigentes, y es que deberían estar confinados en lo denomina Foucault el Encierro-Sustitutorio: “... el que se impone a alguien que no depende de la justicia criminal (bien por la naturaleza de sus faltas que son únicamente de orden moral o de conducta; bien por un estatuto privilegiado... se caracteriza en general por el hecho de que quien decide no es el poder judicial... es más un castigo que una pena”⁵, donde no se vean mal, donde no estorben; en sitios lejanos de la ciudad; el señor alcalde y su equipo, por supuesto también se equivocan cuando ven con los mismos ojos a todos diferentes grupos de los habitantes de la calle. Pero es que no todos son iguales. Indudablemente para algunos se buscó un manejo inicialmente hospitalario: los enfermos mentales. ¿Pero para los indigentes, los que viven

⁵ FOUCAULT, Michel. Op.Cit., p. 48, 49.

en la calle, para los que la calle es su hogar? Ellos no pueden perder la autonomía de escoger su modo de vida. Se ha visto que para las grandes ciudades es el propio Estado el que regulariza y garantiza las condiciones dignas mínimas de dormitorio, comedores comunitarios, etc. Definitivamente el camino no es el de esconderlos a todos.

¿Y del trabajo que se puede decir? Lo más lógico es la promoción de estrategias de reinserción socio – laboral. ¿Pero quién lo hace? ¿El Estado? Cuando vemos un indigente en la calle nos molesta su aspecto desafiante. Seguramente nos alejamos con una actitud de negación. ¿Nos preguntamos acaso que esta persona podría ser productiva?

Echemos ahora una mirada los drogadictos. ¿Son o no enfermos mentales? ¿O tienen una enfermedad social? Para lo primero solamente se puede decir que muchas veces (pero no en todas) el abuso de sustancias psicoactivas podría ser un síntoma de una enfermedad de base; entonces se les hará un manejo consecuente. Para los otros no. Es en éstos que la droga se ha vuelto un escape de la dura realidad social que les ha tocado vivir. Para ellos tampoco el encierro es adecuado. ¿Y será que la idea del alcalde de Bogotá de tomar prestado el esquema holandés⁶ de proveer las drogas, legalizando y regularizando el uso de ellas, es la salida? Muchos piensan que sí. Al menos en Holanda no se habla que las cosas del comercio de drogas antes llamadas ilegales ha empeorado. ¿Será que para ellos la solución es seguir inexorablemente su destino como drogadictos? Si vemos la tasa de

⁶ Creación de Centros de Consumo para Indigentes, Drogadictos, ¿Es la Solución? Polémica; se abre debate sobre programas de rehabilitación integral. En: El Tiempo. 27 abr. 2005. p. 1-10.

recuperación de acuerdo con la literatura es decepcionante: 95 % recaen en el consumo a los dos años⁷.

¿Por último, volvamos a los enfermos mentales que están en la calle: por qué están allí? Se ha documentado que muchas de las patologías de este tipo como la esquizofrenia (con prevalencia del 1% de la población general) hacen tender a sus dueños a descender en la escala social. ¿Por qué? Probablemente por abandono familiar, incapacidad de adaptación del propio enfermo, o por rechazo social. ¿Qué les queda sino volverse habitantes de calle? Solo que con una gran diferencia. No tienen las mismas habilidades de los que no son enfermos. Solo les queda vagar. Se diría, por supuesto, que es obligatorio proporcionarles el acceso a los servicios de salud ¡Claro que sí! Pero es que no es tan fácil: Porque para ellos hay un doble problema: están enfermos, pero también tienen un lastre social. La salud mental, como ya se dijo solo parcialmente está garantizada por la ley colombiana⁸; la protección social también. Y es que la mayor parte de esta población no se encuentra formalmente ligada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bien al régimen contributivo o al subsidiado; son los denominados vinculados. Pero los programas de reinserción socio-laboral no son consistentes y probablemente utópicos. Consecuencia: seguirán marginados y en exclusión social.

⁷ GOMEZ-RESTREPO, Carlos; HERNANDEZ BAYONA, Guillermo. Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos. Bogotá, D.C.: Centro Editorial Javeriano, 2002. p. 604.

⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1938 de 1994, Agosto 5, por el cual se reglamenta el plan de beneficios en el Sistema nacional de Seguridad Social en Salud. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud, 1994. p.8.

Este pues, es el panorama de hoy. Gente que pocos quieren, gente que no encaja en los parámetros sociales tradicionales, gente con muchos y muy diversos problemas. En suma, gente en exclusión social. ¿Cuáles implicaciones tiene este fenómeno en Bogotá? ¿Cómo es que la bioética es el espacio más adecuado para una reflexión racional brindando soluciones a esta problemática?

2. CARACTERÍSTICAS DEL FENÓMENO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL

2.1 APUNTES HISTÓRICOS ⁹

El interés por la marginalidad de ciertas poblaciones tiene raíces antiguas. La entrada del cristianismo en el Imperio Romano produjo cambios hacia una actitud misericordiosa para los enfermos. La consecuencia inmediata de este fenómeno fue el nacimiento de la institución hospitalaria; la primera de que se tiene noticia es la “Ciudad Hospitalaria”, fundada en 370 en Cesárea de Capadocia por el Obispo Basilio. En ella se recibían no solamente enfermos: también pobres, peregrinos, embarazadas, leprosos y ancianos. Los monasterios jugaron también un papel muy importante en el mismo sentido de dar albergue y cuidado a los enfermos: en Occidente el primer monasterio de importancia fue fundado en 589 por San Benito de Nursia en Monte Casino; en los años siguientes se fundaron muchos otros en diferentes ciudades de Europa (San Gall, Plochefontaine, Lisieux, Soissons, Lyon, Reims, Fulda, Reichenau, Bobbio, Cremona, Vicenza, etc. Con el transcurrir de los años se hacía necesaria la preparación de quien prestaba tales servicios y surgieron personajes como Boecio (480-524), Casiodoro (490-583), Isidoro de Sevilla (570-636), etc. Su conocimiento posteriormente se continuaría en escuelas catedráticas que darían origen a la universidad del siglo XIII. Tuvo gran influencia la medicina árabe, por ejemplo con la utilización de

⁹ DE LA ROCHE, Eduardo. Lecciones de Historia de la Psiquiatría. Laboratorios Synthélabo. Sin fecha de publicación.

algunos métodos psicoterapéuticos por Avicena (980-1037), Rhazesn (865-925), Maimónides (1135-1204) basados en los mandatos del Corán que pregonaban el tratamiento humano de los enfermos mentales. Los árabes fueron los creadores del hospital psiquiátrico en secciones especiales de los hospitales generales: Bagdad (750), Cairo (873) y otros exclusivamente psiquiátricos: Damasco (800), Alepo (1270) Kaladun (1283) y Fez (1500).

En la denominada Baja Edad Media (Siglos XI a XIV) predominó la demonología como causa de las enfermedades mentales. A medida que avanzaba la Edad Media aumentó el número de enajenados con la aparición de psicosis en masa, especialmente después de la Muerte Negra, la epidemia de peste bubónica que asoló Europa entre 1348 y 1352 y que dejó más de veinte millones de muertos. Los enfermos mentales dejaron de ser vistos con compasión y fueron rechazados por su familia y sacados de las ciudades embarcados por los ríos de una ciudad a otra. Su trastorno era asociado con los disidentes, herejes y brujas. Ya en el siglo XVI con el Humanismo y el Renacimiento, la beneficencia pública mostró su preocupación por ciertos grupos de personas especialmente vulnerables, en contraposición a aquel mundo medieval. Esta asistencia se limitaba a la mera acción altruista proporcionada con fondos públicos o privados así como las comunidades religiosas. Figuras tan descollantes como Juan Luis Vives (1492-1540) y otros, dieron una transformación fundamental formulando los principios de la psicología moderna: “El enfermo mental es un ser humano un hermano que debe ser tratado humanitariamente. Debe ser llevado a un hospital adecuado donde recibirá alimentación suficiente, cuidados médicos un trato gentil

y amable que traiga tranquilidad a sus espíritus, porque es a través de ella que la razón y la salud se restablecen”. Especial consideración debe prestarse a la obra de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios que fundada en 1539 por Juan Ciudad Duarte (posteriormente San Juan de Dios) en Granada España, se extendió hasta América y otros lugares del Orbe con la fundación de Hospitales Psiquiátricos principalmente, pero también con albergues y hospicios para diferentes tipos de personas marginadas: huérfanos, pobres, etc.

Posteriormente en el siglo XVII, se consolidó la responsabilidad pública en los intentos de solución de las poblaciones necesitadas. Si bien la persecución de las brujas y otros alienados y su incineración desapareció, en Francia en 1680 un decreto del soberano prohibió su ejecución, se produjo lo que Foucault ha denominado el “gran encierro”. Enormes centros de reclusión como la Salpêtrière y Bicêtre en París fueron el destino de los indeseables. No eran instituciones médicas; eran entes semi-jurídicos bajo el gobierno de un director con grandes poderes de autoridad, dirección, administración, comercio, policía, jurisdicción, corrección y sanción. Estaba secundado por un grupo de guardianes que mantenían el orden sirviéndose entre otros, de cadenas, encierro, látigos etc. Solamente una o dos veces por semana asistía un médico.

