

Bioética y Justicia Sanitaria

Jaime Escobar Triana

Mahal Da Costa

Sofía Jácome

Hernán Málaga

Carlos Maldonado

Julio Montt

Pablo Rodríguez del Pozo

Gustavo García

Carlos Edgar Rodríguez

2a. Edición

9

COLECCIÓN BÍOS Y ETHOS
EDICIONES EL BOSQUE

COLECCIÓN
BÍOS Y ETHOS

**Jaime Escobar Triana - Mahal Da Costa
Sofía Jácome - Hernán Málaga
Carlos Maldonado - Julio Montt
Pablo Rodríguez Del Pozo - Gustavo García
Carlos Edgar Rodríguez**

Bioética y Justicia Sanitaria

Director: Jaime Escobar Triana, M.D.

Coordinador Editorial: Fabio Alberto Garzón

SEGUNDA EDICIÓN

9

COLECCIÓN BÍOS Y ETHOS

EDICIONES EL BOSQUE

1a. Edición, 1999

2a. Edición, 2001

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del “copyright”, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

© De cada texto su autor

© 1999 por Universidad El Bosque

de todas las Ediciones en español,

Ediciones El Bosque

Transversal 9A Bis No. 132-55

PBX: 633 1368 - 633 1320

Página web: www.unbosque.edu.co

Fax: 625 2030

E-mail: unibosque@unbosque.edu.co

Programa de Bioética:

Calle 130B No. 10A-39

Bogotá, D.C. - Colombia

ISBN 958-96186-1-8 (Obra Completa)

ISBN 958-8077-38-9 (Volumen 9)

Diagramación:

Fabio A. Garzón D.

Impresión:

Editorial Kimpres Ltda.

Tels. 260 1680 - 413 6884

Bogotá, D.C. - Colombia

Junio 2001

Tabla de Contenido

Presentación	9
Ley 100 de Seguridad Social: Implicaciones Bioéticas <i>Jaime Escobar Triana, M. D.</i>	19
¿Cómo podría pensarse la Justicia Sanitaria desde la Bioética? <i>Mahal Da Costa Soto</i>	53
La Educación en Salud <i>Sofía Jácome Liévano</i>	65
Filosofía y Salud <i>Carlos Eduardo Maldonado</i>	75
Hacia un Ethos Sanitario <i>Gustavo García Cardona</i>	101
Equidad en Salud y Oportunidad de Vida <i>Hernán Málaga</i>	131
Calidad de la Atención en Salud y Ley 100 de Seguridad Social <i>Carlos Edgar Rodríguez, M. D.</i>	147

Panorama de la Justicia Sanitaria en América Latina

Julio Montt Momberg, M.D.

183

¿Qué es eso de Justicia Sanitaria?

Pablo Rodríguez del Pozo, M. D.

199

PRESENTACIÓN

En relación con los principios de la Bioética, el mayor escollo de Colombia y Latinoamérica indudablemente está relacionado con el derecho a la atención de la salud, es decir, de Justicia Sanitaria. Se enfrentan aquí, de una parte, el derecho básico a la asistencia en salud y, de otra, los costos de la tecnología médica y la limitación de los recursos.

El derecho a la asistencia en salud reclama la disponibilidad de recursos y la acción del Estado que es interferida principalmente por los costos de la atención, debidos a la tecnología médica y el mejoramiento de la calidad de los bienes y los servicios médicos.

En este IV Seminario Internacional de Bioética realizado por la Universidad El Bosque, se trataron los temas relacionados con el principio de la Justicia Sanitaria. Se enfocó sobre estos problemas, de primordial importancia dadas las enormes dificultades de aplicación de la llamada Ley 100 de Seguridad Social Colombiana de 1993, la cual pretendía subsanar las deficiencias e inequidades del Sistema Nacional de Salud vigente hasta ese año.

Esta ley se proponía lograr, entre otros, una adecuada administración de los recursos destinados a la atención de la salud especialmente por parte de los hospitales públicos, lograr un mejor servicio a menor costo (eficiencia), aumentar la cobertura de la población (buscando universalidad), protección integral de beneficios, solidaridad y libre elección en un sistema de competencia regulada por el Estado, promover y auspiciar la prevención de las enfermedades e impulsar la atención en los niveles I y II de la atención de la salud.

Infelizmente, el resultado hasta hoy no ha sido el esperado y el enfoque exclusivamente utilitarista, con criterio de eficiencia, de costo-beneficio, entre otros, ha llevado a un desastroso panorama la atención de la salud en el país.

Tal vez se desconocieron en la estructuración de la ley y en su implementación, valores éticos que juegan un papel importante en cualquiera de los niveles del proceso de asignación de los recursos gubernamental, burocrático, institucional, de unidad clínica y de cada paciente.

Además de las anteriores implicaciones bioéticas de la Ley 100 de Seguridad Social, se señalan en el artículo de Jaime Escobar Triana, observaciones relacionadas con la total ausencia de consideraciones educativas para la formación de profesionales en un sistema que no admite ni reconoce la importancia de esa formación; por el contrario, se la demerita al enfocar la calidad de la atención sólo relacionada con lo correcto técnico— instrumental, medible si se quiere, pero que desconoce la adecuada ética del acto médico que se realiza. Prima el criterio de eficiencia costo-beneficio y no prevé las consecuencias educativas inherentes de la atención de la salud y de la práctica médica necesarias para la formación profesional.

Desconoce, además, todo incentivo relacionado con la actualización de conocimientos y centra la presencia tanto de docentes como de alumnos en los servicios hospitalarios.

Las diversas teorías de la justicia llevadas al campo de la práctica de la justicia sanitaria enfocan desde diferentes concepciones su aplicación a un sistema justo de salud.

Mahal Da Costa pregunta: ¿Cómo podría pensarse la justicia sanitaria desde la Bioética? y trata de responder en forma metodológica, tomando prestados algunos planteamientos de otras disciplinas. Aprovecha la ventaja de la multidisciplinariedad de la Bioética, con aportes provenientes de la Filosofía, de la Ética especialmente, de la Economía, de la Política y de la Administración.

Desde la Bioética fundamental y la Bioética clínica, intenta dar respuesta tanto al ámbito fundamental, la pregunta por la justicia, como al ámbito clínico, por la sanidad. Históricamente las teorías de la justicia aportan un conocimiento sobre el problema.

La bioética clínica entrega los hechos y los valores, un adecuado conocimiento de ellos y el entrenamiento en ciertas habilidades necesarias para manejarlos según cada caso.

Bajo el evidente desconocimiento que la Ley 100 de Seguridad Social tiene de las instituciones formadoras de profesionales de la salud, Sofía Jácome urge la necesidad de proponer elementos de enlace, tanto conceptuales como operativos, que permitan al egresado ejercer la profesión en forma adecuada, ya que el entramamiento para la enseñanza en las instituciones del sistema de salud actual impiden la formación correcta y, por tanto, la preparación para un ejercicio correcto.

El proceso salud-enfermedad no se define fuera del individuo, es una representación social, una construcción, una estructura simbólica a la que se le atribuye sentido como resultado de la interacción individuo-sociedad.

Desde un punto de vista filosófico Carlos Maldonado, pregunta por las diversas maneras de la salud.

Puede pensársela desde una perspectiva hermenéutica, interpretando lo que sea la salud para nosotros. O desde otras lenguas y culturas, pensando analíticamente qué significa la salud. También trascendentalmente, podemos preguntarnos acerca de la salud y acerca de las condiciones de su posibilidad.

Anota, que todos los planteamiento de justicia sanitaria, un capítulo propio de la Macrobioética, se comprenden dentro de la pregunta trascendental por la salud. El Estado tiene responsabilidades políticas y éticas-sanitarias vistas desde la Filosofía y las ciencias sociales.

Son posibles diferentes concepciones sobre la salud, con ofertas de múltiples y variados tratamientos, tan abundantes que, son el trasunto de una sociedad, un mundo y una época de enfermos.

Sostiene dos tesis en su escrito: que la salud es un estado con múltiples expresiones. No se pueden confundir las expresiones de la salud con la salud misma; éstas no son sino sus manifestaciones.

La segunda tesis afirma que la salud no es única ni principalmente humana, sino que, por el contrario, es un concepto "holístico" o sistémico, un concepto complejo.

Debe señalarse, que la inmensa mayoría de las concepciones acerca de la salud hacen una referencia antropocéntrica. El autor se propone mostrar, cómo la salud humana es sólo una expresión de la salud general de la sociedad y del planeta y no la central o la más importante.

Afirma más adelante, que asistimos a una época de un enorme mercado de salud con un gran poderío económico de la industria farmacéutica, que abarca también políticas investigativas y científicas, poder psicológico sobre la población y poder político.

La salud se concibe, así, tradicionalmente como un "estado" o caso de tensión. "Pero el concepto mismo de "estado" ("el estado del paciente") es, tanto fijo como cosificante. Apelando a las ciencias de la complejidad, la define como "un estado crítico auto-organizado", en la que los procesos de auto-organización tienen lugar en un largo período sin intervención de ningún agente externo.

En cuanto a la Justicia Sanitaria, debiera esclarecerse suficientemente cuáles son las posibilidades de la salud en el sentido de qué es lo que permite la salud. Sin esclarecer lo cual, se sigue prestando a manipulaciones e instrumentalismos por parte de intereses políticos, económicos, militares y sociales particulares.

Una tarea para la Bioética, es abordar el estudio serio de los problemas relacionados con, en primer lugar, reconocer y aceptar que el ser humano no impone leyes sobre la naturaleza, las obedece; en segundo lugar, estudiar la dificultad en la comprensión y en la existencia misma de lo que sea el pensar

y el conocer humano y, en tercer lugar establecer las posibilidades y el sentido de acciones colectivas y no solo grupales o individuales.

En un recorrido por el ámbito de la cultura del "Ethos" desde las virtudes como referentes éticos, como lugar habitado, como fuente de vida, o como el modo de ser, carácter y temperamento, originantes de lo humano ético-moral, llega Gustavo García al debate en el terreno sanitario acerca, no sólo de la salud en el campo de las relaciones ético-morales sino en la construcción de un Ethos sanitario.

Este Ethos sanitario hace referencia a los actos humanos que afectan no sólo a la salud de quien los realiza, sino a todos los demás que lo rodean, además de las circunstancias ambientales. Se enmarcan en la Macrobioética con una perspectiva de la calidad de la vida tanto individual como comunitaria, para alcanzar o mantener la salud. Pero, ¿es concebible un completo bienestar a nivel humano?

La salud, en la sociedad contemporánea, hedonista, de consumo, es uno de tantos objetos satisfactorios subordinados a la demanda del mercado; esto se hace explícito en la concepción neo-liberal de la profesión médica, al medicalizar la salud hacia la perspectiva curativa.

La máxima utilitarista como ideal ético y factor normativo para la convivencia humana, busca el mayor placer para el mayor número de personas. La medicina hace incuestionables aportes a la salud; pero una cosa es ésta contribución y otra la absoluta medicalización de la vida y de la muerte.

La creciente positivización de la medicina que cosifica al ser humano, objeto de conocimiento para la cura, subordina la noción de salud a modelos económicos desarrollistas de mercado que hay que tener, comprar, vender, consumir y prepagar como cualquier otro objeto.

Un Ethos sanitario requiere referirse a la salud en un marco axiológico. Requiere una tendencia dinámica y constante hacia un equilibrio entre las

relaciones del hombre, consigo mismo y con los demás y con la naturaleza, es decir, inscrita en el campo de la Macrobioética, como problema de la vida tanto a nivel general como global.

En el seminario se ofreció por parte de Hernán Málaga, representante de la OPS, la experiencia sobre los sistemas locales de salud y los municipios saludables como estrategias de impacto en salud, realizados en Venezuela entre 1990 y 1996.

Las estrategias de los Municipios saludables con participación comunitaria, voluntad política e intersectorial, hacen más factible la posibilidad de alcanzar los objetivos de justicia social y justicia sanitaria.

Cuando se solicitan mayores presupuestos en atención de salud, ese incremento puede ir en detrimento de otros bienes como son la educación, la vivienda o la cultura. El modelo de justicia social, de desarrollo prevalente en América Latina no es diferente a muchas partes del mundo. Sin embargo, existen dos tipos de inequidades: las inequidades en salud y las inequidades en el acceso a los servicios y, dentro de éstos, las inequidades en acceso a servicios de calidad.

Una estrategia para ayudar a solucionar las inequidades en salud es la de los municipios saludables, en los que se combaten las desigualdades sociales, se fomenta la participación ciudadana, la intersectorial y el alcalde tienen un gran liderazgo.

Para la estructuración de éste y otros proyectos, la OPS en Colombia promueve el uso de la metodología y la elaboración de proyectos de marco lógico, con diferentes niveles de objetivos y un objetivo fin que puede definirse para la comunidad, como el acceso al bienestar de toda ella.

Sobre la calidad de la atención de salud, Carlos E. Rodríguez analiza los cambios de fondo en el sector salud a nivel mundial y sus repercusiones a nivel colombiano, así como algunos elementos de la Ley General de Seguri-

dad Social en Colombia en relación con la Justicia Sanitaria. Busca promover la discusión y la solución de problemas reales, como la limitación de recursos y la abundancia de problemas.

Se analizan los cambios en la dinámica de la atención de la salud, el paso de la atención individual, privada, a la obligación del Estado, el concepto de salud como derecho positivo y el "asalto social" que esto plantea. Los costos de la tecnología, cada vez más altos, son un desafío para lograr el acceso a ella, especialmente su utilización en sociedades con marcadas desigualdades, plantea un debate bioético en relación, especialmente, con el principio de justicia distributiva.

¿Qué es un sistema justo de salud? ¿Qué responsabilidades en cuanto a la equidad tienen los planificadores políticos y sobre qué criterios éticos se toman las decisiones para la asignación de recursos?

La calidad de la atención, señala el autor, tiene que ver con dos vertientes: la técnica-científica y la interpersonal. La calidad no es una obligación sino una actitud y, por otra parte, la calidad se dará cuando el usuario la sienta, por lo cual, la calidad así descrita depende de todos y de cada uno de los miembros del equipo de salud.

En la Ley 100 Colombiana se introducen algunos elementos en la estructura del sistema de salud, incluyendo varias instancias de coordinación, gestión y control que buscan la participación activa de múltiples actores. Una de las limitaciones del modelo es la introducción de planes diversos, como el régimen contributivo de los empleados o el régimen subsidiado para acceder al servicio por ser el beneficiario de un subsidio. La crítica aquí se centra sobre la discriminación que la propia ley plantea.

Afectan la estructura de la ley las determinaciones que los organismos legislativos y, en especial, las altas instancias jurídicas toman para tutelar los derechos de los ciudadanos. Puntualmente, si dichos beneficios tutelados no estaban contemplados inicialmente en los planes de beneficios señalados

expresamente en la ley, se supone que dichas limitaciones de los planes se atienen a las posibilidades financieras. Además, los compromisos del Estado relacionados con las condiciones iniciales de financiación, son incumplidos o modificados, como en el caso de la contribución estatal a la financiación de la subcuenta de solidaridad, modificada por la Ley 344 que disminuye dicha participación.

Otros muchos interrogantes surgen respecto de la Ley 100 de seguridad social. Corresponde a los gestores políticos preguntarse si el excesivo énfasis en los indicadores, en la definición de tiempo, en la preocupación por la cobertura (pero no por el acceso) o en los flujos de los recursos, ha puesto en riesgo la calidad global del sistema.

En cuanto al panorama de la Justicia Sanitaria en América Latina, el Dr. Julio Montt, con su gran conocimiento del problema, lo enfoca desde diferentes puntos de vista.

Hace la síntesis de las actividades del seminario y proyecta las perspectivas sobre la situación de la salud en América Latina y si ésta responde al principio de Justicia. La salud desborda su propio campo y se vincula al desarrollo de otras áreas sociales y abarca, no sólo la Bioética, sino la Ética social, el Medio Ambiente y los Derechos Humanos.

La Bioética, se pronostica, será la ética civil del próximo siglo, como una ética de mínimos, de acuerdo con ciertos principios adoptados por toda la sociedad. Según su experiencia como director del Programa Regional de Bioética, la Justicia Sanitaria es el tema que genera mayor demanda de conocimiento en América Latina. Así se expresa en todas las jornadas y eventos que tratan el tema.

Las inequidades en salud se dan dentro de los países, por ejemplo, en relación con el índice de mortalidad infantil en comunidades pobres respecto de las de mejor situación económica, y también entre los diferentes países de la región.

En la atención médica, se dan las mayores inequidades en la posibilidad de acceso y en la calidad de la atención producida en muchas ocasiones por la injusta distribución de los recursos. Surgen problemas éticos en la atención, pues debe tenerse en cuenta que el médico ya no está solo con el paciente en la consulta, hay terceros que se involucran, como los seguros privados o públicos, y las instituciones públicas o privadas. El médico puede tener el doble papel de abogado de sus pacientes o guardián de las instituciones prestadoras o aseguradoras. La medicina corre el riesgo de transformarse en una actividad comercial, carente de valores y de ética que afectará a las personas y a la sociedad.

Las inequidades en el sistema de salud hacen que los recursos los consuman en mayor medida los sectores de altos ingresos que los más pobres. Es el caso de Chile, en que el 20% más rico recibe el 60% del producto nacional, mientras que el 10% más pobre recibe entre el 6 y el 10%. La Bioética debe orientar una reflexión latinoamericana sobre este problema de inequidad y de injusticia, para lograr un desarrollo sustentable.

La justicia como equidad es una realidad que necesitan los pueblos de nuestra región. Se debe agregar a esto, la solidaridad como una forma de hacer justicia.

La Bioética, además, ayuda a reflexionar sobre éste y otros problemas de inequidad entre los países pobres y los países poderosos.

“La reflexión filosófica y moral sobre la medicina, su ejercicio y sus fines, a través de la Bioética ha reconfigurado en muchos aspectos, la práctica médica” afirma Pablo Rodríguez. Esa presencia no se da lo mismo en lo que se refiere a la Justicia Sanitaria; parece existir un abismo entre filósofos o teóricos, de un lado, y administradores y economistas, del otro.

Al hablar de Justicia Sanitaria, se parte del supuesto básico de que existe un derecho a la asistencia sanitaria consagrado por ley. Pero esta sola consagración legal no garantiza la materialización del derecho. De allí surge que deba pensarse en los límites justos de ese derecho.

La enfermedad y la salud son consecuencias de las condiciones socioculturales y ambientales. El mejoramiento de la salud de la población depende fundamentalmente de factores diferentes a la atención sanitaria. Medio ambiente, alimentación, vivienda, educación y promoción sanitaria, son factores para ese mejoramiento de la salud.

Debido a los grandes logros de la Biomedicina, los pacientes tienen expectativas altas e irreales en cuanto a la capacidad de la asistencia médica para mejorar la salud y, por tanto, demandan servicios innecesariamente. Las expectativas creadas imponen una tendencia al sobreconsumo y la sobreutilización de los bienes y servicios médicos, diagnósticos y terapéuticos.

Esto ha originado una nueva "Folk Medicina" en la cual se confía ciegamente y a su consumo se vuelca ciegamente la sociedad actual.