En el siglo XVIII con la ilustración, surgió la asistencia social como un sistema público organizado que se sumó a las actividades por los derechos de los trabajadores como libertades individuales. La enfermedad dejó de ser vista solamente como un acontecimiento

individual para transformarse en un hecho social; a ello se sumó la extrema pobreza de las clases menos favorecidas, la falta de oportunidades, la superpoblación de las grandes ciudades, el hacinamiento de los pobres en lugares aislados de esos núcleos urbanos, la falta de instrumentos sanitarios, y la ausencia de alcantarillado. La medicina extendió su acción a todos aquellos hasta entonces desprotegidos: ancianos, inválidos, alcohólicos, ciegos, sordomudos, etc. Para los enfermos mentales se pensó en la abolición de su confinamiento en aquellas instituciones carcelarias pasándolos a hospitales psiquiátricos cuya dirección estaba en manos de médicos; su tratamiento basado en conocimientos científicos, creó una cada vez mayor conciencia para su tratamiento humanitario. Fue lo que se denominó la segunda revolución psiquiátrica. El paciente debía tratarse de forma paternalista mientras el terapeuta se convertía para aquel en ejemplo de virtud, y disciplina; el objetivo era domarlo, poniéndolo en estrecha dependencia de un hombre virtuoso. Personalidades como Ph. Pinel (1745-1826) en Francia, J. G. Langemann (1768-1832) en Alemania, V. Chiarugi (1749-1820) en Italia, W. Tuke (1732-1822) en Inglaterra y B. Rush (1745-1813) en Estados Unidos de América, fueron los pioneros de este crucial movimiento. Amabilidad, comprensión, buena voluntad, compañía, higiene, ejercicios, trabajo útil y reintegración del enfermo mejorado y recuperado a la familia pueden resumir el concepto terapéutico de la época.

Hasta el siglo XIX la beneficencia pública coexistía con la asistencia social. La medicina y por supuesto la psiquiatría, al igual que otras áreas del conocimiento, tuvieron un gran

desarrollo acorde al racionalismo en el que imperaban las teorías organomecanicistas¹⁰, es decir se consideraba como la etiopatogenia de las enfermedades incluidas las mentales, a una serie de fenómenos elementales secundarios a lesiones cerebrales. De igual manera floreció la industrialización y la economía. El aumento de la población se concentró en las ciudades industrializadas; consecuentemente se hizo necesaria la construcción de grandes hospitales para atender el creciente número de enfermos. De otra parte, a finales del siglo XIX y comienzos del XX aparecieron las grandes teorías psicodinámicas con Sigmund Freud y otros que apoyaron la etiología psicológica para ese grupo de enfermedades, al igual que las teorías del condicionamiento de Pavlov y la fenomenología (Kraepelin, Jaspers). En casi todas ellas la tendencia es a entender las enfermedades mentales “como formas (síndromes) semiológicas cuya tipicidad de estructura y evolución no puede ser asimilada a una especificidad absoluta de naturaleza, puesto que esos síndromes parecen derivar de etiologías diversas”¹¹

Para los efectos de este escrito, merecen especial mención las teorías sociogénicas (Le Bon, Durkheim, Lévy-Bruhl) que consideran la enfermedad mental como un efecto de la estructura social y la presión de esta sobre el individuo; supone entenderla como un producto artificial de la cultura; pienso que dichas teorías tuvieron una grande repercusión en el desarrollo posterior del movimiento antipsiquiátrico que como mencioné arriba llevó a

¹⁰ EY, Henri. Tratado de Psiquiatría. Octava Edición. Baelona: Toray-Masson, S.A. 1978. p. 58-68.

¹¹ *Ibíd.*, p. 54.

reconceptualizar la enfermedad mental como una manera de vivir. En la década de los sesenta se inició el movimiento para la salud mental comunitaria gracias a la ayuda de muchos profesionales y de personas no especialistas; se fundaron centros de salud mental comunitaria. Este acontecimiento representa la culminación de los esfuerzos por considerar la enfermedad y la salud mental como una responsabilidad estatal, lo cual ya se había iniciado cien años antes¹² y tuvo a Adolf Meyer como uno de los grandes autores. Se consolidaron los sistemas de seguridad social dándose un cambio fundamental desde una concepción de acciones centradas en la beneficencia hasta la justicia social como principio rector.

Como se puede observar en este breve repaso histórico, enfermos mentales, pobres, inválidos, delincuentes y otros, han sido en las diferentes épocas objeto de interés y de preocupación. En ello no hay en la actualidad mayor cambio, con la diferencia de que hoy la situación es mucho más aguda y generalizada. Intento a continuación dar una visión panorámica de la manera como se entiende el fenómeno de la exclusión social, concepto en el que en la actualidad se incluye a muchas de aquellas personas marginadas.

¹² FREEDMAN, Alfred; KAPLAN, Harold; SADOCK, B. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Salvat Editores S.A., 1982. p. 79.

2.2 ELEMENTOS DE CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

¿Pero, de dónde sale el término? Lo más probable es que haya nacido de los propios sistemas de seguridad social de los países occidentales para referirse a aquellos a los que dichos sistemas no alcanzan a cubrir; esto se ha venido notando de manera más severa en los últimos veinte años cuando las fronteras de la pobreza se han hecho mucho más notables. Más concretamente, el uso del término “exclusión social” tuvo sus orígenes en los años setenta en Francia, como parte del contexto los discursos sociales y políticos que se referían a un creciente grupo poblacional especialmente marginado que requería atención gubernamental y estaba asociado a inestabilidad de empleo y desvinculación social. Sin embargo, el término ha venido adquiriendo una dimensión más amplia al agregarse la tendencia a la cronicidad de dicha condición, su diferenciación de la pobreza, ya que no todo pobre está necesariamente excluido y por último la negación o inobservancia de los derechos sociales, políticos y económicos¹³.

Para el Consejo de Juventud de España¹⁴, por ejemplo, la exclusión social es un fenómeno que conjuga una serie de factores endógenos (sexo, edad, raza...) y exógenos (extracto social, cultural, económico...) que dificultan o impiden el desarrollo integral del individuo.

¹³ GONZALEZ DE DURANA, Ana Arriba. El concepto de exclusión en política social. (en línea). Madrid: 2002 (Consulta: 3 nov. 2005). Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Unidad de Políticas Comparadas. 2002. p. 11-12.

¹⁴ CONSEJO DE LA JUVENTUD DE ESPAÑA. Exclusión Social, Una Realidad a Superar. (en línea). Madrid: 2003. (Consulta: 3 nov. 2005). Disponible en internet: www.cje.org. p. 12-13.

Entonces, bajo esta mirada, el concepto es dual porque cada persona debe desarrollar unas capacidades y hacer esfuerzos para integrarse socialmente; pero cada persona podrá lograr o no su propósito dependiendo del medio en que se desenvuelve.

Amartya Sen¹⁵, comenta que la búsqueda de libertades individuales apunta al desarrollo. Además que llegar a un desarrollo (entendido como el proceso de expansión de las libertades reales) implica la existencia de garantías para eliminar las fuentes de privación de esas libertades, que son muchísimas como la pobreza y la escasez de oportunidades económicas y otras de tipo social como el abandono, la represión estatal, la intolerancia y la falta de servicios públicos. Se observa así que la libertad individual está muy relacionada con los factores sociales. En términos de Sen, se demuestra que muchos tienen limitadas sus libertades individuales: una gran proporción de la población es pobre o indigente, con pocas oportunidades, y seguramente son víctimas de la intolerancia. En suma, están en exclusión social, lo que muy probablemente tiene relación con la falta de desarrollo, aunque no en todos los casos. Se ha demostrado que incluso en los países más desarrollados hay grupos de excluidos que se encuentran en peores condiciones que en los más pobres.

De otra parte, la OMS ha considerado que los excluidos sociales pueden dividirse en los siguientes grupos de riesgo:¹⁶

¹⁵ SEN, Amartya. Desarrollo y Libertad. Bogotá, D.C.: Ed. Planeta, 2000. p. 19.

¹⁶ DEL CAMPO ALEPUZ, Gabriel. Exclusión Social y Salud. (en línea). Alicante: (Consulta: 3 nov.2005) Disponible en internet: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/toc.htm.

2.2.1 Enfermos mentales y su entorno sociofamiliar: En este grupo se incluyen tanto los problemas propios de enfermo como los de sus familiares. Entre los primeros están la estigmatización social que en muchos casos acarrea el hecho de tener una enfermedad mental especialmente las crónicas y el hecho de que los sistemas de salud como el nuestro, no dan un cubrimiento global de la enfermedad¹⁷.

2.2.2 Habitantes de la calle: Es un grupo especialmente vulnerable; comprende grupos en los que podríamos incluir personas que generalmente no tiene recursos económicos, sin redes de salud, sociales o familiares de apoyo.

2.2.3 Inmigrantes: En muchas partes es un problema muy serio. Incluye factores de tipo sociocultural como el desarraigo, también de salud y económicos para ellos y para las poblaciones que los reciben. En nuestro país podrían asimilarse a los desplazados, grupo que actualmente es uno de los más vulnerables. El estado hace muchos esfuerzos para atender a esta población. Hay numerosos programas para atenderlos en salud, en capacitación y para el regreso a sus sitios de origen, sin que se vea una solución definitiva. Constantemente se crean barrios de desplazados en las grandes y pequeñas ciudades; los observamos pidiendo limosna en las esquinas o robando transeúntes para poder comer.