Todos estos elementos mencionados distorsionan los sistemas de salud y pueden desvirtuar los criterios de justicia sanitaria con equidad.

Presentamos en este volumen de la Colección Bios y Ethos, las discusiones y ponencias que se llevaron al debate. Se muestra, de nuestra parte, la gran preocupación por el tema de la justicia sanitaria en Colombia y América Latina.

Creemos aportar elementos a la discusión que ayuden a crear un sistema de salud con justicia distributiva para nuestras poblaciones. Lo hacemos con criterio de responsabilidad universitaria, como deber moral y como contribución a crear una conciencia de ética civil que ayude a nuestros países.

Agradecemos a todos los participantes, ponentes y asistentes que aportaron valiosas ideas a la discusión.

JAIME ESCOBAR TRIANA
MD. Ms Fil. Ms Bioética
Bogotá, febrero / 1999

LA LEY 100 DE SEGURIDAD SOCIAL: IMPLICACIONES BIOÉTICAS

Jaime Escobar Triana. M.D.

Universidad El Bosque, Santafé de Bogotá, Colombia

INTRODUCCIÓN

La salud es un estado oculto que sólo se manifiesta por la enfermedad. La salud no es algo que se pueda hacer.¹

Así comienza a vislumbrarse la complejidad del concepto cuando se pretende, además de encontrarle un marco definitorio, encasillarlo en las relaciones del médico con el paciente o en las organizaciones de los sistemas de atención de la salud. Debido a los cada vez mas altos costos, el cuidado de la salud se entiende como un deber de la población. Sin embargo, puede considerarse en el ámbito de la justicia sanitaria, como un derecho, entendido como el derecho de toda la población de acceder a los servicios de salud. Enfocada sobre el ser humano, la salud muestra una amplia concepción que no puede excluir ninguno de los aspectos que constituyen la persona y su relación con el entorno. En el ser

1. Gadamer H.G. *El Estado Oculto de la Salud*. Gedisa, Barcelona, 1996.

humano, como ser biocultural, la alteración de la salud se manifiesta tanto por los factores biológicos como por los hechos culturales.

Un enfoque monocausal de la enfermedad, sobre lo biológico (modelo biomédico), excluye otros órdenes que constituyen a la persona y que también se alteran por la enfermedad. Excluye toda actitud holista y genera los conflictos que vive la medicina orientada hacia esa desviación epistemológica.

La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, y que ya lleva más de 50 años de haber sido adoptada, constituyó un importante avance, pero no satisface tampoco las diversas facetas de la persona humana.

Se han propuesto otras alternativas como la teoría multicausal, en la cual se consideran los elementos biológicos, el medio ambiente o el entorno, el comportamiento humano individual, social y los mismos servicios de salud como integrantes todos ellos del concepto de salud.²

En la existencia humana deben considerarse por lo menos tres dimensiones alrededor de la palabra que caracteriza a la persona y que se afectan por la pérdida de la salud; así, según Malherbe,³ el ser humano es un ser recíproco tridimensional en el cual se entrelazan constitutivamente lo biológico u orgánico, cuerpo que tengo y cuerpo que soy; lo psíquico que permite la comunicación con el otro, y la dimensión del código simbólico o del lenguaje.

2. Briehl J. Las ciencias de la Salud pública en la construcción de una prevención profunda: "Determinantes y proyecciones" en lo Biológico y lo social. OPS/OMS, Washington, 1994. "El proceso de salud en el ser humano no es un fenómeno biológico, es un proceso integrado y dinámico, determinado por leyes distintas a las del resto del mundo animal y vegetal".

3 Malherbe J. F. *Hacia una ética de la medicina*. E. San Pablo, Bogotá, 1993.

Todos los tres órdenes nos caracterizan como seres humanos (o como diría Sartre,⁴ las dimensiones ontológicas del cuerpo, el ser-para-mí, el ser-para-otro y existo mi cuerpo como conocido por otro).

Ninguna intervención médica puede llevarse a cabo sin una reflexión en la que se toquen valores, normas y costumbres humanas individuales y comunitarias alrededor del acto médico.⁵ Al enfermarnos se producen modificaciones muy importantes en nuestra vida y se origina una extraordinaria actividad espiritual y humana.

Derechos Humanos y Salud: La ética médica ha sido tradicionalmente más de aplicación individualista. El actuar del médico ha sido, en primera instancia, hacia el individuo. Preguntas más generales, como la distribución de recursos escasos en la atención de la salud, las estructuras básicas de la política de salud o las de atención primaria y secundaria se han dejado en un segundo plano por el médico.

John Locke formuló la primera tabla de los Derechos Humanos civiles y políticos que constituyen la base de cualquier contrato social que se plasma en leyes fundamentales y constituciones políticas.

Son derechos y libertades que se ordenan en el más alto nivel de la escala normativa como derechos individuales del hombre y del ciudadano.

4. Sartre, J.P. *El Ser y la Nada*. Alianza universidad/ Losada, Madrid, 1989.

5. Broekman J.M. *Encarnaciones. Bioética en formas jurídicas*. Quirón, Gonnet, Argentina 1994. P.78 "En la distancia que se abre entre la imagen de la enfermedad y la imagen propia de antaño, de una parte, y las hoy vigentes, de la otra, dos asuntos saltan claramente a la vista. 1) las imágenes de la enfermedad no son unidades biomédicas o biológico-orgánicas independientes. Son imágenes creadas por valores y normas sociales y culturales. Su función social es de la mayor importancia para nuestro sentimiento de vida moderna. 2) la medida en que estas imágenes son importantes evidencia a cada momento en qué medida nuestra vida en comunidad está medicalizada. ¡ en nuestras imágenes de la enfermedad estamos en, y somos, comunidad!"

Dos generaciones más han surgido luego: la segunda, de Derechos económicos, sociales y culturales en la que se ubica la asistencia sanitaria y la tercera generación que comprenden la paz y el medio ambiente (ver cuadro).

Tres generaciones de Derechos Humanos		
Derechos Humanos	Valor Moral Guía	Modelo de Estado
1a Generación: Civiles y Políticos	{ Vida Integridad física-Salud Libertad Propiedad	Libertad Estado de Derecho
2a Generación: Económicos, Sociales y Culturales	{ Asistencia a la Salud	Igualdad Estado Social de Derecho
3a Generación: Paz y Medio Ambiente	Solidaridad	Estados Solidarios entre Sí

Los Derechos sociales, económicos y culturales, para poderse desarrollar, deben ser previamente reglamentados por la ley, en una actitud positiva de prestación por parte del Estado. Aparecieron a comienzos del siglo XX con la Revolución Rusa de 1917 y se les denomina de “segunda generación”. Se consagran en la constitución mexicana de 1917, en la alemana de Weimar de 1919 y en la constitución colombiana de 1936. Su principio moral guía es la igualdad y el Estado Social de Derecho es el modelo de organización estatal.

El derecho a la asistencia sanitaria forma parte de los derechos de segunda generación incorporados a varios documentos internacionales después de la segunda guerra mundial. Corresponde al auge del estado de bienestar (Keynes), de redistribución del poder y, la riqueza produci-

dos en el juego del mercado. Se otorgan recursos a instituciones para la salud, la educación, la vivienda y la seguridad social.

El derecho a la asistencia sanitaria es un derecho positivo, a diferencia de los derechos de primera generación, civiles y políticos, considerados negativos (que exigen que algo no debe ser hecho contra nuestra integridad física, nuestra libertad, nuestra vida y nuestra propiedad). Los derechos humanos de primera generación son derechos de naturaleza moral y no creaciones del derecho positivo. Corresponden a los previstos en la carta de los Derechos Humanos de la Revolución Francesa de 1789.

En la Constitución Política colombiana, los derechos fundamentales se encuentran en el título II, capítulo 1, artículos del 11 al 41. La Corte Constitucional ha reiterado la existencia de otros derechos fundamentales que no figuran en el articulado, como son el de la seguridad social y la salud. El de seguridad social figura en el artículo 48 de la Constitución, especialmente relacionado con las personas de la tercera edad, y “adquiere el carácter de fundamental cuando, según las circunstancias del caso, su no-reconocimiento tiene la potencialidad de poner en peligro otros derechos y principios fundamentales como la vida, la dignidad humana, la integridad física y moral o el libre desarrollo de la personalidad”.⁶

La Corte Constitucional en sentencia T548 del 2 de octubre de 1992, determina que por su significación misma para la realización de los valores y principios consagrados en la constitución de 1991 “la salud de los colombianos es por conexidad un derecho fundamental cuya efectividad corresponde en buena medida garantizar al Estado, tomando muy en cuenta las específicas necesidades de su titular y los recursos existentes para satisfacerlas”.⁷

6. Sánchez -T. C. *Mecanismos de Protección De los Derechos Fundamentales*. U. Sergio Arboleda, Bogotá 1998.

7. Op. Cit

Los derechos positivos demandan que un tercero realice acciones. Como derechos tienen también una correspondiente obligación. El derecho a la asistencia en salud reclama una disponibilidad de recursos y acción del Estado que se ve interferida por los costos de salud, determinados principalmente por la tecnología médica y el mejoramiento de la calidad de los bienes y servicios médicos. Se enfrentan así: *Derecho Básico a la asistencia sanitaria vs. costos de la tecnología médica y limitación de recursos.*⁸

La justicia es uno de los principios más polémicos de la Bioética. Tiene relación con la política sanitaria y la distribución de los recursos para la atención en un sistema de salud que busca ser justo. Se deben tener en cuenta dos niveles distintos: uno deontológico, o de los principios y otro teleológico o de las consecuencias.⁹

Las personas experimentan un desequilibrio entre la enfermedad y la salud como si fuera una injusticia particular, como si la naturaleza no hubiera guardado el equilibrio, el que debe ser restablecido por la Medicina. Es justicia como equilibrio y, así, curar a alguien es curar a la sociedad.¹⁰

8. La demanda de los servicios de atención médica ha aumentado considerable y persistentemente en las últimas décadas. La demanda aumenta al elevarse el ingreso y lo supera rápidamente; además a mejor calidad del producto, mayor demanda. Debe considerarse además la transición demográfica con aumento de personas maduras. "El problema del costo de la atención médica proviene en parte de los esfuerzos del sector público y el sector privado para corregir las desigualdades existentes en la disponibilidad y el costo de la atención. El buen éxito de estos esfuerzos ha ayudado mucho a la resolución de un problema social — el de los obstáculos que impiden el acceso a la atención médica—, pero en el proceso ha contribuido al problema del costo social". Warner K, Luce R B. *Análisis de costo- beneficio y costo- eficiencia en la atención de la salud*. Fondo Cultura Económica. México 1995.

9. Gracia D. ¿Qué es un Sistema Justo de Servicios de Salud En: *Profesión Médica. Investigación y justicia sanitaria*. No. 4, El Buho, Bogotá 1998.

10. Esto es motivo de permanente controversia entre riesgo para la sociedad y la tragedia personal. "Mientras se mantengan valores estadísticos, la aparición de la enferme-

El otro nivel, teleológico, es el de las consecuencias de los actos y tiene que ver con la adecuada distribución de los recursos para la atención de la salud; es cuantificable matemáticamente en Economía.

TEORÍAS DE LA JUSTICIA

Muy brevemente se mencionan diferentes teorías sobre la justicia desde su origen en Grecia hasta la actualidad.

La Justicia en Grecia es ajustamiento al orden natural:

La justicia es una propiedad natural a las cosas que el hombre debe conocer y respetar. Este concepto se originó en Grecia en el siglo VI A.C y prevaleció hasta el siglo XVII.

Para Aristóteles, la justicia es la virtud ética principal que define la vida individual, política y social. Comprende a las demás virtudes.

Para Aristóteles existen dos clases de justicia: la distributiva, que tiene que ver con la distribución de honores, bienes o dinero de acuerdo al mérito de cada cual; y la justicia conmutativa que se entiende con los contratos, voluntarios o no, entre los hombres. De aquí surge otra noción, la de justicia correctiva para equilibrar las ventajas y desventajas entre los individuos contratantes.

dad y la muerte a ella debida no son una desgracia "social" en sentido estricto. Me apresuro a añadir que no por eso es menos una desgracia personal, y el grito de ayuda que realza con mucha elocuencia de cada víctima y de todas las víctimas potenciales no posee una dignidad menor. Pero sería erróneo equiparar la respuesta a ella, fundamentalmente humana, con lo que se debe a la sociedad; esta respuesta es debido de persona a persona y por eso la sociedad se la debe al individuo, en cuanto la adecuada provisión de estas necesidades supera el círculo de actuación de la espontaneidad privada y se convierte un mandato público". Jonas H. Técnica, Medicina y ética. Paidós, Barcelona, 1977, pg. 86.

Otra parte de la justicia que regula las relaciones del súbdito con el soberano o con los superiores, es la obediencia que en el caso de los hijos hacia los padres y familiares es la piedad. De ahí se origina el paternalismo, constante en la relación tradicional del médico con el paciente.

La justicia contractual: Siglo XVII Derechos humanos.

En Hobbes¹¹ se encuentra el antecedente de la justicia contractual del mundo moderno. Para él, “la mutua transferencia de derechos es lo que los hombres llaman contrato” y “que los hombres cumplan los pactos que han celebrado”; en esta ley de naturaleza consiste la fuente y origen de la justicia. La injusticia sería el incumplimiento de un pacto.

John Locke, cuarenta años después del Leviatán, retoma el esquema hobbesiano introduciéndole cambios importantes. Cuestiona la justificación de la monarquía y del paternalismo, como justificación del poder político. “La ley positiva supone a la ley natural, pero una vez constituida la sociedad civil, la decisión mayoritaria es la que legitima los actos del gobierno.”¹²

Con John Locke la justicia pasa a ser un contrato social. La relación con el “soberano” se toma como “decisión libre” y no como “sumisión”, la justicia como protección de los derechos que ya tiene el hombre. La justicia como libertad contractual. Locke afirma al hombre por encima de la naturaleza y como fuente única de derechos. Por el solo hecho de ser hombre tiene derechos primarios, derechos humanos, civiles y políticos: derecho a la vida, a la salud, a la integridad física, a la libertad y a la propiedad. El Estado tiene como único objeto, así, permitir el ejercicio de esos derechos.

11. Hobbes T. *Leviatan*. Fondo de Cultura Económico, México, 1990. Pág. 109 y ss.

12. Mejía, O. *Justicia y Democracia Consensual. La teoría Neocontractualista en Jonh Rawls*. Siglo del hombre Edit. Edic. Uniandes Bogotá; 1997, p 25 y ss

La teoría liberal de justicia como contrato, debe asegurar y proteger la libertad individual. El valor básico es la libertad y lo justo es proteger la autonomía personal.

Para la *doctrina liberal* del ejercicio médico, éste debe regirse por las leyes del libre comercio, sin interferencias de terceros. Esto predominó durante todo el siglo XIX y parte del siglo XX. Comenzó a cambiar hacia 1930 por la economía social de mercado, para reaparecer hacia los años setenta como libertad contractual y el estado mínimo defendido por R. Nozick.¹³

Una forma de justicia distributiva en la teoría liberal sería la de crear un fondo de seguridad social, basado en impuestos, y que sirva a todos. No existe un derecho a la asistencia sanitaria sino a la redistribución de la riqueza (Brody).

El ejercicio liberal de la medicina originó tres niveles de atención médica. Quienes pudieran cancelar los costos de la atención por poseer dinero y riquezas constituían el primer nivel, verdaderamente liberal, del ejercicio médico. En un segundo nivel estaban los estratos de la población que tomaban los seguros privados para cubrir los gastos médicos. Los pobres no tenían acceso al sistema liberal de la medicina y debían acudir a las “beneficencias”, basadas en principios de caridad y no de justicia.¹⁴

Protección negativa de la salud:

Al resurgir el Estado mínimo y, como reacción al Estado benefactor, se ha vuelto a la tesis del derecho individual a la salud protegida negativamente por el Estado que tiene la obligación de impedir que se atente

13. Gracia. D. ¿Qué es un Sistema Justo de Servicios de salud? En: *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. El Buho, Bogotá, 1998. Pág. 151-174.

14. *Ibid* pág. 157 y ss

contra la integridad corporal, pero no de dar asistencia en salud a todas las personas. Sin embargo, si la sociedad es la causa de ciertas enfermedades, el Estado debe atenderlas mediante programas de asistencia sanitaria. Se debe anotar que la diferencia entre política social y asistencia sanitaria está en que en la primera, el alcance debe ser universalista, el destinatario es todo el conjunto de la población y cada una de las personas. En la asistencia sanitaria se focaliza la atención en los sectores más pobres y marginados, quienes están excluidos del juego del mercado y, por tanto, es política discriminatoria.

La justicia como igualdad social:

En la tesis marxista de justicia distributiva, lo que debe distribuirse equitativamente son los medios de consumo y no los medios de producción; equivaldría a exigírsele a cada uno según su capacidad y dársele según sus necesidades. La salud sería capacidad y la enfermedad necesidad. Es la justicia como igualdad y ésta como ideal político máximo. El Estado debe cubrir gratuitamente la asistencia sanitaria de todos las personas. De esta manera, la salud se convierte en bien de producción y la enfermedad un bien de consumo.

La justicia como bienestar colectivo:

En el estado Social de Derecho (Estado de bienestar), la justicia se define no como libertad contractual ni como igualdad social sino como bienestar colectivo.¹⁵ Surge del socialismo democrático de los países occidentales que mezclaban liberalismo y Estado social. Los derechos de segunda generación, económicos, sociales y culturales y a la asistencia sanitaria, positivos, deben ser practicados por el Estado. El derecho

15. La economía del bienestar combina el comportamiento egoísta y la evaluación del logro social con criterios basados en la utilidad, es decir valora el éxito por el tamaño de la suma total de utilidad creada al considerar que nada más tiene valor intrínseco. Para el análisis ético esto es restrictivo. Sen. A. Sobre ética y economía. Alianza Universidad. Madrid 1989.

a la asistencia sanitaria tiene como valor moral guía al principio de igualdad y exigible en justicia. La salud deja de ser un problema privado y pasa a ser asunto público, con seguros obligatorios de enfermedad.¹⁶

En 1948 se creó en Inglaterra el Servicio Nacional de Salud que cubriría a toda la población. Hasta 1970 predominaron en occidente los sistemas liberal norteamericano, el socializado o británico y el intermedio, alemán.

A partir de este año se comenzaron a cuestionar las políticas del Estado benefactor. John Rawls sostiene, en su libro *A Theory of Justice*, que la justicia debe definirse como equidad, no como proporcionalidad natural ni como libertad contractual y se acerca, así, a las ideas de Kant. El valor básico es la igualdad, pero lo justo es igualar el bienestar. Se deben asignar recursos a quien más lo necesita. Una sociedad justa para Rawls es la que garantiza el máximo grado de libertad, pero actúa en contra de las desigualdades.