¹⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Op. Cit., p. 8.

2.2.4 La tercera edad: Los ancianos constituyen un grupo muy sensible por distintas razones: muchos carecen de apoyo social por vivir socialmente aislados; además por los problemas físicos propios de la edad (incapacidades, minusvalías, etc.) y por razones generacionales (carencias sociales y culturales); en ocasiones son considerados como una carga. Sin embargo, en muchas comunidades se convierten en el soporte para el cuidado de los hijos de las familias en las que ambos padres trabajan o los de las madres cabeza de hogar.

2.2.5 El desempleo crónico o la inseguridad laboral que además de los efectos económicos tienen efectos perjudiciales para la salud física y mental.

2.2.6 Otros grupos sociales que son vulnerables de padecer exclusión social son:

- Los farmacodependientes y alcohólicos
- Los enfermos de SIDA
- Los que ejercen la prostitución
- Los ex-presidarios, etc.
- Grupos de indígenas
- Grupos de afro-descendientes
- Madres cabeza de hogar

2.3 UNA PROPUESTA DE DEFINICIÓN

El concepto de exclusión social es multidimensional, y sus dimensiones pertenecen a tres áreas de gran importancia como son: los recursos, las relaciones sociales y los derechos legales; son las siguientes:

2.3.1 Privación económica:

- a. Ingresos insuficientes.
- b. Inseguridad en el empleo.
- c. Desempleo.
- d. Falta de acceso a los recursos.

2.3.2 Privación social:

- a. Ruptura de los lazos sociales y familiares, fuente de capital social y de mecanismos de solidaridad orgánica y comunitaria.
- b. Marginación social.
- c. Alteración de los comportamientos sociales.
- d. Falta de participación en las actividades sociales y políticas.
- e. Deterioro de salud.

2.3.3 Privación política:

- a. Carencia de poder.

- b. Falta de participación en las decisiones que afectan a su vida cotidiana.
- c. Ausencia de participación política y escasa representatividad.

Puede ser definida como “una escasez crónica de oportunidades y de acceso a servicios básicos de calidad, a los mercados laborales y de crédito, a condiciones físicas y de infraestructura adecuada, y al sistema de justicia”¹⁸. Una definición más concreta nos dice que la exclusión social es el proceso mediante el cual los individuos o los grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven (Fundación Europea, 1995). Este concepto está directamente relacionado con los grupos de personas con dificultades para participar en la vida de la comunidad

¹⁸ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. DEPARTAMENTO DE DESARROLLO SOSTENIBLE. Sobre la Exclusión Social. (en línea). (Consulta: 3 nov. 2005) Disponible en internet: http://www.iadb.org/sds/SOC/site_3094_s.htm.

3. APROXIMACIÓN AL CONTEXTO COLOMBIANO

3.1 GENERALIDADES

En nuestro país, con un cálculo poblacional de 44.6 millones de habitantes para el año 2005 (DANE), no es ningún secreto que la brecha entre ricos y pobres cada vez es mayor; recientemente en la página editorial del diario El Tiempo se mostraron algunos datos que corroboran esta afirmación¹⁹. Entre otros, se mencionan los estudios del Banco Mundial, el Informe de la Pobreza y Crecimiento: Círculos Virtuosos y Viciosos del PNUD. La tasa promedio regional de crecimiento económico es del 4.2% comparada con países como China (9,9%) o India (7,6%). Para Colombia esa tasa es del 4,5%, que aunque es ligeramente superior al promedio regional, nuestro nivel de pobreza es de los más altos del continente: Oficialmente es del 55% cuando en el Cono Sur, por ejemplo es de 19% y en América Central de 29%. Se concluye allí que estas cifras son muy similares a las del lejano 1938. Por otra parte, el CID²⁰ corrobora que el crecimiento de la economía colombiana tiene tres características: a) es insuficiente, b) es concentrado y c) es insostenible: el PIB ha crecido, pero de forma moderada; los países latinoamericanos con

¹⁹ SANTOS, Enrique. Detenidos en 1938. En: El Tiempo. Editorial. Bogotá, D.C. 18 feb. 2006.

²⁰ CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO. El Crecimiento es Insuficiente, Concentrado e Insostenible. En: UN Periódico. Bogotá, D.C. No 97. 26 feb. 2006. p. 4.

peor distribución del ingreso, con los datos según el valor del Gini, son Brasil (0,591) y Colombia (0,576) mientras los países con mejor distribución son Dinamarca (0,274), Noruega (0,25) y Corea (0,30).

En los últimos años hay un cambio en el perfil epidemiológico propio de sociedades en transición. Ejemplos de ello son: el envejecimiento de la población, el descenso de la fecundidad y la rápida urbanización. Se incluye además la persistencia de las enfermedades transmisibles y el concomitante auge de las no transmisibles. Por ejemplo, la población entre 15 y 49 años con HIV/SIDA a fines de 2001 fue de 0,4%.

En Colombia hubo 1'750.000 niños desplazados entre 1985 y 2002. El nivel de desempleo oficialmente en el año 2000 fue de 19,7%, y del 11.5% en 2005 que es la misma de 1990, cuando se aprobó la Ley 50 de reforma laboral. Sin embargo, esta aparente mejoría probablemente sea debida al auge del subempleo. De otra parte, el número de pobres creció de 19,7 millones en 1997 a 22,7 millones en 1999. Según la OPS y el Instituto Nacional de Salud²¹ hay 899.029 desplazados a noviembre 12 de 2002 de acuerdo con la Red de Solidaridad Social y desde 1985 hasta el tercer trimestre de 2002, el Codhes estima la población desplazada en 2'855.410 personas; Sólo dos países tienen una cantidad de desplazados internos mayor a los 2 millones que tiene Colombia: Sudán, con 4 millones y

²¹ O.P.S. e I.N.S. Estudio de Perfil Epidemiológico de población desplazada y población estrato uno no desplazada en cuatro ciudades de Colombia: Montería, Soacha, Cali y Cartagena. (en línea). Noviembre de 2003. Bogotá, D.C.: (Consulta: 14 nov. 2005). Disponible en internet: www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/epepv2002.

Angola, con 2,3 millones; la población urbana representa 71% de la población total; la fecundidad bajó a 2,8 hijos por mujer; la mortalidad infantil fue en el año 2000 de 21 por 1.000 nacidos vivos, y variaba de 17 por 1.000 en Bogotá a 29 por 1.000 en la zona costera; de las muertes correspondientes a varones de 15 a 19 años, 69% se deben a violencia, con 13 muertes masculinas por cada muerte femenina; la violencia intrafamiliar es un problema prioritario: 41% de las mujeres que han vivido alguna vez en pareja declararon haber sufrido violencia física por parte del cónyuge (y 20% adicional, por parte de otro pariente). Otro 34%, han sido amenazadas por el cónyuge. A pesar que la esperanza de vida al nacer aumentó a 70,6 años en 2000, se disminuye por la violencia en cerca de dos años. El gasto en educación es mayor de 4% del PIB pero la cobertura educativa no supera 88%.²²

Para el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)²³, el trabajo infantil, así como el tráfico de mujeres y niñas con el fin de explotarlas sexualmente son problemas crecientes en el ámbito nacional. Los asesinatos por “limpieza social” de niños de la calle, prostitutas, homosexuales y otros declarados como indeseables por grupos paramilitares, guerrillas y grupos de autodefensa, siguen siendo un tema de suma gravedad.

²² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud. (en línea). mayo de 2000. Washington, D.C.: (Consulta: 8 feb. 2006). Disponible en internet: http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_170.htm.

²³ COLYMORE, Yvette. Colombia ante la perspectiva de más desplazamientos de población. (en línea). Marzo de 2002. Washington, D.C.: (Consulta: 8 feb. 2006). Disponible en internet: www.prb.org/SpanishTemplate.cfm?Section=Portada&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=6675#moreinfo

3.2 EL PROBLEMA DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN LOS HABITANTES DE LA CALLE EN BOGOTÁ

En nuestra ciudad somos más de 6'635.960 millones de habitantes, el 49.6% son habitantes bajo la línea de pobreza, 14.9% están bajo la línea de indigencia, 54% están trabajando informalmente, 17.4% están desempleados, 1'314.079 están afiliados al SISBEN, 36.9% son menores de 18 años y en 2003 hubo 4615 denuncias por maltrato infantil²⁴.

En Bogotá²⁵, la pobreza medida por los criterios de Líneas de Pobreza e Indigencia ha tendido al incremento desde los años noventa. Por ejemplo en el año 2000 el número de personas pobres aumentó en un 71.6%, lo cual es equivalente a 1.293.089 personas adicionales en situación de pobreza por carecer de medios para adquirir la canasta familiar (Línea de Indigencia), mientras que las personas en miseria en el mismo periodo aumentaron en 422.702 (un 78%).

En el mismo documento se menciona que los índices de desarrollo humano para la Capital también son muy dicientes: A partir de 1999 se ha notado una reducción general de la

²⁴ FUNDACIÓN NIÑOS DE LOS ANDES. (en línea). Documento oficial de la presentación de la Fundación. (Consulta 2 nov.2005). Disponible en internet: www.ninandes.org

²⁵ ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Lineamientos Generales de Política Social para Bogotá 2004-2014 (en línea). Diciembre de 2003. Bogotá, D.C.: (Consulta: diciembre 27 de 2007). Disponible en internet: <http://www.bienestarbogota.gov.co/unicef/bdimagenes/DOCUMENTOFINALDEPOL%C3%8DTICASOCIAL29-12-03%5B1%5D.pdf>.

esperanza de vida a 72 años, el PIB per cápita se redujo a US\$ 2.794 e igualmente los niveles de escolaridad, mientras que se aumentó el hacinamiento hasta cerca de 13 puntos.

A continuación, me parece válido mencionar a manera de ejemplo, como dos entidades, una gubernamental y otra privada, han intentado comprender la problemática de diferentes tipos de población excluida así como la construcción de un modelo general de intervención.

El DABS, tiene desde el año 2001 el Proyecto No. 7312²⁶ para los habitantes de la calle entre los 22 y los 59 años de edad. Busca “promover la integración de esta población garantizándoles los mínimos necesarios para su inclusión social, así como ofrecer diversas modalidades de atención que satisfagan la pluralidad de los perfiles de los ciudadanos, desde una perspectiva de derechos, deberes y género, reconociendo nuevas ciudadanías a través de un trabajo intra y extra mural”

Se han identificado diversos grupos y curiosamente les han dado a estos grupos los nombres con que se conocen popularmente: ñero-a, ñero-a de olla, ñero-a de residencia o pieza, ñero-a recién salido de la cárcel, ñero-a con limitaciones mentales, ñero-a caminante y ñero-a en gestación. Sin embargo otros grupos como los desplazados, o adictos con familia no son incluidos por el hecho de que son remitidos a otros servicios sociales del Distrito. Geográficamente estas personas están concentradas principalmente en las

²⁶ ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE BIENESTAR SOCIAL. Atención al Ciudadano y Ciudadana Habitante de la Calle. Proyecto 7312. Bogotá, D.C.: 2001-2003. p. 189 – 191.

siguientes localidades: Mártires, Puente Aranda, Santafé, Barrios Unidos, Antonio Nariño, Teusaquillo, Barrios Unidos, Kennedy y San Cristóbal.

Como estrategia se crearon cinco tipos de atención, así: Brigadas de Atención Local, Hogar de Paso, Centro de Atención Transitoria, Comunidades de Vida y Enlace Social y Seguimiento. Brevemente se hace una descripción de las diferentes modalidades:

3.2.1 Brigadas de atención local

Consiste en contactar, motivar y atender directamente a los ciudadanos-as habitantes de la calle y se hace seguimiento al desplazamiento que hace por la ciudad mediante la identificación y la ubicación geográfica, así como de la cuantificación e identificación de la población que se encuentra en cada uno de estos espacios como son niños, niñas, jóvenes, hombres, mujeres, adultos-as mayores y familias. Adicionalmente se prestan los servicios básicos de aseo, refrigerio, salud y acciones lúdicas y recreativas, así como los contactos de motivación, desestímulo de la vida en la calle y remisión a los diferentes servicios que presta el DABS para los distintos grupos poblacionales.

3.2.2 Hogar de Paso

Es un servicio de atención básica en el día y en la noche. En el día se realizan talleres lúdicos y formativos, y en la noche se da hospedaje.

3.2.3 Atención Transitoria

Son los servicios de atención en seis áreas que representan cada uno de los campos que conforman la vida social, así: (1) área territorial y hábitat, (2) área de seguridad y convivencia, (3) área individual, familiar y social, (4) área productiva, (5) área de arte, cultura y lúdica y (6) área de salud. Estas áreas permiten identificar y reconocer con mayor profundidad las características y proyectos de vida del habitante de la calle. Se presta las 24 horas diarias con una duración de tres a cinco meses.

3.2.4 Comunidades de Vida

Es un servicio de internado voluntario con una duración de 3 a 9 meses. Entre los diferentes lugares de servicio se encuentra el *Centro para el Desarrollo Personal Balcanes*; es una comunidad donde se hace énfasis en procesos de formación técnica en artes y oficios como panadería, calzado, lavandería, cocina y pintura. Como parte del proceso de inclusión social se hacen pasantías con diferentes empresas del sector público y privado para que las personas que han optado por cualquiera de las modalidades productivas que ofrece el Centro, hagan sus prácticas.

3.2.5 Enlace Social y Seguimiento

En esta modalidad se brinda acompañamiento social, orientación y apoyo profesional, facilitando y promoviendo espacios de integración en el nivel familiar, educativo, social y laboral a las personas que han egresado de los servicios prestados en las modalidades de Atención Transitoria y Comunidades de Vida.

De otra parte, la Fundación Niños de Los Andes es una entidad privada que presenta estrategias para lucha por la niñez desamparada, brindándole atención médica, alimento, afecto y un lugar para vivir. Tienen como foco de atención, los niños de las poblaciones desplazadas por el conflicto armado de nuestro país; estas personas están concentradas en las grandes ciudades y la Capital es uno de los sitios con mayor problemática en este sentido. La ruptura de las familias trae como consecuencia una gran cantidad de niños abandonados a su suerte en las calles por lo que deben sobrevivir por sí mismos en condiciones de privación e incertidumbre, lo que es lo mismo que en exclusión social. El objetivo de esta Fundación es el de “Restituir y defender los derechos fundamentales de los niños, niñas y jóvenes en situación de calle, trabajar por el fortalecimiento de sus sistemas familiares y potenciar una cultura de corresponsabilidad y participación ciudadana en la solución de esta problemática social”²⁷ a través de programas de protección integral en medio institucional y atención integral ambulatoria en la calle como su hábitat, procurando su reintegro familiar e inclusión social. Se trata de minimizar los factores de vulnerabilidad, la propensión a la delincuencia infantil y la expulsión de los hijos a la calle, conectándolos con la red social de apoyo. Como se observa, su modelo de intervención es claramente

²⁷ FUNDACIÓN NIÑOS DE LOS ANDES. Op.Cit.

comunitario: el centro de atención es fundamentalmente es la familia y su corresponsabilidad con el Estado y la sociedad general, la conservación ecológica, la solidaridad, el perdón, el crecimiento personal y la gratitud con lo que se tiene. Se plantean diferentes etapas a saber: Acercamiento, acogida y aceptación, proyecto de vida, preparación para el egreso, y por último inclusión social y seguimiento.

3.2.6 Acercamiento

Se establece el contacto directo con los niños y niñas de la calle creando un vínculo afectivo, con la idea de un ingreso voluntario a la Fundación. Además se ofrece atención ambulatoria en salud, necesidades básicas de supervivencia, educación y remisión a otras instituciones.

3.2.7 Acogida y Adaptación

El niño es acogido en un ambiente de familia. En un entorno amable, se le ofrece una atmósfera de tranquilidad que facilita su proceso aprendizaje de hábitos y normas de convivencia. Incluye cuidado sustituto familiar, nivelación escolar, diagnóstico y estudio de caso y definición del plan de tratamiento individual y familiar.

3.2.8 Proyecto de vida

Se hace énfasis en el desarrollo del plan de tratamiento definido para cada caso, buscando la recuperación psicosocial, formación académica, capacitación vocacional, prelaboral y resocialización, de acuerdo con el proceso integral de rehabilitación.

3.2.9 Preparación para el egreso

Cuando se haya alcanzado un grado adecuado de autonomía, autosuficiencia y capacidad de autogestión, concretando su proyecto de vida se inicia el proceso de preparación para el egreso.

3.2.10 Inclusión social y seguimiento

Las personas ya tienen suficientes habilidades para poner en práctica los valores y normas que se han venido trabajando en las otras fases. Se ha logrado el reconocimiento de pueden aportar de sí mismos y a los demás como personas responsables de su propia vida. Continúan en colegios externos y/o con su formación técnica laboral. Son reintegrados a sus familias si las tienen, sino, se les construye un entorno social saludable donde cuentan con el apoyo, orientación, seguimiento y soporte económico de la Fundación. Adicionalmente se les ofrece atención psicológica y social, asesorías legales y conexión con redes de servicios especiales que procuren su éxito en la inclusión social.

4. UNA APROXIMACIÓN DESDE LA BIOÉTICA FRENTE A LOS EXCLUIDOS DE BOGOTÁ

4.1 LA VISIÓN BIOÉTICA

Ya se ha mencionado que el fenómeno de la exclusión social es muy complejo. Hay tres modelos paradigmáticos para explicarlo²⁸. El paradigma de la solidaridad la considera como una ruptura del vínculo social, como un fracaso de la institución social y como una amenaza para ella. El paradigma social de la especialización en donde la exclusión se atribuye a los comportamientos y las interacciones individuales; acá las personas participan voluntariamente en algunos campos y se excluyen de otros. En tercer lugar el paradigma del monopolio: dentro de una sociedad jerárquica, unos grupos controlan los recursos y crean barreras para restringir el acceso a ellos. Se considera que en las diferentes sociedades hay una mezcla de estos modelos paradigmáticos y en nuestra ciudad no hay una excepción a ello.

²⁸ ESCOBAR TRIANA, Jaime. Reflexiones desde la Bioética sobre la Exclusión Social como Forma de Violencia. En imprenta. Bogotá, D.C.: 2006.