Sin embargo, siendo la asistencia sanitaria un bien fundamental, el acceso a los cuidados médicos debe ser universal y debe comprender, por tanto, a todos y cada uno de los individuos. "Los cuidados de la salud no pueden figurar como simples variables de las leyes del mercado". La construcción de un verdadero Estado Social de Derecho debe comprender una justa distribución de recursos en el campo sanitario.¹⁷

En este mismo sentido, E. Pellegrino¹⁸ llama la atención sobre los problemas morales que surgen cuando los médicos actúan como agen-

16. Gracia. D. ¿Qué es un Sistema Justo de Servicios de Salud? En: *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. El Buho, Bogotá, 1999. Pág. 162 y ss.

17 De Siqueira J.E. Desafíos Éticos de la Medicina de Alta Tecnología. *Cuadernos Del Programa Regional de Bioética*. OPS Pág. 117, No.4 Jul. 1997. Santiago Chile.

18. Pellegrino E. Deber Social y Complicidad Moral Conflicto de Lealtades para los médicos. *Cuadernos Del Programa Regional de Bioética*. OPS Pág. 93, No.4 Jul. 1997. Santiago Chile

tes económicos y fiscalizadores, cuando la salud entra en las variables de las leyes del mercado. “En estas situaciones, en un sentido real, los médicos llegan a ser funcionarios de un sistema no necesariamente destinado a servir a los pacientes individuales, sino a la sociedad como un todo”. Los médicos deben entrar a decidir la asignación de recursos a los pacientes, creándose un conflicto de ética médica entre el paciente en forma individual y la política pública basada en las estadísticas. “Las indicaciones médicas, o sea, los tratamientos más efectivos, beneficiosos y menos onerosos, están sometidos a las exigencias de restricción de gastos; y en los sistemas de salud con fines de lucro, a las exigencias de utilidad”.

En *las teorías utilitaristas* el valor básico es la utilidad y lo justo es maximizar esa utilidad. De esta manera, se entran a cuantificar los costos y los beneficios buscando minimizar los costos y maximizar los beneficios, procurando la *eficiencia* (el mayor beneficio al menor costo). No existe un derecho positivo a la salud, sino que se determina el costo-beneficio adecuado. Los resultados se evalúan por lo económicamente óptimo. La justicia se reduce a la utilidad social. Las acciones justas son las que tienen consecuencias más deseables y no basadas en principios morales preestablecidos. Los beneficios se analizan en función de los costos de todo tipo.

En la Bioética se consideran tres principios morales: Autonomía (respeto por la persona), Beneficencia (bienestar) y Justicia (equidad), que constituyen “el utilitarismo de regla”. Cada principio puede tomarse aisladamente, pero entran en conflicto frecuentemente. Para resolverlo, se apela al “utilitarismo de acto”, ponderando las consecuencias (utilidad) buenas y maximizándolas; el acto será bueno si además minimiza las malas.

Los tres principios morales propuestos por el informe Belmont, fueron expuestos por T. Beauchamp y J. Childress en su texto *Principles*

of Biomedical Ethics,¹⁹ constituyéndose en la corriente más importante de la Bioética norteamericana.

Ninguno de los tres principios (“principios prima facie”) tienen prelación u orden de uno sobre otro, son de igual categoría. En la aplicación práctica este equilibrio se rompe analizando las consecuencias y, de esta manera, se ordenan en cada situación para tomar una decisión, objetivo principal de los comités de ética hospitalaria.

La President’s Commission,²⁰ establecida por el presidente Carter en 1981, aceptó los tres principios mencionados del método bioético utilitarista pero modificándolo. Del “mayor bien para el mayor número”, al sentido de “un adecuado nivel de asistencia para todos” por ser la salud un bien tan especial que debe redundar en bien de todos y no de las mayorías. El derecho al acceso a la salud se considera como un derecho básico. En síntesis, la Comisión recomendó las siguientes obligaciones éticas:

1. Acceso equitativo como obligación moral.
2. Obligación social—obligación individual de cuidar la salud.
3. Acceso equitativo, nivel adecuado de asistencia.
4. Subsidiaridad: consecución de la equidad como responsabilidad del individuo, las fuerzas sociales y el gobierno.
5. El costo debe repartirse equitativamente
6. Contención del costo sin acrecentar desigualdades.²¹

19. Beauchamp T. Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*, Fourth Edition Oxford university Press, 1991.

20. President’s Commission for the study of Ethical problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Summing Up, Washington, U.S Government printing office 198.

21. “La equidad en salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse. Empleando este enfoque, la equidad en la atención de la salud se define del siguiente

Un sistema justo de seguridad social en salud centrado en el enfoque multicausal, en el que la salud no puede aislarse del entorno social, el ambiente, las condiciones laborales, los hábitos de vida y la alimentación, debe considerar cuatro principios universales de justicia centrados sobre la persona y que originan obligaciones por parte del Estado para todos y cada uno de sus miembros:

- * Universalidad: todos y cada uno (como personas).
- * Igualdad: atención integral, no solo la básica.
- * Equidad: distribución equitativa de cargas y beneficios.
- * Solidaridad: quien más tiene, debe contribuir al menos favorecido.

Se aspira a lograr, como lo propone Fried,²² así sea un mínimo decoroso (“decent minimum”) de prestación de asistencia en salud, como deber moral de la comunidad, a todos los individuos que no sean capaces de conseguirla por sí mismos.

LEY 100 DE SEGURIDAD SOCIAL

La Ley 100 colombiana de Seguridad Social en salud tiene un enfoque basado en las teorías utilitaristas. Su valor básico es la utilidad y el mercado. El concepto utilitarista de justicia es el mayor beneficio para el mayor número, el cual sólo permite un sistema de generalización pero no de universalización, en el que el beneficio debe ser *para todos y cada uno* como debe ser un sistema de salud. Aquí surge un problema ético o mejor, *bioético* de la Ley 100.

modo: a) igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; b) igual utilización para igual necesidad; c) igual calidad de la atención para todos”. Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen, Dinamarca: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1990.

22. Fried. Ch. M. ¿Es posible la libertad?, en Mc Murrin, S.M (ed), *Libertad, Igualdad y Derecho. Las conferencias Tanner sobre filosofía moral*, Ariel Barcelona, 1988, pág. 101-102.

Si la asignación de recursos sanitarios se centra principalmente en la evaluación económica y la distribución o racionamiento de esos recursos sobre la base de costo-beneficio, se dejan de lado las dimensiones puramente éticas del debate.²³

El sólo enfoque costo-beneficio (eficaz: produce un beneficio; eficiente: cuando lo produce al menor costo) deja de lado la justicia o equidad, al no superar debidamente los intereses de todas las partes implicadas: los pacientes, los profesionales de la salud y la comunidad en general. Asegura la eficiencia pero no la equidad. Está sujeta a gran número de externalidades que distorsionan el “mercado”, con manifiesta incertidumbre en la eficacia. Por lo demás, la demanda puede ser inducida por los proveedores.²⁴

De otra parte, se desconoce la autonomía de la persona, primordial en una sociedad liberal. Se suplanta el paternalismo médico tradicional, que ya hizo crisis y que predominó por cerca de 2.600 años en la medicina hipocrática, en el que el médico imponía sin discusión su autoridad, por un paternalismo económico impuesto por planificadores de la política sanitaria, basados en un enfoque economicista y en un control burocrático cada vez más centrado en el costo-beneficio.²⁵

23. Charlesworth M. *La Bioética en una sociedad liberal*. Cambridge University press, 1996.

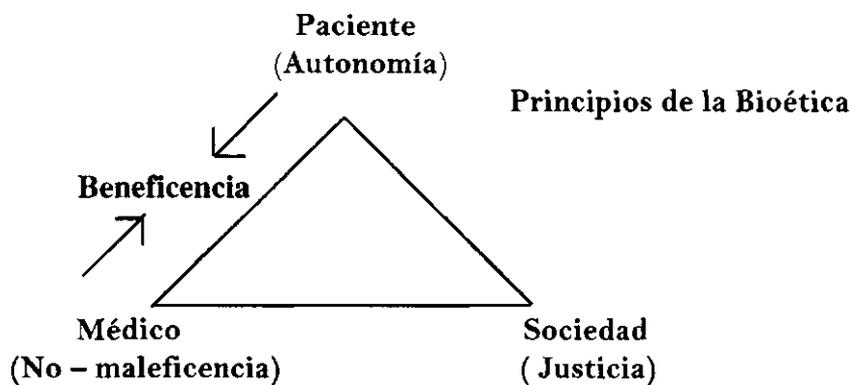
24. “La Financiación pública y la universalidad de la cobertura son los dos elementos fundamentales, unánimemente aceptados, para garantizar el principio de equidad. Igualmente son identificados como los principales obstáculos al funcionamiento del mercado, principal incentivador de la eficiencia. Spagnolo de la Torre E., *Gasto Sanitario: Financiación y Solidaridad*. Quardern CAPS/No. 26.

25. “Hoy ya es inevitable — y lo será cada vez más en el futuro— la valoración de la verdadera exigencia ética de la racionalidad económica. Los recursos sanitarios son, por su propia naturaleza, limitados, y será siempre necesario estudiar cuáles son las formas más idóneas para conseguir de ellos mayores beneficios para el mayor número de personas, tanto en el campo de la sanidad, como en el de otros objetivos sociales existentes” Gafó, J. Los principios de justicia y solidaridad en Bioética. Rev. *Persona y sociedad*, vol XI, N.3 Dic 1997.

IMPLICACIONES BIOÉTICAS

Intentemos analizar algunos aspectos de la Ley 100 en relación con la Bioética y sus principios.

Nos atenemos a la definición de la Bioética como “el estudio de los temas éticos, sociales y jurídicos que surgen en la atención sanitaria y en las ciencias biológicas” (Asoc. Mundial de Bioética, 1992.). Veamos la relación de esta ley con la definición señalada y con los principios de la Bioética. Debemos tener en cuenta la Autonomía del paciente, el principio de No-maleficencia de parte del médico, el principio de Justicia que representa la sociedad y el principio de Beneficencia que se da en permanente tensión entre médico y paciente.



La asignación de los recursos de salud (justicia sanitaria) es un asunto en el cual los valores éticos juegan un papel importante en cualquiera de los niveles del proceso de asignación: gubernamental, burocrático, institucional, de unidad clínica y de cada paciente. Cada uno de estos niveles tiene su propio problema ético.

Si recordamos las diferentes concepciones de la salud ya mencionados anteriormente, e íntimamente relacionados con el concepto de persona, observamos de inmediato que las actividades o actos humanos

tienen consecuencias o resultados que en su mayoría no son medibles ni cuantificables por la relación costo-beneficio.

Como bien primario, la salud se escapa de estas mediciones y cuantificaciones. Hay una subjetividad de cada quien que valora su calidad de vida en forma individual (beneficencia) y, lo que para otro (sea el médico o el sistema de salud) es bueno, no lo es para él. Estos valores que existen realmente, no utilitaristas, y los resultados que se obtienen, pueden medirse racionalmente, pero no según el criterio costo-beneficio.

Señalan los críticos, que el utilitarismo “no puede proporcionar una base ética para proteger los intereses de las minorías y de los grupos sin defensa” (Charlesworth).²⁶ La moralidad de los actos y de las políticas no puede determinarse mediante una apelación a los deseos o preferencias de la mayoría.

Aspectos Sociales:

La Ley 100 de seguridad está enfocada en una teoría unicausal de la enfermedad, biologista, que desconoce las otras dimensiones u órdenes que constituyen el cuerpo humano.

La Medicina tecnológica, tan avanzada, hace énfasis en el reduccionismo biológico, consagrando una desviación epistemológica de lo que ha sido, es y debe ser la Medicina humana.

Si consideramos la alteración de la salud como enfermedad del cuerpo, éste no sólo es el cuerpo biológico; y no es sólo en este donde se da la alteración, sino, además, en sus otras dimensiones y en las características de la realidad humana donde se manifiesta cuando se trata de realizar la libertad. Esa libertad, para su realización, se da en las estructuras

26. Charlesworth M. *La Bioética en una sociedad liberal* Cambridge University press, 1996.

de la situación, no aisladamente sino como un todo, se comprometen existencialmente en la salud o en la enfermedad, no sólo como cuerpo que tenemos sino como cuerpo que existimos, conocido por el otro.

El enfoque de la atención de la salud, como *asistencia* que pueda proporcionar la Medicina profesional e institucional, así como la tecnología, tiende a desconocer la interdependencia entre salud y desarrollo socioeconómico, la atención primaria que se da en el contexto social en que la gente conoce sus problemas de salud (ética relacional), a lo que hay que agregar múltiples factores como la vivienda, el agua potable, el tratamiento de residuos, deshechos y excretas, el transporte, los medios de comunicación y los niveles de educación de la población, entre otros.

Estos son temas de salud pública, desconociéndolos se implanta la Ley 100. Señala Charlesworth,²⁷ que “el movimiento de la salud pública ha enfatizado en general tres temas:

1) Reordenar los factores sociales para prevenir enfermedades; 2) compartir de la forma más equitativa posible los recursos para la prevención de las enfermedades y para la medicina curativa y 3) hacer que los que tienen la mayor probabilidad de enfermar y participen en la medicina curativa y en el manejo de su propio tratamiento; pero la promoción de la salud no es fácil de medir en términos económicos pues ofrece una serie de beneficios para un futuro lejano, no de rendimiento económico inmediato”.

Aspectos Jurídicos:

Ensañamiento terapéutico y ensañamiento jurídico:

La tecnología médica es capaz de intervenir cada vez con mayor agresividad en los procesos de salud y enfermedad de las personas,

27. Op. Cit.

pudiéndose llegar a prolongar en forma totalmente innecesaria la vida de un paciente en situación irreversible. Esto es lo que se ha denominado “ensañamiento terapéutico” o “encarnizamiento terapéutico”. Es un tema de reflexión bioética, para evaluar qué parece lo más adecuado éticamente en cada situación y evitar la distanasia. Es el “riesgo moral” en el sistema de atención de la salud: aplicar medidas heroicas en pacientes terminales, utilizando costosas tecnologías poco efectivas.

Legislativamente hay razones para temer una codificación demasiado precisa, demasiado inoportuna, no adecuada a la especificidad irreductible de cada caso, demasiado restrictiva: el “ensañamiento legislativo” parece tan peligroso como el “ensañamiento terapéutico”, ya que cuanto más afectado se siente el hombre interior, más escapa a la ley general y abstracta” dice L.V. Thomas.²⁸

Pues bien, si algún tema en la historia del país ha generado tanta legislación y normativización es la Ley 100 de Seguridad Social que sustituyó al Sistema Nacional de Salud a partir de 1993; en una demostración típica del “encarnizamiento jurídico” que puede llegar a hacer ineficientes las disposiciones. Veamos cómo esta ley contiene, hasta Junio de 1997:

Artículos de la ley	: 289
Decretos reglamentarios	: 210
Resoluciones	: 20
Acuerdos del CNSS	: 29
Acto legislativo	: 1
Leyes	: 2

Sin contar los decretos derogados por parte del Consejo de Estado, la Corte Constitucional y el Ministerio de Salud.²⁹

28. Thomas, L. V. *La Muerte*. Ed. Paidós Studio Barcelona, 1991.

29. Valencia, F., Maya, N. *La Ley 100 de Seguridad social y sus decretos reglamentarios*. Tercera Edición. Lito. Dinámica, Bogotá 1997.

Además, cada día se agregan más reglamentaciones y adiciones, a medida que se observa el progresivo conflicto que genera la aplicación de la ley.

A lo anterior se suman numerosísimas siglas que confunden la comunicación y hacen a veces ininteligibles para los usuarios, el personal de salud y los administradores, el lenguaje en que se quiere comunicar. Una muestra de ello son las siguientes:

ESS: Empresas Solidarias de Salud.

EPS: Entidad Promotora de Salud.

IPS: Institución Prestadora de Servicios.

ARS: Aseguradoras de Régimen Subsidiado.

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía

CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad en Salud.

ARP: Administradora de Riesgos Profesionales.

ESE: Empresa Social del Estado.

SISBEN: Sistema de Selección Potencial de Beneficiarios de Programas de Salud Subsidiada.

PAR: Prima Ajustada por Riesgos.

CIS: Consejo Integracional en Salud.

RS: Régimen Subsidiado.

UPC: Unidad de Pago por Capitación.

SOAT: Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito.

SGSSS: Sistema de Seguridad Social en Salud.

INVIMA: Instituto de Vigilancia de Medicinas y Alimentos.

ATEP: Accidentes de Trabajo, Enfermedad Profesional.

FONSAT: Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

MAPIPOS: Manual de Profesionales e Intenciones del POS.

RUA: Registro de Aportes a Afiliados.

FCRPA: Fondo Común de Riesgo Prospectivo Ajustado **POS:** Plan Obligatorio de Salud

POS-S: Plan obligatorio de salud Subsidiado **ISS:** Instituto de Seguros Sociales.

CCF: Cajas de Compensación Familiar

De otra parte, las prolijas normatizaciones contables hacen extremadamente complejos y costosos los sistemas de cobros y de pagos, sujetos a las minuciosas comprobaciones y facturaciones, que a veces priman sobre el acto médico, con interferencia en la relación entre el médico y el paciente y de éstos dos con la institución de salud. Las minuciosas comprobaciones de la facturación es una situación aprove-

chada por las EPS para no pagar oportunamente, a veces sin motivación verdadera, a las instituciones prestadoras del servicio (IPS) poniéndoles en grave riesgo de quiebra.

FALENCIAS DE LA LEY 100

Según un estudio realizado por la Universidad de Harvard, contratado por el Ministerio de Salud, la reforma de salud en Colombia y el Plan Maestro de Implementación,³⁰ se encontró un desbalance en cuanto a las instituciones prestadoras del servicio, “el ISS es percibido como institución con ventajas de mercado injustas e ilegales. Por ejemplo, no está cobrando cuotas moderadoras, y no contribuye ni recibe subsidios del FOSYGA”. Se recomienda estimular la competencia justa, exigiendo al ISS el cobro de las cuotas moderadoras y su contribución al FOSYGA, lo que no ha sucedido hasta la actualidad.

“Además, se encontró que tanto los afiliados como los asegurados tienen claros incentivos para subdeclarar ingresos y las EPS tienen incentivos débiles para recaudar el total del impuesto para la salud sobre ingresos”.

Se supone que para organizar un sistema de salud se debe tener un conocimiento aproximado de los costos de los servicios médicos. Pues bien, en el mismo informe “se encontró que el 90% de los hospitales colombianos del nivel II y III no tienen información precisa sobre los costos unitarios de sus servicios médicos”.³¹

En la búsqueda de la competitividad, se va en procura de mejorar la atención de los pacientes y la calidad de los servicios; las entidades prestadoras de los servicios deben tener condiciones iguales para poder

30. Colombia, *La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro de Implementación. Informe final*. E.S.P. Universidad de Harvard. Bogotá 1996 pág. 17 y 24.