Desde la bioética, como escenario de discusiones racionales, es factible una visión global del fenómeno de la exclusión. Se han observado en los hechos relatados arriba, cómo están mezclados diferentes elementos a saber:

Si retomamos el paradigma social de la exclusión podríamos observar que muchas de las personas excluidas socialmente habrían elegido de manera voluntaria y autónoma no participar de algunos campos; es el caso de aquellos habitantes de la calle que conciben su modo de vida por fuera de los parámetros “sociales deseables”: tener un empleo formal, una familia, un nivel educacional, etc. Sin embargo, también cabe la afirmación de que la sociedad misma no les ha brindado la oportunidad para que se incluyan; es decir, las desventajas sociales, económicas y de participación no permiten en sí mismas que se abra el espacio para que exista una clara autonomía para la toma de decisiones.

Ciertamente, el modelo no se ajusta a los desplazados o aquellos con enfermedades físicas y sobre todo mentales. Como lo menciona D. Gracia²⁹, no se trata ya, de la visión socrática en la que el mal siempre es considerado como un error, y que quien elige el mal lo hace solo por dos motivos: por ignorancia o por enfermedad; o más concisamente Platón (*Leyes*, 3. *Gorgias* 480 b.), en el mismo sentido dice que nadie es malo voluntariamente. A pesar del tiempo, estas tesis aún hoy tienen mucha aceptación: Gracia trae dos ejemplos que para este propósito son muy dicentes: la gran resistencia al movimiento antipsiquiátrico y la concepción del suicida, siempre como un enfermo mental. Ya superado el paternalismo y

²⁹ GRACIA, Diego. Bioética Clínica. Bogotá, D.C.: El Buho, 1998. p. 118-122.

descubierta la autonomía de los pacientes, el enfermo no es ya por definición un incompetente. Por el contrario, cada paciente es un ser competente y con los mismos derechos humanos, que solamente por excepción y siempre buscando su beneficio pueden ser lesionados (p. Ej. internamiento).

De otra parte, de acuerdo con el paradigma de la solidaridad, muy probablemente cabrían la mayor parte de los grupos de excluidos: habiendo una comunidad moral que comparte valores y derechos, se sabrá claramente quienes no participarán de ella: los habitantes de la calle, los desplazados, los enfermos mentales, los farmacodependientes, los ancianos, etc.

Me referiré a los cuatro primeros grupos. Observemos en primer lugar los habitantes de la calle, dentro de los que puede haber un grupo grande de desplazados. Ya hemos dicho que es un grupo muy heterogéneo en el que se pueden incluir personas que no tienen recursos económicos, sin redes de salud, sociales o familiares de apoyo. En una ciudad tan compleja como Bogotá, este grupo es muy creciente; naturalmente como todas las megalópolis, nuestra ciudad ofrece muchos atractivos para que gran número de personas se concentren. La dificultad es que ese crecimiento poblacional no es paralelo al desarrollo de la ciudad en términos de oportunidades de empleo, servicios públicos, servicios de salud, etc. Siendo los desplazados, por ejemplo, de tan diversos lugares y de tanta diversidad sociocultural, no es tan fácil que logren una ubicación en términos de productividad económica, por lo que dependerán de la caridad pública y en el mejor de los casos de la solidaridad de algunos entes estatales y privados que naturalmente no dan cabida a todos los necesitados. De otra

parte, como se puede ver en los planes distritales arriba mencionados, la ayuda que se les da debe ser necesariamente temporal, lo que garantiza, al menos por el tiempo que dichas personas se encuentran fuera de su lugar de origen un bienestar mínimo en servicios de salud, alimentación, etc. Todos sabemos que esto no es la solución definitiva, así como tampoco es la de buscar el pronto regreso al lugar de origen, puesto que las oportunidades allí han cambiado para ellos. Muchos terminarán en los otros subgrupos de excluidos como los farmacodependientes, probablemente confinados en los lugares más sórdidos y dedicados a actividades delincuenciales para conseguir dinero para cubrir sus necesidades.

De los enfermos mentales ya se ha comentado su situación de estar doblemente excluidos: por el hecho de ser enfermos ya cargan con el estigma social propio de esta condición; pero además por el hecho incontrovertible de que especialmente los más crónicos, descienden al ser abandonados por sus familias, en la escala social hasta los niveles de indigencia³⁰. Ya se conocen las limitaciones en los servicios de salud mental para ellos. En este campo vale la pena preguntarse que si a pesar de la tendencia global del tratamiento de su enfermedad en el seno de la propia comunidad, las familias y los entes de salud estarán capacitados y preparados para esta enorme carga; si bien los esfuerzos estatales apuntan hacia este concepto comunitario, el tratamiento está cada vez más a cargo de diversos profesionales no psiquiatras, dejando a estos solamente los casos más difíciles; de otra parte, para los familiares y allegados queda la gran carga emocional y muchas veces económica que implica su cuidado. Esto no necesita demasiada comprobación; solo es

³⁰ BASTIDE, Roger. Sociología de las Enfermedades Mentales. México: Siglo XXI, 1982. p. 150, 160.

necesario observar los grandes grupos que viven en las calles, bajo los puentes y que a veces son recogidos por las autoridades para llevarlos a las estaciones de policía u otros lugares de concentración como ocurrió recientemente en nuestra capital.

Naturalmente, también se puede aplicar claramente el paradigma del monopolio: quienes jerárquicamente dominan los recursos, limitan la posibilidad de acceso a los bienes y servicios.

En los dos ejemplos de intervención mencionados es decir, la propuesta del DABS y la de la Fundación Niños de los Andes, lo primero que llama la atención es que definitivamente hay muchas y muy diversas modalidades de exclusión en Bogotá, y acá se intenta una respuesta a dos grupos muy definidos. Si se observa, en ambos modelos hay una buena cantidad de frentes de acción: sociales, ambientales, de salud, etc. Además, se plantean modelos centrados en una atención en internación, bien para realizar un remodelado de vida en familia, además de la capacitación vocacional o la atención en salud, así como en la propia comunidad principalmente en las fases tardías cuando se trata de reincorporar personas readaptadas a la sociedad. Se concluye que es necesario desarrollar modelos de intervención propios y adecuados para cada uno de los grupos de excluidos.

Me atrevo a afirmar, de otra parte, que con lo ocurrido en ya mencionado Plan de Contingencia del Cartucho, que en nuestra ciudad muchos de los grupos de excluidos fueron manejados, al menos al principio, bajo un solo esquema: ser habitantes de la calle. Y

ello no sorprende: finalmente, vagar es el destino de la mayoría de los desplazados, de buena parte de los enfermos mentales y de los farmacodependientes. Podría uno preguntarse si el hecho de ser habitante de la calle lleva o contribuye a padecer una enfermedad mental o si por el contrario, originalmente fueron enfermos y posteriormente, como decía arriba, terminaron en la indigencia. Yo creo que por ello muchas veces estos grupos son muy difíciles de diferenciar, lo cual traería como consecuencia errores diagnósticos y desatinos terapéuticos.

De alguna manera lo sucedido en Bogotá con el grupo de personas a las que me he venido refiriendo, refleja esto: de manera más o menos generalizada, fueron visualizados como faltos de salud mental; solamente que la solución planteada fue estrecha. La Salud Mental, que como lo mencioné al inicio, traspasa las fronteras de las ciencias que la estudian como es la psiquiatría o la psicología, por mencionar solo dos de ellas. La Salud Mental es un elemento que está directamente implicado no solamente en el desarrollo individual de los seres humanos, sino en su convivencia como grupo y el desarrollo de la sociedad misma. Si no hay individuos sanos, no habrá una sociedad sana. Mal podría pensarse, en consecuencia, que una solución fuera “psiquiatrizarlos” lo que naturalmente solo dio una respuesta parcial.

Pero tampoco puede pensarse, que la solución a estos problemas tan complejos sea la de emitir leyes. Lo esperable, es un análisis racional amplio, multidisciplinario y plural que pueda ser aplicado a situaciones concretas, que nos sirva de instrumento para tomar

decisiones en consenso y que necesariamente debe incluir políticas en Salud Mental. Una vez hecha la argumentación ética racional se hará el abordaje jurídico y por ende se emitirán las consecuentes leyes. También es deseable que se busquen el reconocimiento y aceptación de las diferencias, sabiendo de la desigualdad en el acceso a la sanidad como un hecho moralmente inevitable en el sentido que H. T. Engelhardt³¹ concibe la política sanitaria, "... no se puede prestar igual asistencia a todos y a la vez respetar la libertad individual de perseguir de forma pacífica, junto con otros, la propia visión de la sanidad o de utilizar los propios recursos y energías como cada cual decida" y no solamente un cambio de estrategias en la legislación, sino una transformación de paradigmas desde la base de la sociedad misma. Pero además buscar un cambio en los modelos y procesos educativos a todo nivel, que incluyan la concientización ética en la toma de decisiones. Es precisamente la bioética la que nos abre esas posibilidades.

Estas situaciones como las que me he ocupado, trascienden la ética clásica a campos mucho más amplios: medio ambiente, justicia sanitaria, biodiversidad, derecho al acceso a los servicios de salud. Escobar Triana³² nos lo ilustra de la siguiente manera: "La supervivencia en un futuro a largo plazo se reduce a un asunto de bioética, no de ética tradicional. Tendremos que intentar y desarrollar para ese futuro una bioética política..."