31. Op. Cit pág. 19

competir. Sin embargo, como lo dice el informe de la universidad de Harvard, “el ISS es el jugador dominante como EPS e IPS por cuanto asegura a la mayoría de los beneficiarios. El ISS no ha cumplido todavía con la Ley 100 y, por lo tanto, disfruta de una serie de ventajas competitivas. Esto obstaculiza la competencia y disminuye las posibilidades para mejorar la eficiencia y la calidad. Es posible que también debilite la solvencia financiera del FOSYGA”.³² Un factor señalado también en el informe de la Universidad de Harvard se refiere a “la rápida rotación de los funcionarios de alto nivel en el Ministerio de Salud pública y la Superintendencia de Salud que impiden el logro de una capacidad técnica consistente y sostenida y la estabilidad general de la implantación de la reforma” y, añade, “al MSP (Ministerio de Salud pública) le falta suficiente capacidad técnica y expertos para implementar la ley 100”.³³

De otra parte, se ha señalado un amplio cubrimiento de la población, superior a los 13.5 millones de colombianos en el llamado régimen contributivo y aproximadamente 7 millones en el régimen subsidiado, para un total de 20.5 millones de personas que representan tres veces más el “número de asegurados” en relación con los que había antes de 1993.³⁴

Pero debo señalar, que ese aumento de cobertura no está correspondido por la facilidad de acceso al servicio especialmente en lo relacionado con el ISS: se obstaculiza ese acceso no entregando las planillas requeridas para que el paciente sea atendido por el médico o la institución; se suspendieron los carnés de identificación para el servicio, creando dificultades para identificar el derecho al servicio; y se establecen autorizaciones previas con largas filas de espera.

32. Op.Cit. pág. 24.

33. Op. Cit pág, 23

34. Centro de Gestión Hospitalaria. *¿Cómo va la Ley 100? Vía salud*, Primer trimestre, 1998, Bogotá.

Además, debemos anotar la inaccesibilidad a los servicios en regiones apartadas o en conflicto armado. El aumento dramático del desempleo es un factor distorsionante del sistema e igualmente el incumplimiento de los pagos por parte de las EPS a las IPS.

En informes más recientes sobre el funcionamiento de la Ley 100, se señalan particularidades del mercado de salud que lo hacen un mercado imperfecto, con dificultades como el poner en práctica la soberanía del consumidor. Cuando se entabla la relación entre el médico y el paciente se encuentra la asimetría de información que existe entre el médico y el paciente; el médico como proveedor puede ejercer un control y una inducción sobre determinados procedimientos o técnicas para realizar el acto médico.

El fenómeno de asimetría también se da cuando el individuo que conoce mejor sus riesgos que el asegurador, busca el seguro con miras a cubrir el costo del servicio superior al valor de la póliza. Este fenómeno de “selección adversa”, induce a los aseguradores a buscar que el nivel de riesgo esté acorde con las pólizas, menos el costo de administración. Las aseguradoras seleccionan individuos con menos riesgos y de esta manera aseguran los fondos. Los fenómenos señalados contribuyen a una falla más del mercado de servicios de salud. Se pueden incrementar, entonces, las pólizas para los individuos de alto riesgo, dando como resultado que los sanos paguen menos que los enfermos.³⁵

Uno de los avances importantes que se señala en materia de cobertura de la Ley 100 es el paso del 20% al 51% de la cobertura durante el período 1993–1998. Sin embargo, la idea de llegar a un 95% de la población colombiana para el año 2000 no parece que podrá lograrse, puesto que el gasto en salud pasó del 6% a por lo menos el 8% del PIB, durante

35. Castaño R.A La Unidad de Pago por Capitación: un Reto de Política en Salud. *Salud y Gerencia*. No.16 Enero a Junio 1998, Bogotá, Universidad Javeriana, Bogotá.

ese mismo período, y algunos señalan que la cifra es por los menos del 10%.³⁶

Ya habíamos señalado, que una cosa es el número de afiliados o cobertura y otra la dificultad enorme que existe para los afiliados de acceder al sistema.

Si se tienen en cuenta factores como el aumento constante de los costos de la atención de salud y la transición epidemiológica por aumento de las enfermedades crónicas y el trauma, no se podrá cubrir más del 72% de la población dentro del sistema actual. Además, se sugiere contener el gasto a la oferta y a la demanda por medio de controles, sin modificar el valor de pago por capitación (UPC) y así evitar la quiebra de las EPS.³⁷ De esta manera, estamos lejos de un sistema de salud que llegue a uno de los criterios éticos de universalización, pues ni siquiera llega a la generalización, y que se aproxime a un mínimo de justicia distributiva y a un criterio de equidad en salud.

Textualmente cita el autor (Céspedes) “ Este escenario que ya se ha mostrado en cifras parece desalentador para asegurar que las metas previstas a corto y mediano plazo se cumplan; por lo que un porcentaje importante de la población, aquella con escasa o ninguna capacidad de pago, seguirá estando por fuera de los beneficios del sistema”.

Modificar la estructura actual de los costos del servicio para extender la cobertura, implicaría una tan grande intervención estatal que iría en contra de la política neoliberal de disminuir el tamaño del Estado. Precisamente aquí se demuestra la contradicción de la filosofía neoliberal que, para poder hacer cumplir la disminución del tamaño del Estado debe intervenir minuciosamente para intentar lograrlo.

36. Céspedes J. E. Reflexiones acerca de la Viabilidad Financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud. *Salud y Gerencia* No. 16 Enero– Junio de 1998, Universidad Javeriana, Bogotá.

37. Céspedes J. E. Op. Cit

Los objetivos de la Ley 100 que busca el aseguramiento universal con protección integral de beneficios apoyados en la solidaridad y la libre elección en un sistema de competencia regulado por el Estado, han promovido una mejor conciencia en las instituciones sobre la calidad de la atención de todos los pacientes. Sin embargo, el sistema enfrenta serias dificultades, la más importante “la ausencia de reglas de juego coherentes por parte del Estado”³⁸. Ha habido inconsistencia en la fijación de las tarifas y unidad de capitación (UPC) que lesiona seriamente la posibilidad de negociación entre IPS y EPS para el pago y contratación de servicios, que requiere urgente revisión. Señala el Consejo Directivo del Centro de Gestión Hospitalaria la intención que se está gestando de obstaculizar la competencia del sector privado en el aseguramiento de los más pobres: “Las IPS y los profesionales de la salud pueden terminar “subsidiando”, con su esfuerzo, servicios que deberían ser cubiertos con los recursos evadidos”.³⁹

La evasión es de parte estatal, por incumplimiento de la asignación oportuna de los recursos, por una ley, la 344 de 1996, que redujo al 50% la cofinanciación de los recursos de salud para la población más pobre, y por parte del ISS, la principal EPS de régimen contributivo, la compensación que está obligado a dar al Fondo de Solidaridad y Garantía. De otra parte, también está la evasión de los contribuyentes por subdeclaración de ingresos o no-afiliación.

Se ha señalado como una amenaza inminente, la falta de pago oportuno por parte de las EPS a las IPS que las pueden llevar a la quiebra y lesionar económicamente a los profesionales de la salud.

38. Centro de Gestión Hospitalaria, ¿Cómo va la Ley 100?. *Via Salud*, Primer trimestre 1998, Bogotá

39. Op cit.

*Aspectos Educativos:**La formación de personal de salud.*

Todo acto médico encierra en sí mismo un acto educativo. Este accionar médico permite brindar enseñanza a estudiantes en los niveles de pregrado y de postgrado. La Medicina es una profesión intelectual práctica; en la formación, gradualmente se van delegando responsabilidades en un riguroso y largo proceso, bajo preceptos éticos y tecnológicos estrictos que permitan culminar la formación para su ejercicio por parte de quien lo aprende, con valores que aseguren su calidad, esto es, que sea técnicamente correcta y éticamente adecuada.

En los hallazgos y recomendaciones para Recursos Humanos, el tantas veces mencionado estudio de la Universidad de Harvard menciona lo siguiente:

“Se encontraron problemas del recurso humano en cuanto a la estructura y asignación de tareas, distribución geográfica, competencia técnica y educación del personal de salud. Se recomienda dar prioridad inmediata a: talleres en sitios de trabajo para mejorar la atención de trauma y la Atención Primaria en Salud; una preparación clínica corta y supervisada antes del servicio social obligatorio; la certificación de los practicantes rurales de atención primaria; y la conformación de una comisión de alto nivel (“blue Ribbon”) para tres años con el fin de coordinar los esfuerzos en planeación y desarrollo del Recurso Humano. Se recomienda dar prioridad a mediano y largo plazo a: análisis y establecimiento de modelo para la oferta y demanda de recursos humanos; definición de incentivos para la redistribución geográfica del recurso humano existente; creación de una nueva categoría ocupacional: “Practicante Rural de Atención Primaria en Salud”; reestructuración del curso de la carrera de Enfermería; y sistemas de diseño, verificación y evaluación del mejoramiento del sitio de trabajo”,⁴⁰ y continúa:

40. Colombia. La reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro de Implementación.. Informe Final. E.S.P. Universidad de Harvard, Bogotá, 1996 pg. 19,53 y35.

“Con el fin de asegurar un suministro adecuado de recursos humanos y programas de educación, es necesario que Colombia cuente con un organismo o una comisión permanente que evalúe, planee y supervise el desarrollo de recursos humanos en el sector de la salud. Este organismo debe planear y regular los roles y las funciones de los profesionales médicos y de la salud, la educación en medicina, la residencia y la especialización, las políticas de inmigración de los profesionales de la salud y la capacitación de personal administrativo en el sector”.

“Se necesita en todo el país un número suficiente de médicos, enfermeras, odontólogos, técnicos, farmacéutas y trabajadores de la salud con sólidos conocimientos y destrezas médicas”.

Ahora bien, en la Ley 100 no se considera ningún aspecto relacionado con tan notable proceso formativo; por el contrario, al convertirse los centros hospitalarios y de práctica en empresas económicas, su organización misma impide el adecuado proceso de formación, sesgada hacia criterios economicistas que deforman los fundamentos éticos que han constituido la razón de ser de la medicina, y puede llegar a exigirse primero la factura que la receta, y el llenar los formularios administrativos antes que atender al paciente.

Como empresas económicas los hospitales deben conseguir recursos de varias fuentes y una de ellas es la docencia, que entra a formar parte de las tarifas para acceder a ellos. A esto se agregan las exigencias expresas de las EPS de no permitir que médicos en adiestramiento procesen la historia clínica y participen activamente en el manejo hospitalario de los pacientes, condicionando a las IPS los contratos de servicios a que esta exigencia se cumpla.

La ley 100 de Seguridad Social no cumple con los principios de universalización, no es de *política social*, sino de *asistencia social*, con criterio beneficentista, como un acto de beneficencia ejercida por sectores privilegiados hacia los más pobres, enfocada sobre grupos carenciados y,

por tanto, discriminatoria, pues no cumple con la universalidad al acceso a la salud, que no debe ser discriminatorio por razones económicas, sexuales, tipos de enfermedad, edad etc. Toda persona por el hecho de serlo merece igual consideración y respeto, y en tanto persona tiene dignidad y no precio. La salud es en la sociedad democrática un bien colectivo, pero además individual.

Y el acceso debe ser para todos y cada una de las personas, esto es, universal.⁴¹ Debe cumplir también el sistema de salud con los criterios de solidaridad y equidad; en la sociedad justa la distribución tanto de beneficios como de cargas sociales debe ser equitativa. Sus beneficios y costos deben estar repartidos entre todos.

Teniendo en cuenta la universalidad, todos y cada uno de los miembros de la sociedad deberán ser depositarios de tal derecho. Tiene la universalidad dos vertientes: de un lado la universalización, parte de la no-discriminación de ninguna persona, las cobija a todas y cada una (Kant), y de otra, la generalización, todos pero no cada una de las personas,⁴² puede enfocarse solamente a grupos desfavorecidos o carenciados. Así, se marca una diferencia de la salud como derecho y la salud como acto de beneficencia ejercida por los sectores privilegiados hacia los más pobres.

El criterio utilitarista, sólo como eficiencia, no satisface la universalidad de un sistema de salud. Una de las deficiencias señaladas al Sistema Nacional de Salud de Colombia, sustituida por la Ley 100, era su ineficiencia; las instituciones de atención de salud de Nivel I recibían pocos fondos, los cuales se centraban en los hospitales de nivel II y III dando como resultado una baja calidad en el servicio en el nivel primario. La atención de pacientes y su preferencia por los hospitales de se-

⁴¹ Bertomeu M. J. Persona Moral y Derecho a la Salud. *Cuadernos del programa regional de Bioética OPS* No. 4 Santiago 1977.

⁴² Op. Cit.

gundo nivel, y especialmente del tercero, recargaban los costos para resolver la mayoría de las veces problemas de salud que pueden solucionarse en el primer nivel, como es el caso de los partos normales. Era un sistema enfocado en lo curativo y los recursos del estado se dirigían en ese sentido en un 80% y muy poco hacia lo preventivo que buscaba una eficiencia con adecuada calidad, mediante la reasignación de recursos hacia la atención primaria y preventiva y hacia las áreas rurales y pobres.

Este sesgo se pretendió modificar con la Ley 100. Hasta el momento no se ha logrado y el énfasis de atención continúa siendo el curativo. La Ley 100 considera a la salud como si se tratara de un “*bien especial*”, bien diferenciable de otros, lo que contribuye a formar la persistencia de un modelo médico basado en el enfoque terapéutico como su principal objetivo, dejando de lado los otros aspectos del cuidado de la salud.

También se señalaba un desperdicio considerable en la prestación del servicio; pues los médicos atienden en promedio unos dos pacientes por hora.

No se puede encasillar la atención del paciente ajustándolo sólo al criterio de un limitado tiempo, pues esto demerita el acto médico. Cada situación particular requiere una consideración diferente.

Además de los criterios de eficiencia o de utilidad (económicos) para definir como justa la distribución de bienes, debe tener el criterio moral de equidad.⁴³

Ambos criterios deben tenerse en cuenta, tanto la eficiencia para producir un beneficio al menor costo -como la equidad, que ese beneficio llegue a todos por igual; o cuando hay desigualdad, con preferencia por aquellos que más lo necesiten.

43. Gracia D. Gracia. D. Qué es un Sistema Justo de Servicios de salud En: *Profesión Médica, Investigación y justicia sanitaria* No. 4 El Buho., Bogotá, 1998. Pág. 151-174

Es lo que plantea Paul Menzel ⁴⁴ en su libro *Strong Medicine. The Ethical rationing of Health care*: «¿Puede un economista asumir el juramento hipocrático?» y él mismo responde: “ en el mejor posible de los casos ambas palabras, eficiencia económica y compromiso individual con el paciente, deberían regir los servicios de salud”.

El principio de igualdad deberá ofrecer una atención integral y no limitarse a la llamada atención básica, puesto que la salud no es un bien divisible. Los principios de solidaridad y equidad deben guiar también el sistema de salud. Sus beneficios y costos deben estar repartidos entre todos. Los que más tienen deben contribuir más a través de impuestos a las ganancias o rentas o consumo, según esta perspectiva.

Se debe diferenciar, pues, entre una *política social* y una mera *asistencia social*; en la primera hay universalidad, el conjunto de la población, todos y cada uno, la segunda focaliza la atención en los sectores más pobres y marginados excluidos del mercado; el neoliberalismo sustenta este punto de vista. Pero esta política social enfocada en los pobres es neobeneficente y discriminatoria y deben elaborarse políticas distributivas que enfatizan los aspectos comunes entre ciudadanos pobres y ricos, que permitan el acceso de todos los ciudadanos sin discriminación, a bienes que se plasman en derechos y obligaciones.⁴⁵

Si la Ley 100 se enfoca sobre la teoría monocausal de la salud, si desconoce el valor de la educación médica dentro de su estructura, si tiene un énfasis economicista, si tiene criterio beneficentista sobre grupos marginados, como asistencia social y no como política social, si los hospitales son empresas que deben conseguir fondos a como de lugar, incluyendo el cobro de las pasantías de los estudiantes a las facultades de

44. Menzel P. *Strong Medicine. The Ethical Rationing of Health care*. Oxford University Press N. York 1990. Pág. 19.

45. Cf M.J. Bertomeu. op cit.

Medicina, si por el imperativo burocrático el médico debe llenar primero la factura que escribir la receta, si los pacientes afiliados a las EPS no pueden utilizarse para la enseñanza de los estudiantes de pre y postgrado, si la responsabilidad civil y penal se centra en esta ley especialmente sobre los médicos, si no se tiene en cuenta el factor humano en ella, si se enfocan las necesidades y la autonomía sobre los pacientes y se desconocen las necesidades y la autonomía del médico, si se pretende una medicina con pacientes estándares, procedimientos estándares, con disposiciones jurídicas estándares y anclada en reglas éticas estándares, con médicos estándares técnicamente, sin considerar lo humanístico, si se habla de libre mercado en competencia pero restringido o regulado en la medicina, imponiéndose el precio a las acciones que ejecuta el médico, quien debe someterse a ese valor, si se objetiviza el acto médico, medible por número de pacientes y por la velocidad del tiempo de la atención, desconociendo todas las demás dimensiones ontológicas del cuerpo que se afectan en la enfermedad, pregunto:

¿Cómo se puede pensar en adecuar el currículo de las facultades de Medicina a tan tremendas inconsistencias?

Toda ley debe cumplirse como ley que es; pero existe en este caso específico, la obligación moral de los médicos de denunciarla en sus inconsistencias e injusticias, para promover ajustarla o cambiarla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beauchamp T. Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*, Fourth Edition Oxford University Press, 1994.
2. Bertomeu M.J. Persona Moral y Derecho a la Salud. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS*. No. 4 Santiago 1977.
3. Briehl J. *Las Ciencias de la Salud Pública en la Construcción de una Prevención Profunda: "Determinantes y Proyecciones" en lo Biológico y lo social*. OPS/OMS, Washington, 1994.

4. Broekman J.M. *Encarnaciones. Bioética en formas jurídicas*. Quirón, Gonnnet, Argentina 1994. P.73
5. Castaño R.A La Unidad de Pago por Capitación: un Reto de Política en Salud. *Salud y Gerencia*. No.16 Enero a Junio 1998, Bogotá, Universidad Javeriana, Bogotá.
6. Colombia. *La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro de Implementación*. Informe Final. E.S.P. Universidad de Harvard, Bogotá, 1996 pág. 17 y 24.
7. Colombia. *La Reforma de Salud en Colombia y el plan Maestro de implementación*. Informe Final. E.S.P. Universidad de Harvard, Bogotá, 1996 pg. 19,53 y 35.
8. Centro de Gestión Hospitalaria. ¿Cómo va la Ley 100? *Vía salud*, Primer trimestre, 1998, Bogotá.
9. Céspedes J. E. Reflexiones acerca de la Viabilidad Financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud. *Salud y Gerencia* No. 16 Enero- Junio de 1998, Universidad Javeriana, Bogotá.
10. Charlesworth M. *La Bioética en una Sociedad Liberal* Cambridge University Press, 1996.
11. De Siqueira J.E. Desafíos Éticos de la Medicina de Alta Tecnología. *Cuadernos Del Programa Regional de Bioética*. OPS Pág. 117, No.4 Jul. 1997. Santiago Chile.
12. Fried. Ch. M. ¿Es posible la libertad?, en Mc Murrin, S.M (ed), *Libertad, Igualdad y Derecho. Las conferencias Tanner sobre filosofía moral*, Ariel Barcelona, 1988, pg. 101-102.
13. Gadamer H.G. *El Estado Oculto de la Salud*. Gedisa, Barcelona, 1996.
14. Gafo, J. Los principios de justicia y solidaridad en Bioética. *Rev. Persona y sociedad*, vol XI, N.8 Dic. 1997.
15. Gracia D. ¿Qué es un Sistema Justo de Servicios de salud? En: *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. El Búho, Bogotá, 1999.
16. Hobbes T. *Leviatan*. Fondo de Cultura Económico, México, 1990. Pág. 109 y ss.
17. Jonas H. *Técnica, Medicina y ética*. Paidós, Barcelona, 1977, pg. 86.