³¹ ENGELHARDT, H. Tristram. Los Fundamentos de la Bioética. Barcelona: Paidós. 1995. p. 403-404.

³² ESCOBAR TRIANA, Jaime. Bioética y Conductas Sociopáticas. En: Bioética y Conflicto Armado. Bogotá, D.C. Ediciones El Bosque. Colección Bíos y Ethos, No 19. 2002. p. 27.

G. Hottois³³, por su parte, afirma que “la cultura bioética puede ayudar a manejar sin violencia los conflictos del mundo postmoderno” como la complejidad entre cuyos ingredientes se encuentra entre otros, la inequidad: económica, política, jurídica educativa y cultural. La bioética muestra una preocupación fundamental por lo vivo y por su cuidado: la vida humana en todas sus circunstancias y especialmente cuando está amenazada o disminuida; pero también es la ética del cuidado o de la preocupación del otro y del principio de vulnerabilidad. Este principio se aplica en general a todos los seres vivos, pero considera la vida humana fundamentalmente frágil y a las personas o grupos en estado de indefensión y precariedad: física, psicológica, económica, social, cultural, etc. Este principio expresa como imperativo ético fundamental, “que entre más vulnerable es un ser, merece más la atención y la asistencia de los que tienen el poder y medios para ayudarlo”. Implica, por supuesto, la protección de las minorías étnicas, culturales, enfermos mentales, etc.

Esta bioética amplia es el marco de discusión tal y como lo ilustra este mismo autor³⁴: “Si se quiere aclarar un problema de bioética éticamente y con seriedad, con la inquietud de la información científica y de la reflexión filosófica, es indispensable escuchar esa complejidad múltiple. Esta exigencia es aún más imperativa cuando el problema considerado es extenso y se aborda en un nivel general...”

³³ HOTTOIS, Gilbert. Conflictos y Bioética en un Mundo Postmoderno. En: Bioética y Conflicto Armado. Bogotá, D.C.: Ediciones El Bosque. Colección Bíos y Ethos, No 19. 2002. p. 90.

³⁴ *Ibíd.*, p. 99.

Para Santos y Vargas³⁵ “En el discurso bioético actual de las sociedades occidentales, se observa cierta asimetría en lo atinente a la temática vigente y en lo que constituyen las prioridades falibles en materia de los servicios sanitarios” y más adelante agrega: “Curiosamente en lo que tiene que ver con los servicios sanitarios para la población, también se observa entre las sociedades un discurso asimétrico e igualmente deshumanizante”. En las sociedades actuales más desarrolladas económicamente la bioética tuvo como uno de sus pilares el respeto por la autonomía de las personas como lo ilustran los históricos casos de Mohr v/s Williams (1905) o Salgo v/s Leland Stanford Jr. Univ. Board of Trustees (1957), que transformaron la tradicional y milenaria relación médico – paciente paternalista en un modelo de libre consumidor de servicios de salud como un bien privado. A su vez la beneficencia como principio de la ética biomédica se supedita a las exigencias crecientes de sus ciudadanos, cada vez mejor informados y más autónomos, con la consecuencia de la denominada medicina defensiva imperante en países como los Estados Unidos. Una de las consecuencias de este modelo, es el incremento de los costos de los servicios de salud, lo que sumado a las crecientes necesidades en salud y a la limitación de los recursos, ha hecho que se incremente la importancia del discurso de la justicia distributiva sobre el discurso de la autonomía³⁶. La gran preocupación es que derivado de lo anterior, lo más probable es que las poblaciones más vulnerables sigan tan o más desprotegidas, lo que naturalmente se convierte en un problema público de salud.

³⁵ SANTOS Y VARGAS, Leonidas. La Justicia Sanitaria como Prioridad Para América Latina. En: Bioética y Derechos Humanos. Segunda Edición. Bogotá, D.C.: Ediciones El Bosque. Colección Bíos y Ethos No.6. 2001. p. 217.

³⁶ *Ibíd.*, p. 222.

4.2 EL HABITANTE DE LA CALLE DE BOGOTÁ: UN PROBLEMA DE JUSTICIA DISTRIBUTIVA.

Entendido el concepto de justicia distributiva a la luz de Beauchamps y Childress³⁷, como “... la distribución igual, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social” Y más adelante se complementa refiriéndose “... a la distribución de todos los derechos y responsabilidades de la sociedad...”, Así, una injusticia sería un acto u omisión que priva beneficios a los que tienen derecho las personas o también la falla en la distribución justa de las cargas.

En consecuencia, considero válido analizar la exclusión social en Bogotá como una situación injusta. Sin querer hacer una teoría de la justicia, me propongo demostrar que la problemática planteada para este grupo poblacional es precisamente de inequidad en el acceso a oportunidades. Mencionaré inicialmente y de manera concisa las diferentes concepciones teóricas sobre la justicia, partiendo de la base que estas son elementos complementarios y muchas veces contradictorios, esperando que, como lo dicen estos autores “logren parcialmente dar coherencia y amplitud a nuestras visiones fragmentarias de la justicia social”³⁸

³⁷ BEAUCHAMPS, Tom L.; CHILDRESS, James F. Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Masson S.A., 1998. p. 312.

³⁸ *Ibíd.*, p. 319.

a) La justicia como proporcionalidad natural: Es la teoría que más influencia histórica ha dado en occidente; en ella la justicia es una propiedad natural de las cosas y lo que se sale de lo natural se convierte en injusto. Dentro de este amplio concepto se distinguen los conceptos de justicia distributiva (en la concepción aristotélica, es la relación que rige las relaciones del gobernante con sus súbditos) y el de justicia conmutativa (rige las relaciones de las personas privadas entre sí). El primer término, justicia distributiva es el que actualmente se aplica al ámbito sanitario. Según esta concepción lo “natural” es la desigualdad, por lo tanto la distribución de las riquezas se hará de manera proporcional a la jerarquía. En la distribución de los honores la perfección moral (y por supuesto la justicia) que cada persona adquiere en la comunidad depende del lugar que ocupe ella. El súbdito debe a su gobernante obediencia; este último encarna el bien común, es decir la justicia. El paternalismo es una de las consecuencias de esta teoría en el ambiente sanitario. Otra es la diferencia en la proporcionalidad de la asistencia sanitaria de acuerdo con el rango social: el esclavo recibirá atención de un médico esclavo y solo los ricos tendrán un amplio acceso a la salud, pero éste podrá practicar la virtud de ayuda al menos favorecido. Este modelo fue imperante durante muchos siglos y de manera práctica se distinguieron tres niveles de asistencia: la de los estratos sociales más pobres, la de los artesanos libres y la de los ciudadanos ricos y libres.

b) La justicia como libertad contractual: Para esta teoría el hombre está por encima de la naturaleza y es la única fuente de derechos. La relación con el soberano ya no es de sumisión y ya se habla de derechos individuales de los seres humanos como a la vida, a la

salud, a la integridad física, a la propiedad, a libertad y para ser comunes se hará un pacto o contrato social. Entonces lo justo por parte del estado será la protección de esos derechos de los individuos y todo lo que exceda eso, es abuso e injusto por parte de aquel. Los honores y las riquezas, es decir las propiedades, son justas si han sido adquiridas por medio del trabajo o si se han heredado.

Desde el punto de vista de la teoría liberal, la justicia y en general la salud se rige por las leyes del libre mercado; no hay un derecho a la asistencia sanitaria sino a la redistribución de la riqueza y en el caso de la asistencia sanitaria estaría justificada y sería justa si está libremente elegida por el grupo relevante³⁹. Para Nozic⁴⁰ en su “teoría contractual” el esquema sería de la siguiente manera: los más pudientes pagarán más impuestos para asegurar el apoyo estatal a los menos favorecidos a través de ayudas por desempleo y compensaciones de bienestar. Para Hobbes, los hombres deben cumplir los pactos que han celebrado; la injusticia sería entonces el incumplimiento de ese pacto.

Últimamente, las teorías liberales han dado explicaciones nuevas en el mundo de la salud; el estado solo debe proteger ese derecho a la salud de manera negativa, es decir debe impedir que se atente contra la integridad de los individuos.

³⁹ *Ibíd.*, p. 321.

⁴⁰ *Ibíd.*, p. 322.

c) Justicia como igualdad social: Se destaca la responsabilidad de la comunidad ante el individuo; los bienes no son privados sino comunes y lo que se debe distribuir equitativamente no son los bienes de producción, sino los de consumo. “A cada uno debe exigírsele según su capacidad, y debe dársele según sus necesidades”. Se defiende que la justicia se desarrolla a través de las tradiciones de la comunidad y en algunas sociedades se habla de solidaridad, como por ejemplo con los enfermos mentales, ancianos y discapacitados. La salud es una “capacidad” (un bien de producción) y la enfermedad una “necesidad” (un bien de consumo); de ahí que el estado debe proporcionar total y gratuitamente la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos y para esta teoría lo injusto es que los individuos se apropien de los bienes de producción como en este caso, la salud.

d) Justicia como bienestar colectivo. Aquí la justicia se define no como libertad contractual o como igualdad social sino como bienestar colectivo. Se defienden, además de los derechos primarios (a la vida, etc.), los económicos, sociales y culturales. Las teorías igualitaristas de la justicia proponen una distribución igualitaria de ciertos bienes como la asistencia sanitaria aunque son cautelosas de proponer la repartición igualitaria de los beneficios sociales posibles. J. Rawls explica la justicia como equidad y como “igualdad justa de oportunidades”; así existiría una obligación social, la distribución de recursos sanitarios, para suprimir o al menos disminuir los obstáculos para lograr esa igualdad justa de oportunidades⁴¹; la sociedad garantiza un máximo de libertad pero actúa contra las

⁴¹ *Ibíd.*, p. 324 y 325.

desigualdades. La justicia es un problema público y no privado y el acceso a los servicios de salud debe ser universal.