18. Malherbe J. F. *Hacia una ética de la Medicina*. E. San Pablo, Bogotá, 1993.
19. Mejía, O. *Justicia y Democracia Consensual. La teoría Neocontractualista en John Rawls*. Siglo del Hombre. Edit. Edic. Uniandes Bogotá; 1997, pág. 25 y ss.
20. Menzel P. *Strong Medicine. The Ethical rationing of Health Care*. Oxford University Press N. York 1990. Pág. 19.
21. Pellegrino E. Deber Social y Complicidad Moral Conflicto de Lealtades para los médicos. *Cuadernos Del Programa Regional de Bioética*. OPS Pág. 93, No.4 Jul. 1997. Santiago Chile.
22. *President's Commission for the study of Ethical problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*, Summing Up, Washington, U.S Government Printing Office 198.
23. Sánchez -T. C. *Mecanismos de Protección De los Derechos Fundamentales*. U. Sergio Arboleda, Bogotá 1998.
24. Sartre. J.P. *El Ser y la Nada*. Alianza universidad/ Losada, Madrid, 1989.
25. Sen. A. *Sobre ética y Economía*. Alianza Universidad. Madrid 1989.
26. Spagnolo de la Torre E., Gasto Sanitario: Financiación y Solidaridad. *Quardern CAPS/No. 26*.
27. Thomas, L. V. *La Muerte*. Ed. Paidós Studio Barcelona, 1991.
28. Valencia, F, Maya, N. *La Ley 100 de Seguridad social y sus decretos reglamentarios*. Tercera Edición. Lito. Dinámica, Bogotá 1997.
29. Warner K, Luce R B. *Análisis de costo- beneficio y costo- eficiencia en la Atención de la Salud*. Fondo Cultura Económica. México 1995.
30. Whitehead M. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen, Dinamarca: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1990.

¿CÓMO PODRÍA PENSARSE LA JUSTICIA SANITARIA DESDE LA BIOÉTICA?

Mahal Da Costa Soto

Universidad de Concepción, Programa Regional de Bioética,
Santiago de Chile, Chile

Mis agradecimientos a la Universidad El Bosque en la figura de su rector, el Dr. Jaime Escobar, su Consejo Directivo y a los excelentes colaboradores, por esta invitación y por las afectuosas atenciones que recibimos inmerecidamente los extranjeros que vamos por esta región hablando sobre Bioética. Mi reconocimiento especial a la labor que aquí se hace en esta área y al enorme trabajo que se está desarrollando, es público y personal.

Ortega decía que la claridad era la cortesía del filósofo, por lo que me he propuesto siempre ser enormemente cortés. Ha sido siempre mi deseo, aunque en aras de la justicia no he realizado nunca una investigación acerca de la percepción real de mi cortesía. Empero destaco mis buenas intenciones al menos. Ustedes serán los encargados de juzgar mi desempeño ahora.

Deseo partir de algunos presupuestos, que no por ser tales daré por conocidos.

Primero, para mi exposición utilizare algunas guías.

Haré referencia implícita a la metodología ética para el análisis de procedimientos en la toma de decisiones, planteada por el Dr. Diego Gracia. Muy brevemente mostraremos y explicaremos:

- Éticas deontológicas (las éticas de raíz deontológica son aquellas que ponen su acento en el concepto de santidad de vida y allí se encuentran las éticas teológicas, judías, cristianas y musulmanas). Por lo que tenemos un sistema de referencia fundamental. Expresado por el contenido de los niveles que ahora veremos.
- Éticas teleológicas (las éticas de raíz teleológicas son aquellas que ponen su acento en la calidad de vida y aquí se encuentran las éticas seculares. Entre la más conocida y de mayor importancia para el tema que nos atañe, está la ética utilitarista). Y tenemos aquí un sistema de referencia práctico o clínico.
- Una aclaración que habría que hacer es que esta metodología está planteada para trabajar desde la clínica, es decir, partiendo desde los hechos, lo que yo excepcionalmente no haré en este caso. Pero quisiera mencionar que resulta muy útil, y por demás didáctico, comenzar exponiendo un caso atingente al tema que pueda graficar mejor toda la dimensión problemática y conflictiva del mismo. Será, sin embargo, parte de mi tesis mostrar esta originalidad de una manera mas conceptual e inicial.
- Como última aclaración quisiera señalar, aunque parezca redundante, la enorme complejidad del tema que estamos tratando y esto implica dimensionar su campo de acción. No es posible en 45 minutos llegar a analizar y mostrar las múltiples aristas y aspectos que involucra la justicia sanitaria. Por esta razón, mi planteamiento versará sólo sobre algunos aspectos, los que he encontrado mas consensuales de los diferentes

enfoques y disciplinas que tienen que ver con lo que pueda denominarse lo *a priori* de nuestro problema.

La primera pregunta que me formulé cuando empecé a preparar esta presentación, fue ¿cómo podría pensarse la Justicia Sanitaria desde la Bioética? Y aunque parece una pregunta fundamental, quisiera plantearla, más bien, como una pregunta metodológica. Antes de tratar un asunto bajo el enfoque de alguna disciplina o de siquiera llenarlo de contenido, es necesario definir antes el método a seguir.

La Bioética, por ser una materia todavía joven, plantea muchas veces esta pregunta. Si tenemos un problema (formulado en términos filosóficos) y queremos abordarlo ¿cómo lo hacemos? ¿plantea la Bioética una manera de hacerlo? ¿tiene la Bioética una sistematización en su proceder?

Podemos, por supuesto, tomar prestados algunos planteamientos de otras disciplinas. La multidisciplinariedad por la que aboga la Bioética nos plantea esta ventaja (en el tema que nos ocupa tenemos aportes provenientes de la Filosofía, en especial de la Ética, de la Economía, de la Política, de la Administración, sólo por nombrar las más importantes). Y, si bien es cierto que podemos rescatar de cada una de estas materias un método y un enfoque específico de trabajo, no menos importante es señalar que si una materia se eleva a la categoría epistemológica de ciencia o disciplina o, al menos tiene la pretensión de hacerlo, deberá ser capaz de plantear su propio método de trabajo, es decir, un cierto modo de hacer las cosas que le caracterice.

He señalado inicialmente una de estas propuestas, por lo que intentaré en esta oportunidad mostrar que sí es posible pensar la justicia sanitaria desde la bioética a través de un método otorgado por esta misma.

Lo haremos paso a paso, al estilo del método socrático, aclarando algunos presupuestos propios de la Bioética.

1. Cuando se tiene un problema es porque ha habido antes una pregunta, por lo que el punto de partida es en realidad una pregunta.

En este caso, nuestra pregunta de sentido común sería ¿qué es la justicia sanitaria? este cuestionamiento va acompañado de un complemento metodológico ¿sabemos lo que nos estamos preguntando?

Si uno analiza la pregunta original se dará cuenta de que no es una pregunta sustantiva sino, mas bien, una pregunta adjetivada. Se pregunta por un concepto (justicia) acompañado de un adjetivo que es en este caso la sanidad.

La pregunta sería dirigida entonces a saber algo acerca de la justicia, pero no sólo como concepto puro sino mas bien contextual, dado por la sanidad o por la sanitariedad. Tenemos un concepto (la justicia) dentro de un contexto (la sanidad).

2. Lo segundo sería que queremos averiguar qué es esto de la justicia sanitaria, pero que queremos hacerlo desde la Bioética, desde su propia metodología.

¿Tiene la Bioética una forma de averiguar qué es la justicia sanitaria? ¿tiene, en otras palabras, un método para llevar a cabo una investigación acerca de qué es la justicia sanitaria? La respuesta, por supuesto, sigue siendo afirmativa.

Hemos dicho que tenemos una pregunta adjetivada y por tanto contextual. La Bioética se asemeja en su estructura a esta pregunta adjetivada. La Bioética es adjetivada y contextual también. Posee un sustantivo que es su fundamento y un adjetivo que es la clínica. Por lo cual la Bioética se plantea, podríamos decir, dividida y complementada a la vez, en Bioética fundamental y Bioética clínica. Ambos ámbitos la dividen y la conforman. De nuestra pregunta, por tanto, se desprenden también dos ámbitos: uno fundamental que correspondería a la pre-

gunta sustantiva por la justicia y el otro clínico, que correspondería a la sanidad.

Si logramos entender sólo este punto de partida, lograremos también dimensionar por qué es tan difícil lograr un consenso acabado acerca de la justicia sanitaria, si se comienza erróneamente por analizarla como un todo. Es la originalidad que ha plateado esta disciplina. No empezar por los supuestos acabados en bloque sino, más bien, llevar a cabo una disección anatómica de un problema o un conflicto axiológico, siguiendo un método y extrayendo conclusiones válidas y universalizables no absolutas.

Si somos capaces de aceptar que la Bioética no es sólo una cuestión de buenas y respetables personas, podremos entender que necesitamos de ambas dimensiones. A saber, de la Bioética fundamental y de la Bioética clínica.

La Bioética fundamental nos otorga el conocimiento acabado de la historia y la fundamentación de un concepto o un problema. Es decir, cómo ha sido abordado y solucionado a lo largo de la historia. Cuáles son las teorías que se han construido o que se han utilizado para tratarlo. Nos entrega los conocimientos y las habilidades. En complemento, la Bioética clínica nos entrega los hechos y los valores, un adecuado conocimiento de ellos y un entrenamiento de ciertas habilidades necesarias para manejarlos en cada caso.

Habría que agregar a lo anterior, que la Bioética se ha caracterizado por definir sus funciones en aras de consejería, ayuda y orientación procedimental, es decir, a través de un proceso acompañado y participativo, como decíamos al estilo de Sócrates. Lo que resulta una ventaja si se piensa en la enorme dificultad que representa alcanzar y establecer un principio único y válido como operativo para todos y cada uno de los integrantes de nuestras sociedades.

Un procedimiento acompañado y participativo garantiza, en cierto modo, su permanencia individual y colectiva, es decir, la tan aspirada universalidad. Puesto que los protagonistas se sienten parte fundamental del proceso y de la génesis de los resultados. Se sienten propietarios y por tanto responsables. Curiosamente ha sido el cánón y la bandera del éxito de la nueva concepción industrial y empresarial de nuestro tiempo, el que los empleados se sientan propietarios de la empresa donde trabajan.

Pero volvamos a nuestro planteamiento original; saber si podemos alcanzar una visión de la dimensión fundamental y de la dimensión clínica de la justicia sanitaria.

EL PROBLEMA DE LA JUSTICIA SANITARIA

El método de la Bioética, entonces, parte por el esclarecimiento de los hechos y de los valores. Debemos definir claramente cuáles son los hechos y cuales las valoraciones de un mismo aspecto, la justicia sanitaria:

Cabría señalar entonces, como primer paso, que el problema de la justicia sanitaria sería definirla como tal. Definir su ámbito. Creo que el problema de la justicia sanitaria es el problema de la justicia en el ámbito sanitario. Que es muy distinto a decir "dentro del ámbito de la salud". Como puede verse, el lenguaje puede ser y es muchas veces nuestro peor aliado en estas cuestiones.

Debemos aclarar si estamos tratando el tema de la justicia y la salud (como lo explicitó el Prof. Maldonado) o la justicia saludable o, bien, el problema de la justicia dentro del ámbito sanitario.

Yo voy a sostener aquí que lo que queremos denominar como justicia sanitaria se refiere a esto último. A la justicia dentro del contexto de la sanidad y a los límites definidos por esto. Lo cual, por supuesto, no excluye el análisis de la justicia y la salud y de lo que podríamos llamar

justicia saludable al estilo griego, pero que no forma parte del presente planteamiento.

Justicia sanitaria dentro del contexto sanitario.

Comencemos por la justicia

Hay por lo menos cuatro maneras de pensar la justicia. Estas cuatro maneras se han forjado a través de la historia de los pueblos y como una forma de responder a ciertas necesidades de convivencia ordenada.

Tenemos la justicia como ordenamiento natural, donde encontramos las clásicas denominaciones de justicia: justicia conmutativa, justicia distributiva y posteriormente gracias a los romanos la justicia legal. Teorías y conceptos como el término medio, la igualdad proporcionada y la justicia positiva son sólo muestras del enorme material que nuestra cultura ha heredado de este pensamiento.

Otros planteamientos son, la justicia como libertad contractual y como igualdad social. Se rescatan la preocupación acerca de la relación social y la protección.

Y, finalmente, la justicia como bienestar colectivo.

No alcanzaría a exponer todas y cada una de ellas, por ello sólo las menciono destacando su aporte más significativo, pero reiterando que es condición necesaria conocer y dominar todos estos planteamientos antes de iniciar este análisis.

Pasamos entonces a la sanidad

La sanidad ha estado referida tradicionalmente, primero a la asistencia sanitaria y, luego modernamente, a la gestión sanitaria. Aunque este último aspecto se ha elaborado a partir del primero, la sanidad involucra estos dos aspectos: la asistencia y la gestión.

Las actividades de promoción, protección y restablecimiento se encuentran presentes dentro de estas dimensiones a través de sus expresiones en bienes públicos y bienes privados. A pesar de la diversidad, y contando con ésta, de nuestros sistemas hasta aquí podemos estar de acuerdo puesto que nos encontramos en un plano descriptivo.

¿Cuándo se convierte la sanidad en un problema? Cuando empezamos a valorar la asistencia y la gestión sanitaria.

Esta valoración se ha centrado también tradicionalmente en la asistencia, puesto que el contexto sanitario estuvo durante décadas definido por la relación médico-paciente. Por ello las tensiones o conflictos valorativos se daban fundamentalmente en términos de no-maleficencia definido este principio por la beneficencia y la autonomía. La asistencia sanitaria estaba definida en términos privados: la relación establecida entre el facultativo y su paciente. El daño y la valoración de éste estaba sujeto al patrón del beneficio percibido por el médico y, por tanto, a una relación contractual muy especial. Definida en términos de igualdad relativa al facultativo y no al paciente. Lo que nos hace concluir que en realidad nunca hubo relación de igualdad ni realmente una relación contractual. La gestión sanitaria era, por tanto, prerrogativa del galeno y no de una entidad superior encargada de velar por el cumplimiento de deberes y derechos en materia sanitaria.

La cuestión acerca de si el Estado debía o no cumplir un papel, era más una cuestión teórica que real. Este aspecto y su debate comenzó con la reflexión de los derechos y con el planteamiento de la igualdad de oportunidades. Es decir, con la crítica a la relación tradicionalmente paternalista.

La idea de la asistencia sanitaria como caridad, otro aspecto que complementa lo anterior, no corresponde realmente a una reflexión acerca de la justicia sino más a la idea de beneficencia. Un sentido de beneficencia virtuosa mas bien que de deber (como la entendemos hoy).

Corresponde entonces a una idea de las éticas de la virtud (basadas éstas en el deseo o la pretensión de bondad) y no a las de deber (basadas en la idea de obligación).

Cabe señalar que hoy en día está claro que los profesionales y el ámbito de las responsabilidades profesionales en general, y en particular en la sanidad, se mueve por una concepción de obligación y no de bondad pretendida (aunque por cierto no la excluye). Los profesionales tenemos primariamente obligaciones y luego pretensiones.

Otro aspecto que cambió el panorama, fue la preocupación social surgida con las revoluciones sociales de 1848 y el reclamo popular hacia el sentido de la beneficencia virtuosa y benefactora como criterio de actuación.

El debate comenzó por lo tanto con la pregunta acerca de si la asistencia sanitaria debía ser una cuestión pública, es decir de justicia, o debía seguir siendo una cuestión privada, es decir de beneficencia. Con la era hospitalaria y el avance de la tecnología médica ya no hubo vuelta atrás y el principio de justicia, con sus planteamientos teórico-prácticos, sentó sus bases para quedarse en el ámbito sanitario hasta el momento.

Ahora bien, si se considera que la asistencia sanitaria provee actividades específicas de intervención (cualquiera que éstas sean, promoción, prevención, curación), sería necesario un fundamento conceptual que pusiera de manifiesto las diferencias en dichas actividades de intervención, pero no sólo referidas a ellas mismas, sino también a quienes las consumen o pagan por ellas, y a lo que las personas tienen derecho.

La dificultad mayor de esto estriba en que no hay por parte de ninguna disciplina una buena forma para definir bienes *a priori* y, puesto que las personas y las sociedades organizan sus elecciones en torno a ellas, la justificación de la intervención pública se torna a menudo débil

y por tanto entraña una gran percepción de injusticia. Es el caso del derecho a la inmunización y la promoción de la inmunización.

Vamos a explicar un poco más esto a través de un economista, Musgrove.

Este autor sostiene que la naturaleza privada o pública de una intervención puede depender de la cobertura. Plantea el caso de la viruela. Cuando esta enfermedad era endémica, sostiene, las personas poseían un fuerte incentivo para ser vacunadas, no querían contraer esta enfermedad, ello sin considerar cuánta gente era protegida. Cuando la enfermedad fue erradicada todos nos beneficiamos. Hay aquí una clara distinción entre bienes públicos y bienes privados: las personas y las sociedades eligieron e intervinieron en función de estos bienes. Es decir, mientras la cobertura de inmunización fue baja, produjo mayor beneficio privado (porque produce mayor beneficio en los sujetos inmunizados). Aunque esta medida preventiva fue diseñada como un bien privado, realmente se convirtió en un bien público cuando la inmunización se acercó al 100%, puesto que bajo esta concepción y puesto que la enfermedad no se encuentra presente, hasta una persona que no esta inmunizada se encuentra protegida como si hubiera sido protegida y ello sin costo alguno (ni de riesgo ni de moneda). Este mismo razonamiento puede utilizarse para el problema de la Ecología que nos planteó el Prof. Maldonado.

Según esto, el autor define un bien público como aquellos o bienes o servicios en los que el consumo de una persona no reduce la cantidad disponible para el consumo de otros; son aquellos bienes y servicios de los cuales los consumidores no pueden ser excluidos bajo el principio de que, si están disponibles para cualquiera, también se encuentran disponibles para todos. Lo cual no garantiza lo ilimitado de estos bienes, sino sólo la disponibilidad y el derecho a esta disponibilidad igualitaria.

Como se ve, volvimos a la reflexión de los derechos y al planteamiento de la igualdad de oportunidades en el ámbito sanitario.

Lo que se encuentra disponible para uno, se encuentran disponibles para todos. Lo cual no garantiza la ilimitación de estos bienes, sino solo la disponibilidad y el derecho a esta disponibilidad igualitaria.

Volvemos al planteamiento de la igualdad de oportunidades en el ámbito sanitario.

Por definición, un bien público no se vende en un mercado privado o, al menos, no debiera. Esto justifica el que se desee una acción colectiva, pero también hemos demostrado que el mero hecho de que estemos hablando de un bien público, por definición, no justifica plenamente la intervención estatal. Un ejemplo de esto, lo tenemos en la contaminación del fin del siglo, sería la compra de gigantescos ventiladores un bien público justificado (estamos hablando del costo).

¿Todo cabe dentro del todo? Muchos ministerios de salud consideran que todo lo que se relaciona con el cuidado de la salud es un bien público justificado. Lo cual llevaría aparejado el concepto de que todos tendríamos derecho igualitario al cuidado gratuito (Según la definición de bien público). Cuando el financiamiento público es ineficiente para cumplir este tipo de promesas, y particularmente cuando la salud pública está mal administrada, estamos hablando de injusticia.

El suministro de agua potable y el moderno sistema de recolección de basura son buenos ejemplos de esto. Generan grandes beneficios públicos, pero son mayoritariamente bienes privados (porque se pagó por ellos).

Tal vez la tarea de un Estado no sea prioritariamente definir qué debe pagar o qué no, quién debe y a quién no, sino tal vez definir adecuadamente dentro de un ámbito sanitario de asistencia y gestión, cuáles son los bienes públicos que le corresponden en justicia y cuáles, de un privado, le corresponde controlar y fiscalizar.

Me resulta difícil pensar que un Estado pueda hacerse responsable por la vida diaria de cada persona. La preocupación por la salud de las personas implica, no sólo la definición de un ámbito sanitario como lo hemos mostrado aquí, sino la preocupación por la vida cotidiana de cada uno de los integrantes de una sociedad. Así de amplio es el concepto de salud hoy en día, entendido civilmente, lo cual me lleva a reflexionar acerca de la realización de estas propuestas ideales de bienes públicos. Un ejemplo palpable de que el método funcione, ha sido el plan Oregon del cual destaco los resultados y el método.

Este plan fue, efectivamente, el ejemplo de lo que un Estado con una democracia participativa puede lograr en técnicas de responsabilidad civil en salud y gobierno.

El plan Oregon fue por tanto el resultado de la voluntad general del Estado de Oregon y se logró mediante un proceso de estudio de utilidades y conveniencias.

- Tenemos que aprender a ser justo; y aquí tenemos tal vez que volver a ser aristotélicos o no aristotélicos. "En el ejercicio de la Justicia somos Justos".
- Tenemos que poner atención al ejercicio individual y colectivo de la justicia, esto implica necesariamente un cambio de actitud.
- La multidisciplinariedad implica un aporte disciplinario en lo que es pertinente, pero no de todo.
- Conocer adecuadamente la constitución, el funcionamiento y la dinámica axiológica de una sociedad.

EDUCACIÓN EN SALUD: Una Utopía Posible

Sofía Jácome Liévano

Universidad El Bosque, Santafé de Bogotá, Colombia

Dos motivos me llenan hoy de profunda satisfacción. El primero, la excelente respuesta que ha tenido esta convocatoria con el ánimo de repensar la salud; y el segundo, la oportunidad que este momento me brinda, para compartir con ustedes algunas de las reflexiones alrededor de la Educación en Salud, surgidas de la experiencia vivida durante los últimos años en la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque, en el trabajo con las comunidades, en el trabajo clínico, en la formación del recurso humano en salud y en las diferentes investigaciones y proyectos realizados con diferentes instituciones de salud del país.

Habría mucho que discutir de Educación en Salud, ya que este es un tema que siempre estará vigente; pero hoy, atendiendo a la profundidad que me permite el tiempo me detendré en tres aspectos concretos. En primer lugar, algunos aspectos relevantes sobre la situación actual de la Educación en Salud, posteriormente el planteamiento del Diálogo de Saberes y la Negociación Cultural como elementos a tener en cuenta

dentro de los procesos educativos y, finalmente, los retos y desafíos que la situación existente nos lleva a plantear, con el propósito de acercarnos a una verdadera cultura de la salud.

PANORAMA ACTUAL

Un comité consultivo de la Organización Mundial de la Salud, OMS, destaca cuatro aspectos de trabajo vital para la comunidad científica, en la búsqueda de mejorar las condiciones de salud de las comunidades: promoción de la salud, cambios de los estilos de vida, modificación de factores ambientales intervinientes y métodos y medios para mejorar los sistemas de atención de la salud, constituyéndose la *Educación* en común denominador para estas cuatro estrategias (OPS/OMS, 1991).

La Educación en Salud dirigida, entonces, a transformar positivamente las conductas y las condiciones de vida de los individuos y las comunidades, a brindar la posibilidad a las personas de desarrollar capacidades para tomar decisiones saludables, no ha logrado alcanzar aún el impacto deseado.

Tradicionalmente, los programas masivos de educación y promoción de la salud han sido diseñados en forma centralizada sin tener en cuenta las particularidades locales, sus características étnicas, sociales y culturales, orientándose continuamente desde una perspectiva transmisionista, la cual ha guiado igualmente la educación individualizada que realiza el profesional en el acto médico.

El convalidar o refutar creencias, modificar hábitos y transformar comportamientos, desde una opción pedagógica vertical y reduccionista en relación con las condiciones y los sentidos en que estas prácticas se expresan, han sido las dominantes de la mayoría de los actores orientadores de estos procesos educativos: profesionales de la salud, maestros, promotores, etc. (Jácome, Nieva, 1997), trayendo como

resultado una deficiente apropiación de los mensajes educativos por parte de las comunidades.

Muy probablemente hoy, como consecuencia de estas acciones educativas, el conocimiento frente a las acciones preventivas en salud ha mejorado, pero no ha producido cambios conductuales de fondo que impacten de manera positiva la salud.

Esta forma de concebir la educación, por parte de los profesionales de la salud, se ha dado como respuesta a una formación inmersa en planes curriculares basados en una concepción de la salud y la enfermedad manejada desde el paradigma biologista, como un fenómeno exclusivamente anatómico-fisiológico, con una mirada positivista que explica, de alguna manera, el distanciamiento entre las lógicas y los saberes académicos manejados por los profesionales y las lógicas y saberes de las comunidades.

El panorama anteriormente descrito, aunque un tanto superficial, arroja elementos importantes que pueden permitir atribuir a esta realidad parte de la causa del poco impacto de las acciones educativas, de los servicios y, en última instancia, de la precaria situación de salud de los pobladores.

Es innegable que en los últimos años se ha avanzado en la aceptación del carácter histórico y social del proceso Salud-Enfermedad, en donde hay un modo característico de enfermar y morir de los seres humanos; en donde se reconoce que los perfiles epidemiológicos están marcados más por los niveles de desarrollo y las fuerzas sociales de producción, que por los mismos cambios biológicos, en donde nuestro objeto de estudio se ubica a nivel de un grupo constituido en función de sus características sociales en primera instancia, dejando de lado un diagnóstico colectivo asumido como la suma de los diagnósticos individuales (Laurel, 1982).

Pero esta aceptación y este reconocimiento no han sido suficientes; por eso, se requiere avanzar en la formación y capacitación de un recurso humano (profesionales de la salud, maestros, promotores, etc.), que asuma las características sociales, culturales, económicas y políticas no como un complemento, sino como algo inmerso dentro del proceso Salud-Enfermedad para que las acciones educativas frente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad superen el activismo con el que hasta ahora se han asumido, y que conciba la salud como la Vida.

**EL DIÁLOGO DE SABERES
Y LA NEGOCIACIÓN CULTURAL:
*Una propuesta esperanzadora***

“De hecho, hay una parte de nosotros mismos que no depende directamente del factor orgánico: es todo lo que, en nosotros, representa la sociedad. Las ideas generales que la religión o la ciencia imprimen en nuestros espíritus, las operaciones mentales que implican dichas ideas, las creencias y los sentimientos que se encuentran en la base de nuestra vida moral, todas esas formas superiores de la actividad psíquica que la sociedad despierta y desarrolla en nosotros no van a remolque del cuerpo, como sucede, por ejemplo con nuestras sensaciones y con nuestros estados cenestésicos. Lo que ocurre es que... el mundo de las representaciones en el que se desarrolla la vida social, lejos de derivarse de él, se superpone a su substrato material”.

E. Durkeim

“Las formas elementales de la vida religiosa” (1968)

El proceso salud-enfermedad no se define fuera del individuo, es una representación social, una construcción, una estructura simbólica a la que se le atribuye sentido como resultado de la interacción del individuo y de la sociedad con su estructura ambiental.

El concepto de representación social nos lleva a un sistema de pensamiento que permite la relación del mundo con los demás, atravesada por sus creencias políticas, religiosas, culturales, económicas, estéticas y éticas, entre otras, encontrando que lo social es un determinante de la situación de salud de los grupos y de las personas, ya que orienta sus actitudes, prácticas y comportamientos ante la cotidianidad y explícitamente frente al abordaje del proceso salud-enfermedad (Nieva, Jácome, 1997).

En este sentido, es oportuno mencionar algunas de las representaciones sociales encontradas como resultado de una investigación realizada entre 1995 y 1997, en las comunidades de dos sectores urbano-marginales de Santa fe de Bogotá (cinco casas vecinales de Ciudad Bolívar y el sector San Luis-San Isidro), frente a la salud y la enfermedad, donde realizan trabajo comunitario los estudiantes de las facultades de Odontología de la Universidad Nacional y de la Universidad El Bosque respectivamente (Nieva, Jácome, 1997).

Este estudio permite afirmar que la cultura, la tradición, la fe religiosa, la estética, los elementos emotivos y los no racionales, determinan las actitudes y los comportamientos frente a la cotidianidad y, explícitamente, el abordaje del proceso Salud-Enfermedad en sus diferentes dimensiones.

Las representaciones ligadas al trabajo y al factor productivo se evidencian en el afán de las personas por minimizar los signos y síntomas físicos de la enfermedad con la intensión, por una parte, de no convertirse en “estorbo”, en el caso de los ancianos, de producir para su subsistencia y la de su familia, en el caso de los adultos y de poder compartir con los demás, en el caso de los niños.

El componente religioso juega un papel importante, en cuanto se asumen la salud y la enfermedad como premio o castigo de Dios. El

influjo religioso es muy marcado, no solo debido a su ascendencia campesina, donde este componente tiene gran influencia, sino porque a través de la historia ha existido una tendencia a dar una explicación sobrenatural, mítica a lo que no tiene una explicación evidente. Las consecuencias claras de esta representación se refieren al conformismo, la resignación y la inmovilidad frente a muchos procesos mórbidos que el profesional explica desde una unicausalidad biológica.

De otro lado, en la memoria de los pobladores, la experiencia de la enfermedad está marcada por aspectos afectivos y de estados de ánimo distintos a su contenido orgánico. Expresiones como “me siento enfermo cuando me duele el alma” o “cómo me pesa la tristeza”, evidencian la existencia de esta representación.

En contraste con lo anteriormente expuesto, los discursos, las prácticas, las actitudes y los comportamientos de los profesionales del sector frente al proceso salud-enfermedad, están determinados en gran medida por el pensamiento racional, por la construcción científica del conocimiento que es lo que la Academia les ha transmitido, y por el manejo de una relación atravesada por el poder, como una constante implícita que se ha adquirido con el conocimiento.

Es bajo estas condiciones, que se da la relación profesional-paciente y profesional-comunidad, no solo en el acto médico sino también en el acto educativo.

Es por esto que, con el propósito de superar el distanciamiento de representaciones y de discursos frente a la salud existente entre los educadores y las comunidades, se hace necesario establecer una relación diferente, donde se aborde el proceso educativo en salud como un diálogo entre representaciones, entre culturas, entre el saber académico y el saber popular, para crear una coexistencia negociada y con el fin de ir cualificando las repuestas a la realidad.

Como una interacción en términos de negociación y transacción, más que de transmisión y aplicación de conocimientos producidos por otros para nuestra realidad.

Pero para negociar, es necesario reconocer que los individuos y las comunidades se reconozcan con un saber propio, que exista el conocimiento de lo que se va a negociar, su naturaleza, sus valores, sus posibilidades y su calidad, con el fin de que ésta no solo sirva para buscar el consenso, sino también para explicar el disenso.

Concebir la educación en salud como un proceso de recontextualización, en el que tanto el educador como las comunidades recojan los elementos del diálogo de los saberes que sean significativos y puedan ser incorporados a su práctica y a su cotidianidad, como una negociación de sentido de manera que la producción de conocimiento sea un proceso interactivo y, en consecuencia, posible de abordar desde el espacio de lo simbólico.

RETOS Y DESAFIOS

El plantearnos como meta una verdadera cultura de la salud en coherencia con lo anteriormente planteado, no sólo implica el concurso de los educadores y las comunidades. Requiere además, de una verdadera voluntad política del Estado y de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Se hace necesario, igualmente, una articulación de las políticas emanadas del Ministerio de Salud y las contempladas por el Ministerio de Educación con el fin de brindar el apoyo y la capacitación necesario a los educadores de los niveles de primaria y secundaria, ya que ellos tienen la posibilidad de actuar como los mejores agentes multiplicadores de salud en la población escolar y preescolar.

En este sentido, considerar la pertinencia de involucrar a todas las escuelas del país en el programa de "Escuela Saludable", ya que algunas investigaciones han comenzado a evidenciar un impacto positivo de los programas de Educación en Salud, en estos centros educativos donde se da una participación decidida por parte de los maestros y los padres de familia.

De otro lado, bajo la evidencia del desconocimiento que la nueva Ley 100 de Seguridad Social tiene, de las instituciones formadoras del recurso humano en salud, urge hoy la necesidad de proponer elementos de enlace tanto conceptuales como operativos, que permitan al egresado ejercer en un sistema donde le sea posible desarrollar el «Deber ser» de su profesión ya que hoy, como consecuencia de este desconocimiento, el paciente universitario tiende a desaparecer y en un futuro no muy lejano, será con «fantomas» que se realizará su formación, viendo todavía más alejada la posibilidad de construir con ellos un verdadero enfoque biopsicosocial en su ejercicio profesional.

Sin desconocer los avances que algunas facultades de salud del país han logrado frente a la coherencia de sus currículos en relación con las necesidades de salud del país, se hace urgente un replanteamiento en mayor medida, no solo de la concepción positivista y reduccionista con las que se ha abordado el proceso Salud-Enfermedad, sino también de las metodologías de enseñanza, marcadas hoy por una verticalidad que el profesional reproduce en el acto médico, donde la existencia de los poderes del profesional se hace aún más evidente con las comunidades y con el paciente individual.

Y, finalmente, posibilitar una participación real de otras disciplinas en su formación, con el fin de redefinir la concepción reduccionista de la salud y la enfermedad y para que así mismo, comparta la carga que de una manera mesiánica se ha atribuido frente a estos procesos.

Como se puede apreciar, bajo estas consideraciones el reto de la educación en salud no es fácil; necesita del concurso de todos; ya que aquello que ayer fue una utopía, hoy es posible, ya que las crisis de sentido y el momento histórico que vivimos ha volcado nuestra mirada y nuestros esfuerzos a lograr “Una cultura de la vida, vivida con calidad”.

BIBLIOGRAFÍA

DURKHEIM, Emilio, *Las formas elementales de la vida religiosa*; Ed. Schapiro, Buenos Aires, 1968.

LAUREL, Asa Cristina. “La salud-enfermedad como proceso social”, *Cuadernos Médico Sociales*, Vol. 19, 1982:8.

NIEVA, Blanca Cecilia, JACOME, Sofia. *Representaciones Sociales del proceso Salud-Enfermedad Oral en Poblaciones urbano marginales y su relación con los discursos y las prácticas institucionales*. Universidad Pedagógica Nacional. Santafé de Bogotá, 1997

OPS/OMS, *Meeting global health Education, XIV world conference on health education*. Finlandia- Junio 1991.

FILOSOFÍA Y SALUD

Carlos Eduardo Maldonado

Universidad El Bosque, Santafé de Bogotá, Colombia

INTRODUCCIÓN

Me propongo pensar la salud desde la Filosofía, y me propongo, asimismo, invitar a pensar la salud filosóficamente. Pero, para la Filosofía, pensar los temas de que se ocupa en cada caso significa concebirlos en los modos diversos como es posible y como tiene sentido concebirlos, a fin de preguntarnos, de una manera rigurosa, por los alcances y las extensiones que el tema contiene o implica.

Desde el punto de vista estrictamente filosófico cabe preguntarnos de diversas maneras por la salud.

Es posible pensar *analíticamente* la salud, y preguntarnos consiguientemente qué *significa* "salud", ampliando las referencias a otras lenguas, otras culturas y otras prácticas ocupadas con o referidas al

tema¹. Derivativamente, o en una misma orilla, cabe preguntarnos también, por ejemplo, acerca de cómo interpretamos lo que sea la salud, y entonces procedemos a pensarla desde una perspectiva *hermenéutica*.

Es igualmente posible preguntarnos *trascendentalmente* acerca de la salud, y plantear por tanto la pregunta acerca de las *condiciones de posibilidad de/para la salud*. Empleando categorías propias de la Medicina y de las ciencias de la salud, ello equivale en realidad a formular juicios terapéuticos, lo cual supone que anteriormente se han llevado a cabo juicios de diagnóstico y juicios de pronóstico. De hecho todos los planteamientos de justicia sanitaria, un capítulo propio de la Macrobioética, se inscriben exactamente dentro de la pregunta trascendental por la salud.

Pero, asimismo, desde la Filosofía y en diálogo con otras ciencias, y en particular con las ciencias sociales, cabe preguntarnos acerca de las responsabilidades políticas y éticas sanitarias en un Estado determinado, para una sociedad específica o también al interior de una cultura particular.

Como se aprecia fácilmente, distintas aproximaciones son posibles. Desde el sentido común no-filosófico ello pudiera dar la impresión de que la Filosofía es algo relativo o que complica mucho más las cosas de las que aclara. Frente a este primer estado de cosas, aproximaciones más regionales, esto es, más simples son manifiestamente más atractivas por concretas. Entre estas otras aproximaciones se destacan, por ejemplo, una comprensión clínica de la salud –y que consiste en realidad en una medicalización de la misma o, en otras palabras, en el reduccionismo de la salud a su dimensión meramente fisiológica o acaso también anatómica-. Otra comprensión más singular es la simplemente psicológica y que consiste en su caracterización psíquica, comportamental o emocional. Otra más es la meramente jurídica y que consiste en el estu-

1. Un buen ejemplo de este caso de trabajo es R. M. Hare, *Essays on Bioethics*, Clarendon Press, Oxford, 1993. Véase en particular el capítulo tercero "Health", pp. 31-49.

dio de la normatividad que garantiza o impide una política sanitaria de cierto estilo. Y así sucesivamente.