Para Gracia⁴², la justicia tiene además una significación teleológica, es decir, hacia las consecuencias: en este sentido algo es injusto cuando no consigue el máximo beneficio al menor costo posible; de esta manera se alcanzará la justicia no solamente cuando se respetan los principios morales, es decir lo deontológico, sino “en la maximización de las consecuencias buenas de los actos”. Una de ellas es el gasto sanitario, que como cualquier otro gasto debe hacerse con racionalidad económica, que en suma es la posición utilitarista. En las teorías utilitaristas lo justo es dar el mayor beneficio al mayor número de personas pero al menor costo económico. Como es conocido, las obligaciones utilitaristas de la justicia son correlativas a los derechos individuales que deben ser garantizados por la ley, si es necesario; esto en muchos casos produce desacuerdo entre los autores; tal y como lo argumentan Beauchamps y Childress⁴³ “... los problemas surgen si los principios utilitaristas se aceptan como suficientes en sí mismos”, razón por la cual en una sociedad que maximiza la utilidad social se podría impedir el acceso a la población vulnerable.

Parece haber un acuerdo, al menos en el mundo occidental, de que la justicia sanitaria exige el cumplimiento de los dos puntos de vista: el cumplimiento de los principios

⁴² GRACIA, Diego. Profesión Médica, Investigación y Justicia Sanitaria. Santa Fe de Bogotá, D.C.: El Buho. 1998. p. 168.

⁴³ BEAUCHAMPS, Tom L.; CHILDRESS, James F. Op. Cit, p. 320.

deontológicos, y dentro de estos el que parece estar más aceptado es el que entiende la justicia sanitaria como bienestar colectivo; pero también el cumplimiento del momento teleológico que es el de las “utilidad pública”⁴⁴

Si entendemos que el concepto actual de salud es mucho más amplio que la sola ausencia de enfermedad y que cuando se rompe el equilibrio que denominamos “estar sano” están actuando multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y sociales, podremos pensar que las diversas situaciones que se engloban dentro del concepto de exclusión social se pueden entender como ese “no estar sano”.

Un sistema de seguridad social que pretenda ser justo deberá estar enfocado en la mencionada multicausalidad: es así como no solamente tendrá como centro fundamental al individuo, sino que tiene que planear y actuar sobre sus condiciones de vida, sus oportunidades laborales, su estilo de vida y su entorno ambiental. Ese sistema de seguridad justo cumplirá los principios universales de justicia:⁴⁵

“Universalidad: todos y cada uno (como personas)

Igualdad: atención integral, no solo la básica

Equidad: distribución equitativa de cargas y beneficios

⁴⁴ GRACIA, Diego. Op.Cit. p.174.

⁴⁵ ESCOBAR TRIANA, Jaime. Ley 100 de Seguridad Social: Implicaciones Bioéticas. En: Bioética y Justicia Sanitaria. Segunda Edición. Bogotá, D.C.: Ediciones El Bosque. Colección Bíos y Ethos No 9. 2001. p. 32.

Solidaridad: quien más tiene, debe contribuir al menos favorecido”

En Bogotá no son extraños los viejos vicios como la corrupción, o la burocratización institucional, así como las inequidades al acceso a los sistemas judiciales. Tampoco fenómenos propios del sistema económico imperante como la concentración de la riqueza en círculos de minorías exclusivas o las prebendas tributarias. El discurso de la globalización está a diario en todos los foros; por encima de otras consideraciones está la eficiencia y la competitividad, lo que también se ha incluido en los servicios sanitarios.

Simón Lorda ⁴⁶, nos recuerda que si bien en la resolución de conflictos éticos, los Comités de Ética en los hospitales han dado una respuesta clara, se ha demostrado que muchas situaciones analizadas desbordan el ámbito privado, del caso en particular y se internan en el terreno de la organización, dentro de lo que llama un salto cuantitativo para su funcionamiento, el cual consiste en “comprender que la protocolización y la educación ética que realiza el Comité no solo está en función de los profesionales y pacientes – perspectiva privada de la bioética clínica- , sino en función de toda la organización...”. Por su parte, Gracia⁴⁷ también argumenta que la “salud ha dejado de ser una cuestión que los individuos gestionan privadamente, para convertirse en un problema público, político”.

⁴⁶ SIMON LORDA, Pablo. Ética de las Organizaciones Sanitarias: Nuevos Modelos de Calidad. Madrid: Triacastela, 2005. p.42 – 43.

⁴⁷ GRACIA, Diego. Op. Cit, p. 151.

Agrega Rodríguez del Pozo⁴⁸ que los problemas de acceso a la asistencia sanitaria no son solucionables a través de las acciones individuales; por lo contrario, son propios del ámbito de lo público, razón por la que los éxitos o fracasos van a depender de los sistemas políticos en sanidad y naturalmente de la sociedad en general. En los países como el nuestro y por supuesto que en nuestra capital, el problema mayor es el acceso a la asistencia sanitaria y es precisamente en estos lugares en que la protección se debe encaminar a los grupos de mayor vulnerabilidad. De otra parte, en el mismo texto⁴⁹ se asegura que “...las más recientes teorías de justicia han tendido a centrarse casi de manera exclusiva en la asistencia sanitaria curativa... estimando que toda la oferta diagnóstica y terapéutica actual y futura, compone el objeto de este derecho”. Esto no es extraño también en nuestra ciudad, como ha quedado anteriormente dicho. Ello nos lleva a pensar que definitivamente las acciones preventivas son las que producirán efectos duraderos más efectivos.

Pero no solamente se trata de prevenir; las concepciones morales de los diferentes grupos humanos, en los diferentes momentos históricos están condicionadas a unos contextos particulares como ocurre con los excluidos de nuestra ciudad; pero la limitación a los contextos no es suficiente por lo que se hace necesario tener una visión de una manera más amplia. Un enfoque ético global nos va a permitir percibir esos seres humanos con su

⁴⁸ RODRÍGUEZ DEL POZO, Pablo. El Objeto de la Justicia Sanitaria. En: Bioética y Derechos Humanos. Bogotá, D.C.: Ediciones El Bosque Segunda Edición. Colección Bíos y Ethos No 6. 2001. p. 131.

⁴⁹ *Ibíd.*, p.134.

propia dignidad, que les permita reclamar el derecho a la justicia, al acceso a los servicios de salud, a la alimentación, al trabajo, a su autonomía y por supuesto a su inclusión social.

En nuestra ciudad, como sucede en muchas de las grandes ciudades de los países en vías de desarrollo, no se ha logrado equidad en las oportunidades de empleo y mucho menos en términos de condiciones de vida satisfactorias. A pesar de los grandes esfuerzos del estado para dar cubrimiento a toda su población, está demostrado que el alcance de las respuestas en servicios de salud, servicios públicos, educación, vivienda, redes de apoyo, así como la inmensa desigualdad en la distribución de los medios económicos no suplen las mínimas necesidades de gran parte de la población. Ya se ha mencionado que parte de la respuesta ha sido la de creación masiva de empleos que a la postre ha resultado en un incremento muy severo del subempleo o dicho en otros términos del empleo informal que como se sabe, perpetúa las malas condiciones laborales por lo que no garantiza una inclusión equitativa.

Finalmente, las propuestas dadas a través de los sistemas de protección parecen insuficientes por su limitada cobertura. En el caso del sistema de salud se encuentra su propia tendencia a ser excluyente: Cuando no se cubre a cerca de la mitad de la población, o cuando la relación médico-paciente está seriamente cuestionada, se puede afirmar sin lugar a dudas, que se incumplen los principios fundamentales que rigen la Ley 100 de 1993 que son los principios fundamentales de la justicia: universalidad, igualdad, equidad y solidaridad.

5. CONCLUSIONES

El fenómeno de la exclusión social es actual y está presente con dimensiones muy importantes en Bogotá. Naturalmente no es propio de nuestra ciudad ni fácil de abordar. Si bien en los últimos meses se agudizó, hay certeza de que no es nuevo, sino que tiene raíces históricas muy antiguas; probablemente dada la complejidad y los cambios característicos de las grandes ciudades, acá la situación también es mucho más notoria, por lo que se exigen respuestas que muchas veces por su inmediatez y pobre planeación traen consecuencias impredecibles.