Como quiera que sea, dos cosas resultan evidentes ante la mirada reflexiva. La primera es la enorme cantidad de textos, publicaciones, conferencias y centros que pregonan la salud. Gamas tan amplias como la salud emocional, dietas determinadas, gimnasios y ejercicios físicos, yoga, feng shui, plantas, flores, aromas, piedras, sanación pránica, además de los centros de todo tipo de salud tradicional, esto es, por ejemplo, centros bacteriológicos, médicos, de atención de urgencias, y demás. En una palabra, existe en el mercado una oferta enorme de métodos, tratamientos y prácticas de salud. La segunda es la comprobación elemental de que esta enorme cantidad de ofertas de/para la salud revelan en realidad una sociedad, un mundo, una época enfermos. En verdad, como es sabido, la salud nunca se revela a sí misma directamente, sino, siempre, indirectamente, esto es, cuando la hemos perdido. Es en verdad en la enfermedad cuando la salud se nos aparece de plano como nuestra propia salud, y no ya simplemente como la salud de los demás.

Pues bien, es a partir de esta segunda comprobación que me propongo plantear las dos tesis que quiero sostener en este texto. La primera tesis es la de que la salud es un estado con múltiples expresiones. No cabe confundir las expresiones de la salud con la salud misma. Así, desde el punto de vista de las expresiones, la salud se dice de múltiples maneras. Pero lo dicho múltiple, diversamente no es la salud misma sino sus manifestaciones. Volveré sobre esto.

La segunda tesis afirma que la salud no es única ni principalmente humana, sino que, por el contrario, es un concepto "holístico". Lo que quiero decir es en realidad que la salud es un concepto complejo - en el sentido de las ciencias de la complejidad, de la teoría de la complejidad o de la complejidad como método (tres maneras de llamar, por lo pronto, una misma cosa)-. O bien, si se prefiere, la salud es un concepto sistémico.

Ambas tesis se conectan de la siguiente manera. La inmensa mayoría de las comprensiones acerca de la salud la conciben como referida antropocéntrica o antropológicamente. Pero mi objetivo será el de mostrar cómo la salud humana es justamente tan sólo una de esas *expresiones* de la salud en general de la sociedad y del planeta, y no sencillamente la central o la más importante.

La primera tesis es en realidad una subtesis preparatoria para la segunda que es, en verdad, la tesis principal. Como se observa mi interés es en realidad *ontológico*, es decir, se trata de comprender *qué es* o *qué sea* la salud.

Los planos en los que se hace imperativo considerar la tesis mencionada son tres, así: el plano individual, el plano social o colectivo (o aun cultural), y el plano natural. Preferiré llamar a este último el plano "gaiaico" por su referencia a Gaia.

El primer plano es el más evidente. Y sin embargo, como se verá oportunamente, es el más confuso, conjuntamente con el segundo. En efecto, la evidencia consiste en los avances en prácticamente todos los aspectos, de las ciencias de la salud y de la biología y las consecuencias benéficas que han entrañado. La más notoria y relevante de estas consecuencias es la prolongación de las expectativas de vida para los individuos, y a una escala global, de las expectativas de la vida humana en general sobre el planeta. Varias variables acompañan a este proceso. Seguramente las dos más determinantes son la urbanización de la vida humana², y la elevación de los niveles de alfabetización. Quiero insistir, con todo, aquí, en el valor de variables de estos dos componentes. Como quiera que sea, el primer plano, al igual que el segundo, consiste en y se resume bajo el título de la "medicalización" de la vida humana, la

2. Tal es una de las conclusiones precisas de la conferencia mundial sobre el hábitat: Centro de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (Hábitat), *Un mundo en proceso de urbanización. Informe mundial sobre los asentamientos humanos 1996*, Vol. I y II, Ed. Inurbe/Fondo Nacional de Ahorro/Tercer Mundo, Santafé de Bogotá, 1996.

medicalización de la salud, o también la medicalización de la sociedad. Desde este punto de vista, la salud es objeto de la medicina y de las políticas de sanidad (políticas sociales de salud, o igualmente, todas las derivaciones de la justicia sanitaria). Pero la medicalización de la sociedad y del mundo se traducen en realidad como la “farmaceutización” de la vida, si cabe el neologismo, la cual no es ajena a su primera manifestación: el maquillaje de la vida.

Pues bien, el segundo plano tiene que ver precisamente con las políticas sanitarias. El aspecto verdaderamente más significativo de este segundo plano es el de la ampliación y el enriquecimiento del concepto tradicional de justicia. En efecto, la justicia consistió tradicionalmente en un asunto jurídico, político o moral, y en todos los casos, eminentemente normativo. Ya sea que se trate de la justicia distributiva, de la justicia comutativa o más recientemente de la justicia como equidad (*justice as fairness*), o incluso de la justicia vengativa, la preocupación principal de la justicia fue la de establecer los modos como una forma de vida puede ser aceptada (o en caso contrario criticada y rechazada) como válida y deseable para el conjunto de la sociedad. O también, desde otra perspectiva, se trata de establecer de qué manera la sociedad puede aceptar y asumir diversos modos y estilos de vida. El acento recayó siempre, a propósito de los temas de justicia, desde Platón hasta Rawls, en un énfasis en los aspectos normativos. Si en el primer plano se destaca la medicalización del cuerpo humano y de la sociedad, en este segundo plano sobresale la juridización del cuerpo humano, de la vida humana, y de la sociedad en general. El grueso de los esfuerzos se destinan a la legitimación, fundamentación o universalización (o relativización) de la jurisdicción, esto es, de la *juris-dictio*, es decir, quién dice el derecho.

Aunque importantes, ambos planos son, sin embargo, reduccionistas y parciales y por ello mismo, la verdad que ponen es tan sólo apariencia. Mi esfuerzo consistirá no tanto en la crítica de los contenidos y las implicaciones de estos dos planos, cuanto que en su inscripción en un

plano mayor. Me refiero, naturalmente, al de la salud comprendida en el contexto de la vida entera, de la normalidad y de la salud del planeta. Pensar hoy la salud (o la enfermedad) es en rigor pensar la salud de los individuos, de la sociedad y de las culturas con escalas temporales sustantivamente más amplias. Afortunadamente hemos comenzado ya, aunque sea tan sólo muy recientemente, a transitar por este camino. Mi intención aquí es tan sólo la de contribuir a hacer camino. Pero el camino no simplemente se hace al andar; además y fundamentalmente, se hace al andar juntos, en compañía. El camino aunque lo abra una persona pertenece e interpela a toda otra persona posible. Justamente la idea de la posibilidad de otras personas es la que le confiere al tema de la salud un nuevo cariz y una nueva y muy distinta significación que la que tradicionalmente había tenido.

Procederé a través de cuatro pasos, así: el primero es estrictamente descriptivo y trata de una fenomenología de la salud (o del estado de enfermedad); el segundo paso es explicativo y se aboca a la elucidación del tema de por qué ocuparnos de la salud; el tercer paso es normativo y se dedica a la consideración de para qué faculta la salud; y el cuarto paso es, finalmente, ontológico: se trata de determinar qué es o qué sea la salud. Como se ve, procedo a abordar la pregunta que rige este texto - qué es filosóficamente la salud- de un modo indirecto y a través del rodeo por tres instancias anteriores. Estas tres instancias son, a mi modo de ver, las más importantes y las más generalizadas para el mundo contemporáneo. Ulteriormente, mediante el abordaje de la pregunta me propongo en realidad sentar las bases para pensar una vida futura como una vida mejor. Cómo y en qué sentido se especificará suficientemente en el desarrollo mismo de este texto.

FENOMENOLOGÍA DE LA SALUD

Es sensato pensar, en una ecuación económica elemental, que al enorme mercado de ofertas de salud le corresponde un mercado igualmente

amplio de demanda de métodos, terapias y tratamientos sanitarios. La primera sorpresa que resulta de la amplia gama de textos, centros, clínicas, laboratorios, institutos, bibliotecas y librerías, y hospitales de medicina tradicional y no tradicional que se encuentra, resulta en la pregunta, natural, acerca de la comprensión misma de la salud y de la enfermedad. Existen múltiples modos de comprender lo que sea la salud, pero en esa variedad, ¿cómo distinguir un criterio de otro? El fundamento y la guía que permiten dilucidar este problema no es, no ha sido tradicionalmente, otro que la experimentación. Esto es, en una palabra, la fuerza de la inducción. En el plano epistemológico y de la filosofía de la ciencia, al cuadro anterior le corresponde, para no menor sorpresa, la aparición reciente de ciencias experimentales (la medicina, la enfermería, la fisioterapia y la fonoaudiología, la pedagogía, y otras).

Asistimos a una época de un enorme mercado de salud. Es bastante conocido el poderío económico de la industria farmacéutica, para no mencionar su poder en las políticas investigativas y científicas, su poder psicológico sobre la población, o incluso también su poder político o sus alianzas con el poder militar, aspectos que pasan generalmente desapercibidos ante el grueso de la población. Pues bien, en términos generales, el enorme mercado de salud responde tanto a la demanda de métodos curativos como preventivos. A fin de aclarar mejor esta idea, quisiera trazar una analogía entre la industria farmacéutica y la industria de la educación, como una forma de precisar mejor el lugar, la extensión y la importancia del mercado de la salud.

De acuerdo con informes provenientes de la propia Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la industria de la educación constituye la segunda industria más grande en el mundo después de la industria automotriz. De la red completa de la industria de la educación forman parte: los planteles educativos de todo tipo y nivel, las redes y cadenas de papelería y librería en toda la extensión de la palabra, buena parte del sector transporte, redes

y cadenas alimenticias que giran alrededor de la educación, parte del sector vivienda, las redes informáticas y buena parte de los sistemas electrónicos y de sistemas de información, por ejemplo. Este cuadro, bastante general, da una idea aproximada de lo que representa la educación como industria. Próxima a ella habría que elaborar un mapa también de la industria de la cultura, una industria sobre la cual existen estudios detallados y críticas ya bastante tradicionales.

Análogamente, la industria farmacéutica, además de los dos sectores principales, el de la investigación y producción de drogas de todo tipo y el de cosméticos, comprende también, en la proyección de estos sectores, campos como la producción de plásticos y de vidrios, la investigación con fines biológico-militares, todo el sector de aseo en todas sus derivaciones, un sector importante del transporte, vínculos con el capital financiero y recientemente sus intereses también con la publicidad. Pues bien, en todos estos casos, el *leitmotiv* es el del combate de la enfermedad, la promoción de la salud y la belleza. La salud y la belleza son dos bienes eminentemente fungibles que beben y se proyectan a partir de la industria farmacéutica.

Existe, sin embargo, un profundo contrasentido en toda la industria de la salud, que es, correlativamente, la industria también de la enfermedad. Se trata del hecho de que, propiamente hablando, la salud o la enfermedad no son algo que propiamenteelijamos⁵. En efecto, la salud o la enfermedad son algo que sencillamente nos acaece. Nos sucede estar sanos o enfermos. Pero no optamos, no decidimos en el sentido fuerte y primero de la palabra por la salud o por la enfermedad. En este sentido, sucede análogamente al sueño, al hambre o al amor. No decidimos nunca dormirnos, por ejemplo. Cuando más decidimos ir a la cama.

⁵ La salud o la enfermedad no son algo que propiamente elegimos, en el sentido preciso que la decisión tiene o bien desde la psicología popular (*Folk Psychology*), o bien desde la teoría de la decisión racional; cf. Maldonado, C.E., "Prólogo" a Escobar, T., J. *Las dimensiones ontológicas del cuerpo*, Colección Bios y Ethos No. 2, Universidad El Bosque, Santafé de Bogotá, 1997.

No decidimos tener hambre; máximo decidimos comer (o dejar de comer, según el caso). No decidimos enamorarnos. Máximo decidimos llamar a una persona, reunirnos en alguna o en varias ocasiones con ella, etc. En términos más generales, las cosas verdaderamente maravillosas de la vida son entonces aquellas que propiamente no decidimos, sino aquellas que nos acaecen. Pero nuestra vida se nos va siempre en decidir aquello que podemos, que cabe, o que debemos decidir.

La pregunta apasionante es entonces: ¿cómo decidir por aquellas cosas que no decidimos? El absurdo de la existencia radica en que debemos gastar una enorme cantidad de tiempo decidiendo cosas negativas como no matarnos, establecer leyes de convivencia, inventando morales y normas de distinta índole, crear y perfeccionar instituciones de control y de castigo, preocuparnos por no enfermarnos, por tener una buena dieta, por hacer ejercicio, y demás - ¡en lugar de y para vivir!, al mismo tiempo. La inmensa mayoría de nuestra vida es negativa, y lo ha sido durante una parte muy extensa de la humanidad (!occidental!). Que pueden existir razones de tipo político y cultural al respecto es algo que no cabe desconocer, y sin embargo no constituye el referente primero aquí de nuestra consideración.

La historia de la humanidad es la historia misma del miedo a la muerte, a la enfermedad o a la vejez. Ciertamente que Buda tuvo todas las razones para abandonar la vida placentera que llevaba cuando descubrió estos, los tres grandes males de la humanidad, y buscó entonces salvar a los seres humanos del mundo de la apariencia y de la decadencia. La diferencia, sin embargo, es que la humanidad occidental ha aprendido, ha desarrollado, adicionalmente, un miedo segundo, a saber, el miedo al temor a la enfermedad, el miedo a la vejez, al temor a la muerte. Es precisamente este temor segundo, este miedo potenciado -en potencia de dos- lo que ha producido exactamente la industria farmacéutica, la industria de la salud y de la belleza, en fin, con ella, la medicalización del cuerpo humano y de la sociedad toda. Sólo que se trata de un fenómeno

tan generalizado, por lo inmediato, que lo pasamos desapercibido. Tomamos lo general como normal siendo en realidad patológico, y así lo patológico se transvalora en lo normal mismo⁴. La muerte y la enfermedad son enclaustradas y vueltas anónimas, la enfermedad no es nombrada y el paciente es objetivado, el lenguaje mismo se torna esotérico, críptico, o acaso también tan genérico que al no nombrar la enfermedad la oculta y la niega. Y con ella, también a la fealdad y a la muerte.

En el estado de cosas actual, la comprensión de la salud corresponde a la lógica clásica, que es binaria o dual. En otras palabras, la salud es comprendida negativamente a partir de la enfermedad, y esta a su vez relativamente a la salud. En tal estado de cosas se comete el error que ya los lógicos medievales acusaron: el definiendo se define por el difiniens, y viceversa. En estrecha correspondencia con este pensamiento dualista, binario, el propio juramento hipocrático introduce la división tajante de principio entre el médico y el paciente, colocando el saber del lado del médico y el paciente aportando tan sólo su cuerpo para que sea objeto del saber del médico. A la comprensión vetusta de la salud en términos de enfermedad le corresponde la igualmente reificante concepción de la Medicina desde Hipócrates. Consiguientemente se hace imperativo plantearse la pregunta sobre si es posible una comprensión de la salud desde sí misma y no negativa, externa o relativamente a la enfermedad. Lo mejor que puede decir la historia tradicional acerca de la salud (y correlativamente de la enfermedad) es que es un *estado*, o acaso una tensión. Pero el concepto mismo de "estado" ("el estado del paciente") es tanto fijo como cosificante. La salud que el ser humano experimenta no es, propiamente hablando un estado, como tampoco la enfermedad, puesto que el paciente mismo sencillamente no "es". En este estado de cosas la comprensión que quiero introducir de la salud, apelando a un concepto de las ciencias de la complejidad, es que la salud es un estado crítico

⁴ Con respecto a la idea de la transvaloración, cf. F. Nietzsche, principalmente, *Genealogía de la moral y Humano demasiado humano*.

auto-organizado⁵. La idea central de los estados críticos auto-organizados (*Self-organized criticality*) es la de que los procesos de autoorganización tienen lugar durante un muy largo período sin que intervenga ningún agente externo. De esta suerte, toda idea de causalidad queda eliminada. Mejor aún, la salud es un momento de complejidad en el sentido preciso de que se encuentra más entre el orden y el caos, y más específicamente en los márgenes del caos. El reto grande para la biología y para todas las ciencias biológicas es el establecer una teoría general del equilibrio. El tema central de esta teoría es, a mi modo de ver, el de la salud y el del equilibrio de salud de las especies biológicas y su entorno. La salud es, en síntesis, un fenómeno emergente.

No es cierta, por tanto, la idea tradicional de origen Romano y Estoico, según la cual la salud es un estado de orden, y acaso también de armonía. (Por ejemplo, “en mente sana, cuerpo sano”). Sencillamente no sabemos cuál es el orden, ni tampoco cuál sea el caos. O mejor, una vez que experimentamos el caos (= enfermedad), puede ya ser muy tarde para entender o recuperar la salud.

Así, podemos preguntarnos muy natural, muy ingenuamente: ¿Es posible querer ser más sano? Esto es, ¿es posible querer más salud, una vez que (ya) se es sano? Existencialmente esta parece una pregunta retórica e incluso imposible. Pero desde el punto de vista lógico es enteramente legítimo y necesario plantear el problema: si la salud no cabe ser comprendida como un estado y por tanto negativamente a partir de y en función de la enfermedad; si la enfermedad no cumple la función

5. Cf. P. Bak, *How Nature works*, Ed. Copernicus-Springer Verlag, New York, 1996. “The canonical example of SOC [self-organized criticality] is a pile of sand. A sandpile exhibits punctuated equilibrium behavior, where periods of stasis are interrupted by intermittent sand piles. The sand piles, or avalanches, are caused by a domino effect, in which a single grain of sand pushes one or more other grains and causes them to popple. In turn, those grains of sand may interact with other grains in a chain reaction. Large avalanches, not gradual change, make the link between quantitative and qualitative behavior, and form the basis for emergent phenomena”, pág. 32.

de una *felix culpa* para poder aprehender razonablemente a la salud; en fin, si debe ser posible comprender a la salud desde sí misma, entonces una vez que se es sano, ¿es posible querer más salud? La pregunta parece tener sentido cuando la planteamos desde el sujeto enfermo o también desde el sujeto convaleciente, en recuperación o ya recuperado de una enfermedad. Pero, ¿cómo sucede para el sujeto que no ha tenido aún ninguna enfermedad (seria)? ¿Puede quererse como más sano de lo que ya es? Para decirlo en otras palabras, ¿es posible una comprensión *ex ante*, y no ya únicamente *ex post* de la salud?

La noción de la salud como un estado crítico auto-organizado permite superar el pensamiento dualista, lo cual tiene enormes ventajas notoriamente para la Bioética. En analogía con la geometría de fractales, podemos aprender también en el campo de la salud y de los temas y problemas de salud que lo normal no es la forma regular, sino el fractal. Las formas regulares, esto es, las formas geométricas son, por el contrario, excepciones. Lo normal no es la belleza farmacéutica y la salud farmacéutica, sino, en medio de la tensión misma entre salud y enfermedad, la oscilación entre salud y enfermedad, estando la salud más cerca del caos que del orden y la armonía. Que es donde se encuentra justamente la vida. Así, la salud no es un estado, sino un esquema, una pauta o un patrón (*pattern*)⁶. Ya tendré la ocasión de ampliar esta comprensión, más adelante.