Las soluciones planteadas por las autoridades fueron , en efecto inmediatistas, mediante la expedición rápida de decretos y resoluciones, lo que naturalmente produjo una respuesta parcial; pero no solamente se pronunció el gobierno: probablemente suene a utopía la propuesta de uno de los hombres más ricos del país y tal vez del mundo cuando dijo: “...atacar el pavoroso déficit fiscal y al monumental endeudamiento público... revisar las relaciones con el FMI... la reforma estructural del inequitativo sistema tributario...”⁵⁰. Es macroeconómica; pero como se ha mencionado esta no es suficiente.

⁵⁰ CARDONA, Jorge. Del dicho al hecho. En: El Espectador. Editorial. Bogotá, D.C. 1° de mayo 2005.

Un grupo de situaciones como las que se han enumerado dentro del concepto amplio de exclusión social aparentemente podrían catalogarse como propias de quien las padece. Sin embargo, dada la gran complejidad de las mismas y de sus graves implicaciones en los ámbitos social, económico, de sanidad y de justicia, exigen un terreno de discusión y comprensión mucho más amplio que traspase lo meramente individual hasta llegar a lo público. Sin lugar a dudas, la bioética en su concepción más amplia nos brinda este espacio, que sin pretender dar las respuestas, nos amplía el número y la profundidad de las preguntas. Se observa que esta aproximación conceptual nos abre un panorama de entendimiento mucho más amplio, donde se pueden destacar las implicaciones dadas desde el campo de la justicia distributiva; parece acertado afirmar que dentro de ese gran espectro de posibilidades, es precisamente este principio universal de la bioética, la que nos proporciona más elementos para abordar de una manera racional un problema tan complejo como es la exclusión social.

Quedan muchos interrogantes: ¿No será que con una población cada vez más numerosa y diversa y con un mundo más globalizado con tendencia a concentrar inequitativamente los bienes y servicios el problema tenderá a empeorar? O este otro ¿Solo con intentar comprender el problema planteado, se pueden dar soluciones efectivas? Muy seguramente no; naturalmente las situaciones como las vividas en Bogotá y muchas otras ciudades, son tan complejas que requieren para su comprensión y planteamiento de probables soluciones, de la intervención de otras áreas del conocimiento: política, economía, socioantropología, ciencias de la salud. Claro, con la condición de que se analice y se actúe éticamente.

BIBLIOGRAFÍA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE BIENESTAR SOCIAL. Atención al Ciudadano y Ciudadana Habitante de la Calle. Proyecto 7312. Bogotá, D.C.: 2001-2003. p. 189 – 191.

_____. Lineamientos Generales de Política Social para Bogotá 2004-2014 (en línea). Diciembre de 2003. Bogotá, D.C.: (Consulta: diciembre 27 de 2007). Disponible en internet: <http://www.bienestarbogota.gov.co/unicef/bdimagenes/DOCUMENTOFINALDEPOL%C3%8DTICASOCIAL29-12-03%5B1%5D.pdf>

ASOCIACIÓN DE ABOGADOS DE BUENOS AIRES. Exclusión social y Violencia, Invitación a una Reflexión. En Internet. <http://www.aaba.org.ar/>, 30 de junio de 2004 (Consulta: 5 de noviembre de 2005).

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. DEPARTAMENTO DE DESARROLLO SOSTENIBLE. Sobre la Exclusión Social. (en línea). (Consulta: 3 nov. 2005) Disponible en internet: http://www.iadb.org/sds/SOC/site_3094_s.htm

BASTIDE, Roger. Sociología de las Enfermedades Mentales. México. Siglo XXI, 1982. p. 150, 160.

BEAUCHAMPS, Tom L.; CHILDRESS, James F. Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Masson S.A., 1998. p. 312 – 325.

CARDONA, Jorge. Del dicho al hecho. En: El Espectador. Editorial. Bogotá, D.C. 1º de mayo 2005.

CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO. El Crecimiento es Insuficiente, Concentrado e Insostenible. En: UN Periódico. Bogotá, D.C. No 97. 26 feb. 2006, p. 4.

COLYMORE, Yvette. Colombia ante la perspectiva de más desplazamientos de población.(en línea). Marzo de 2002. Washington, D.C.: (Consulta: 8 feb. 2006). Disponible en internet:

www.prb.org/SpanishTemplate.cfm?Section=Portada&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=6675#moreinfo

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1938 de 1994, Agosto 5, por el cual se reglamenta el plan de beneficios en el Sistema nacional de Seguridad Social en Salud. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud, 1994, p. 8.

CONSEJO DE LA JUVENTUD DE ESPAÑA. Exclusión Social, Una Realidad a Superar. (en línea). Madrid: 2003. (Consulta: 3 nov. 2005). Disponible en internet: www.cje.org. p. 12-13.

DE LA ROCHE, Eduardo. Lecciones de Historia de la Psiquiatría. Laboratorios Synthélabo. Sin fecha de publicación.

DEL CAMPO ALEPUZ, Gabriel. Exclusión Social y Salud. (En Internet) Alicante. http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/toc.htm. (Consulta: 3 nov.2005).

ENGELHARDT, H. Tristram. Los Fundamentos de la Bioética. Barcelona: Paidós. 1995. p. 403-404.

ESCOBAR TRIANA, Jaime. Ley 100 de Seguridad Social: Implicaciones Bioéticas. En: Bioética y Justicia Sanitaria. Segunda Edición. Bogotá, D.C.: Ediciones El Bosque. Colección Bíos y Ethos No 9. 2001. p. 32.

ESCOBAR TRIANA, Jaime. Bioética y Conductas Sociopáticas. En: Bioética y Conflicto Armado. Bogotá, D.C. Ediciones El Bosque. Colección Bíos y Ethos, No 19. 2002. p. 27.

ESCOBAR TRIANA, Jaime. Reflexiones desde la Bioética sobre la Exclusión Social como forma de violencia. En imprenta. Bogotá, 2006.

EY, Henri. Tratado de Psiquiatría. Octava Edición. Barcelona: Toray-Masson, S.A. 1978. p. 54, 58, 68.

FOUCAULT, Michel. La vida de los hombres infames. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1990. p. 48-49, 78.

FREEDMAN, Alfred; KAPLAN, Harold; SADOCK, B. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Salvat Editores S.A., 1982. p. 79.

FUNDACIÓN NIÑOS DE LOS ANDES. (en línea). Documento oficial de la presentación de la Fundación. (Consulta 2 nov.2005). Disponible en internet: www.ninandes.org

GOMEZ-RESTREPO, Carlos; HERNANDEZ BAYONA, Guillermo. Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos. Bogotá, D.C.: Centro Editorial Javeriano, 2002. p. 604.

GONZALEZ DE DURANA, Ana Arriba. El concepto de exclusión en política social. (en línea). Madrid: 2002 (Consulta: 3 nov. 2005). Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Unidad de Políticas Comparadas. 2002. p. 11-12.

GRACIA, Diego. Bioética Clínica. Bogotá, D.C.: El Bicho, 1998. p. 118-122.

GRACIA, Diego. En Torno a la Fundamentación y el Método de la Bioética. En Introducción a la Bioética: Siete ensayos. El Bicho Bogotá, 1991.

GRACIA, Diego. Profesión Médica, Investigación y Justicia Sanitaria. Santa Fe de Bogotá, D.C.: El Bicho. 1998.

HOTTOIS, Gilbert. Conflictos y Bioética en un Mundo Postmoderno. En: Bioética y Conflicto Armado. Bogotá, D.C.: Ediciones El Bosque. Colección Bíos y Ethos, No 19. 2002. p. 90, 99.

JIMÉNEZ GÓMEZ, Gilma. La indiferencia con los habitantes de la calle. En: El Espectador. Bogotá, D.C. 1º may. 2005.

OIT. Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (Cinterfor/OIT). Nociones de Exclusión Social. En Internet www.webmaster@cinterfor.org.uy . 2005 (Consultad: noviembre 14 de 2005).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su Implementación. Washington, D.C.: OMS/OPS, 1991. Sección I, Cap.1 y Sección IV.

_____ . Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud. En Internet. Washington, D.C. mayo de 2000. http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_170.htm (Consulta: 8 feb. 2006).

_____ e I.N.S. Estudio de Perfil Epidemiológico de población desplazada y población estrato uno no desplazada en cuatro ciudades de Colombia: Montería, Soacha, Cali y Cartagena. (en línea). Noviembre de 2003. Bogotá, D.C.: (Consulta: 14 nov. 2005). Disponible en internet: www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/epepv2002

RODRÍGUEZ DEL POZO, Pablo. El Objeto de la Justicia Sanitaria. En: Bioética y Derechos Humanos. Bogotá, D.C.: Ediciones El Bosque Segunda Edición. Colección Bíos y Ethos No 6. 2001. p. 131- 134.

SANTOS, Enrique. Detenidos en 1938. En: El Tiempo. Editorial. Bogotá, D.C. 18 feb. 2006.

SANTOS Y VARGAS, Leonidas. La Justicia Sanitaria como Prioridad Para América Latina. En: Bioética y Derechos Humanos. Segunda Edición. Bogotá, D.C.: Ediciones El Bosque. Colección Bíos y Ethos No.6. 2001. p. 217, 222.

SEN, Amartya. Desarrollo y Libertad. Bogotá, D.C.: Ed. Planeta, 2000. p. 19.

SIMON LORDA, Pablo. Ética de las Organizaciones Sanitarias: Nuevos Modelos de Calidad. Madrid: Triacastela, 2005. p. 42 – 43.