LA PREOCUPACIÓN POR LA SALUD

[Por qué la salud]

Existen dos motivos centrales que explican la preocupación contemporánea por los temas, problemas y políticas de salubridad. De un lado, se trata de la preocupación por la salud una vez que se ha perdido o que ha sido seriamente amenazada. Como es sabido, el comportamiento

6. Retomo esta idea inspirado en F. Capra, *La trama de la vida*, Ed. Anagrama, Madrid, 1996.

hacia la salud es entonces el del tratamiento o el de la cura. La salud se nos aparece, se nos revela entonces *ex post*. De otra parte, se trata de los comportamientos que interpelan a ese capítulo de la Macrobioética que es la justicia sanitaria y que consiste en caracterizar y relacionarse con la salud antes de que ésta esté amenazada, porque puede estarlo y a fin de que no se encuentre en peligro. El título en el que se concentran estos comportamientos hacia la salud es el de la prevención. La salud es entonces tema de pre-ocupación *ex ante*. Y no hay, en el estado actual de cosas, más maneras de referirse a los temas y problemas de salubridad.

Como quiera que sea, ambas caracterizaciones son parciales, limitadas y por consiguiente insatisfactorias. La razón que explica la estrechez de ambas comprensiones hacia la salud es la del supuesto que subyace a ambas, a saber: en los dos casos se trata de la salud como de un tema prioritaria o exclusivamente humano. Tanto así que decir salud y salud humana o salud del ser humano termina por revelarse *impliciter* como una tautología.

Frente a la estrechez de ambas caracterizaciones, mi intención aquí es la de ampliar los contenidos y marcos de la salud y de los temas y problemas de salubridad a otros ámbitos que los meramente antropológicos o antropocéntricos. Para ello, las mejores herramientas o referentes son, sin lugar a dudas, la Ecología y los temas medioambientales, y los Derechos Humanos; y con ellos, se trata también de los aportes de la filosofía, pero no -ciertamente no- de la filosofía académica.

Tradicionalmente, la preocupación por la salud fue la preocupación por las capacidades mismas del ser humano. Esto es, para recuperar, aliviar o mejorar a nivel individual o también en todos los aspectos de salud pública, las capacidades para pensar y -fundamentalmente!- actuar. Mejor aún, se trata de la preocupación por la salud como la preocupación para que el ser humano pueda actuar en el mundo y sobre el mundo. Pero la posibilidad, siquiera remota, de hablar de la salud en

términos distintos a los del marco antropocéntrico fueron absolutamente desconocidos para la Medicina y en general para las ciencias de la salud. Se necesitaron los aportes de otras áreas del conocimiento, siendo las más relevantes, desde diversos ángulos, las de los demógrafos⁷, los biofísicos⁸, los antropólogos culturales⁹, los ecologistas¹⁰, y muy recientemente los filósofos de los Derechos Humanos.

A través de este camino, las llamadas ciencias de la salud tuvieron un giro epistemológico y metodológico sumamente radical y significativo: se supieron a sí mismas, por primera vez, como ciencias experimentales, y no ya como ciencias fundamentales o básicas, lo cual tuvo el mérito de que debido a esta situación debieron abrirse a otros dominios científicos y disciplinares. El producto más significativo de este giro fue el de la constitución, primero, y el del desarrollo, posteriormente, de la Bioética como una de esas grandes síntesis del conocimiento. Esta es, con todo, como se sabe, una historia en progreso (*in progress*), esto es, una historia aún no concluida. El mérito fundamental de la Bioética en general, y de la macrobioética en particular, es el de la desantropocentrización

7. Cf., entre otros, A. J. McMichael, *Global Environmental Change and the Health of the Human Species*, Cambridge University Press, 1993; P. R. Ehrlich y A. H. Ehrlich, *La explosión demográfica. El principal problema ecológico*, Ed. Salvat, Barcelona, 1993; P. R. Ehrlich y A. H. Ehrlich, *Betrayal of Science and Reason. How Anti-Environmental Rethoric Threatens Our Future*, Island Press, Washington, D.C., 1996.

8. La bibliografía sobre biofísica es amplia. Quisiera, más bien, resaltar dos aspectos centrales relativamente a la biofísica y sus aportes para la comprensión de la vida, a saber: primero, se trata de una biología no reduccionista, con lo cual se avanzan enormes pasos hacia una teoría del equilibrio biológico; y en segundo lugar, hay que destacar la teoría del campo biológico y que abarca todos los niveles de la organización de los organismos vivos: el morfológico, el celular y el molecular.

9. Un texto altamente importante es, aquí, el de Leaky, R. and Lewin, R., *La sexta extinción*, Ed. Tusquets, Barcelona, 1994.

10. Cf. Meffe, Carroll, and Contributors, *Principles of Conservation Biology*, Sinauer Associate Publishers, Sunderland (MA), 1997.

de la propia ética, algo sobre lo cual ya me he pronunciado en otras ocasiones¹¹.

El resultado más fundamental y al mismo tiempo el significado pleno de la desantrocentrización de la ética, y con ella, la desantrocentrización de la política, del derecho, de los temas de salubridad, y en fin del mundo mismo, fue el aprendizaje del concepto, del problema y de la realidad de la biodiversidad. De esta suerte, la verdadera, la auténtica preocupación por la salud deja de ser meramente humana para ampliarse, y así enriquecerse absolutamente, a la preocupación por la salud entera del planeta, de la especie humana pero también de todas las demás especies. Con la biodiversidad, el concepto-problema de la sostenibilidad se convierte en el eje de las referencias a la racionalidad de cualquier otro dominio empírico, epistemológico, científico, político y demás. En rigor, la idea de sostenibilidad, por ejemplo, de una economía sostenible, de políticas agroalimentarias sostenibles, de políticas de investigación y de desarrollo sostenibles, y así sucesivamente, es la de que debemos poder hacer el máximo uso de los bienes disponibles -bienes privados, bienes comunes, bienes públicos y bienes mixtos- sin perjudicar el máximo desarrollo posible de la humanidad futura. En una palabra, la idea-problema de la sostenibilidad es el título en torno al cual se concentra la preocupación por la responsabilidad hacia especies futuras, individuos y comunidades futuros, en síntesis, por el futuro mismo del planeta, de la vida, tal y como la conocemos hasta ahora e incluso como quizás no podamos llegar a conocerla.

La verdadera preocupación por la salud se hace manifiesta en cuanto que traemos plenamente a la luz el más desgarrador de los aprendizajes que la humanidad contemporánea ha tenido, a saber: se trata del hecho dramático de que hemos aprendido, por primera vez en toda la historia

11. Cf. Maldonado, C.E., "¿De qué se ocupa verdaderamente la bioética?", en Colección Bios y Ethos No. 5, Ed. Universidad El Bosque (en prensa) y "Los derechos humanos entre la solidaridad y la participación", ponencia presentada en la Cátedra UNESCO de Derechos Humanos, Paz y Democracia, Instituto Luis Carlos Galán, 1998.

de la humanidad, que el futuro no es algo que vaya de suyo. La humanidad existió siempre con la creencia plena, con la fe ciega en el futuro, en que el futuro estaría allí siempre, en que siempre habría un mañana, peor o mejor, pero uno nuevo. Esta creencia fue la que llevó a la especie humana a enseñorearse de la naturaleza, primero; y luego, a las culturas técnicamente mejor desarrolladas a conquistar y avasallar a otras culturas de menor desarrollo técnico. Tal es, ulteriormente, la historia misma de Occidente. Y el drama radica en que Occidente confundió el destino entero de la humanidad con su propio destino. Fue al cabo de esta historia como aprendimos, ulteriormente, que el futuro no es, en modo alguno, algo que vaya de suyo. En otros términos, hemos aprendido que puede suceder que un buen día ya no haya futuro, y ni siquiera presente, y por ello mismo tampoco ningún pasado.

Precisamente por esta razón la preocupación por la salud se ha revelado finalmente como una preocupación distinta, y si se prefiere, opuesta a toda otra perspectiva antropocéntrica. De hecho, fueron justamente todas las concepciones anteriores, las cuales fueron en su totalidad¹² antropocéntricas, las culpables del estado actual de la enfermedad del planeta, de la enfermedad del género humano. La salud se ha tornado, antes bien, en el problema en el que se condensa toda la posibilidad de futuro de la vida entera sobre el planeta, de la vida misma del planeta.

Ciertamente que la responsabilidad es humana, pero no es ya desde y hacia el propio ser humano desde y hacia donde se orientan los temas, problemas y políticas en general de salubridad. Desde una óptica miope podría argumentarse que de todas maneras es el hombre mismo quien habla, piensa, conoce y actúa en términos de la salud de la cadena biótica, y no simplemente actúan las especies, alguna especie determinada, o algún otro factor del planeta. Y por consiguiente la salud sigue o seguiría siendo un tema antropológico.

12. Excepto tres: Galileo, Darwin y Freud. Para una ampliación de esta idea, cf. Mazlich, B., *La cuarta discontinuidad. La coevolución de hombres y máquinas*, Ed. Alianza, Madrid, 1995.

Frente a una visión limitada semejante, es preciso advertir que, manifiestamente, las responsabilidades y las acciones siguen y seguirán siendo estrictamente humanas. Pero lo verdaderamente significativo radica en el hecho de que el contenido de la salud ya no es simplemente antropológico. La cadena biótica del planeta apunta hacia una ampliación de la salud, y correlativamente, de la enfermedad, con connotaciones aún más vastas.

La preocupación por la salud ya no se comprende como un estado, sino, por el contrario, a partir del concepto mismo de equilibrio. La salud consiste en el equilibrio entre el individuo, la colectividad y el entorno. Este equilibrio se denomina en términos ontológicos "mundo", y en términos de la vida misma sobre el planeta "Gaia". Lo que al comienzo fuera tan sólo la hipótesis Gaia (Lovelock)¹³ ha terminado siendo reconocido como un campo científico con una autonomía epistemológica, metodológica y filosófica propia. Ahora, ciertamente que el concepto de "equilibrio" es aquí una metáfora; se trata, en verdad, de la metáfora que apunta a la fisiología del planeta y de toda la cadena biótica como al campo mismo de la salud¹⁴. Una comprensión filosófica de la fisiología es el de la ecología en el sentido triple de una ecología de la mente, una ecología natural y una ecología de la sociedad. De esta suerte, la ecología se revela como el puente verdadero entre la ciencia y la sociedad¹⁵, y como uno de los vértices del triángulo conformado por la Bioética, los Derechos Humanos y la ecología. Con este triángulo se trata en realidad de los parámetros que constituyen la verdadera preocupación por la salud.

13. cf. Lovelock, J., *Las edades de Gaia. Una biografía de nuestro planeta vivo*, Ed. Tusquets, Barcelona, 1993; J. Lovelock, L. Margulis, G. Bateson y otros, *Gaia. Implicaciones de la nueva biología*, Ed. Kairós, Barcelona, 1989.

14. Cf. T. Volk, *Gaia's Body. Toward a Physiology of Earth*, Copernicus-Springer Verlag, New York, 1998.

15. E. P. Odum, *Ecology. A Bridge Between Science and Society*, Sinauer Associate Publishers, Sunderland (MA), 1997.

Con el triángulo entre Bioética, Ecología y Derechos Humanos, el tema de la salud sale a la luz del día, propiamente hablando, como el tema del *ethos* del bios, esto es, el de la ética de la vida una expresión que he introducido en otro lugar¹⁶. Con relación al campo de los derechos humanos, el tema de la salud es el del tránsito de los derechos de primera generación a los de segunda y tercera generación.

LAS POSIBILIDADES DE LA SALUD

[Para qué la salud]

Quisiera ahora concentrarme en otro aspecto. Es importante, a propósito, por ejemplo, de los temas de justicia sanitaria esclarecer suficientemente cuáles son las posibilidades de la salud en el sentido preciso de la elucidación de qué es lo que permite la salud - una vez que la sabemos o que la hemos recobrado o que la podemos recobrar. Pienso que sin esclarecer este aspecto la salud sigue prestándose a manipulaciones difíciles y a instrumentalizaciones por parte de intereses políticos, económicos, militares y sociales particulares, bien determinados, y sobre las cuales existe una conciencia cada vez más generalizada.

A qué nos capacita la salud es una cuestión que parece obvia para quien padece una enfermedad o para quien ha padecido alguna enfermedad. En este primer caso, la salud nos permite sencillamente vivir lo más plenamente posible. Así las cosas, bien pareciera que la salud sería algo así como un medio para que la vida misma sea efectivamente posible. Es quizás en este sentido como un buen número de personas pide, de diversas maneras, salud - además, por ejemplo, de pedir amor, o trabajo, etc. Lo sorprendente en este caso es que desde esta experiencia

16. Cf. Maldonado, C.E., "Comunidad de esencia y comunidad de problemas entre los derechos humanos y la bioética", en *Bioética y derechos humanos*, Colección Bios y Ethos No. 6, Universidad El Bosque, Santafé de Bogotá, 1998.

natural de la salud y/o de la enfermedad, no se pide vida, y así, la vida aparece como distinta de la salud misma. La vida tan sólo es objeto de solicitud -a Dios, a la Naturaleza, a la Vida misma, por ejemplo-, para quien padece una enfermedad crónica o terminal. O también, desde otra perspectiva, a quien la sociedad le ha impuesto un castigo jurídico realmente severo. En ambos casos, pedir por la vida corresponde en realidad a pedir una segunda posibilidad a fin de vivirla, si la obtiene, como si fuera verdaderamente primera.

Sin embargo, es preciso preguntarnos, igualmente, por las posibilidades de la salud -insisto, no las posibilidades *para* la salud- en el otro caso, esto es, para quien no conoce la enfermedad o para quien no ha padecido (aún) ninguna enfermedad. En este caso, la salud se aparece como un estado natural -que es lo que en su espíritu quieren afirmar las ciencias de la salud-, pero que no se sabe a sí mismo.

En realidad, el tema importante de las posibilidades de la salud sólo parece cobrar sentido para y desde la enfermedad. En efecto, esto se comprende mejor a la luz del reconocimiento de que de la vida no existe, no es posible en absoluto un conocimiento positivo, esto es, exterior y externalizante. La vida tan sólo se la conoce desde adentro, viviéndola. Pues bien, es exactamente en este sentido que la pregunta por las posibilidades de la salud se revela como la pregunta por las posibilidades mismas de la vida. Así, es necesario acceder a la comprensión de que el tratamiento de la salud, que es en verdad el tratamiento mismo de la enfermedad, no es en manera alguna otra cosa que el cuidado mismo de la vida, y no de un estado. La bioética ha llamado la atención sobre este aspecto, pero su voz es todavía lejana y opacada por el ruido de las técnicas manipulatorias y la distancia de una justicia manipuladora.

Aquello que la salud permite es futuro, horizontes, posibilidades. Es en este sentido preciso como los temas y problemas de salubridad se corresponden estrechamente con los temas y problemas de lo que sea la

calidad de la vida o de una vida con calidad¹⁷. La salud es en el lenguaje bioético lo que el derecho es en los derechos humanos, a saber: se trata de la creación de posibilidades, de la generación de espacios de acción, de libertad, sin entrar en absoluto en la determinación misma de las posibilidades, de la libertad. Los Derechos Humanos ya han comenzado a aprenderlo y a enseñarlo: en Derechos Humanos no hablamos de deberes ni de obligaciones. Eso pertenece al campo propio del derecho positivo. El único deber de que se habla en Derechos Humanos es el del Estado, que es el de cuidar la vida en todas sus formas y absolutamente. La Bioética aún tiene ante sí, análogamente, el mismo reto: pensar la salud desde y por sí misma, que es pensar a la vida misma como plena "voluntad de vivir", para emplear tan sólo técnicamente la expresión de Nietzsche. Desde la Bioética, la tarea es, adicionalmente, y en primer lugar, también para las ciencias de la salud.

Ciertamente que el conocimiento más expedito de los comportamientos legales se da mejor desde el derecho penal y desde la criminología; es verdad que el conocimiento del bien y de la salvación se da, en teología, desde el pecado y el mal; es cierto también que en medicina es desde la patología desde donde comprendemos mejor lo que sea la salud; asimismo, el conocimiento de la legitimidad social y política es más expedito cuando hablamos desde la anomia social y la subversión al Estado. Podríamos ampliar las referencias. Pero, en todos los casos, hacemos referencia al estado epistemológico de las ciencias, prácticas y disciplinas, tal y como ha acontecido hasta el momento. Y que no es necesario ni tampoco suficiente que acontezca así en el porvenir.

No hay dos cosas: la salud y la vida. Por el contrario, se trata siempre y absolutamente de una sola. Sólo que si la salud no se sabe a sí misma, o mejor, no se ha sabido a sí misma hasta ahora, ello no significa nece-

17. Cf. Maldonado, C. E., "Fundamentos para la comprensión de la calidad de la vida", en *Bioética. La calidad de la vida en el siglo XXI*, Colección Bios y Ethos No. 1, Universidad El Bosque, Santafé de Bogotá, 1995; Nussbaum, M. and Sen, A. (1993). *The Quality of Life*, Clarendon Press, Oxford.

sariamente que la enfermedad sea necesaria para que entonces la salud se sepa a sí misma. Tal es la patología misma, no de la vida, sino de la forma como la vida se ha desvirtuado a lo largo de la historia de Occidente. En este sentido, Occidente tiene mucho que aprenderle a las culturas no occidentales, las cuales son las únicas que sí saben a la salud desde sí y por sí misma. Que la historia de Occidente ha sido la historia del predominio del pensamiento dual y binario, que funda los valores en antivalores y como antivalores, no significa, y ello también lo hemos aprendido recientemente, que esa historia funja como *fatum*.

Las posibilidades de la salud no son, pues, otras que las posibilidades mismas de la vida, para la vida. Aquello que la salud anticipa son ulteriores horizontes, horizontes de posibilidades. Lo grandioso de la Tierra Prometida no es lo que ella contiene, sino que promete nuevas promesas. Análogamente a como la Tierra Prometida no es un estado, sino un proceso de/para siempre ulteriores realizaciones, asimismo el cuidado de la salud es el cuidado mismo de las posibilidades de/para la vida.

De esta suerte, no es absurdo en modo alguno preguntarse si es posible quererse más sano, esto es, quererse más sano de lo que ya se es. Pareciera ser que una parte de la medicina alternativa y también una parte de algunos programas de investigación en ciencias biológicas y de la salud se dirige en esta dirección. Pero lo que aún no es del todo claro, por lo menos no para nosotros, es qué parte en cada caso es aquella que promueve una salud desde la salud y no ya simplemente desde la enfermedad o como negación de la enfermedad. Existencialmente pareciera un contrasentido la pregunta sobre si es posible quererse más sano. Pero lógicamente no, mejor, no desde una lógica de las posibilidades, o acaso también desde una ontología de las posibilidades¹⁸.

18. Hay aquí una idea implícita: se trata de la idea según la cual, a mi modo de ver, el futuro es la condición de posibilidad tanto del presente como del pasado y no, como generalmente se ha sostenido, que el pasado es el fundamento del presente, y con él, entonces también del futuro. El título de esta idea es la de una ontología de las posibilidades. Cf. Maldonado, C.E. "La necesidad de la razón", en *Revista Estudos Lopoldenses. Série Ciências Humanas*, No. 152, vol 34, pp. 103-136 (1998), Universidad Unisinos, Brasil.

Ahora, si no hay dos cosas, de un lado la salud, y de otra parte la vida, la pregunta se revela entonces con un acento inusitado: ¿es posible quererse más vivo, con más vida, con más vitalidad de lo que se es o que la que se tiene? Manifiestamente, la pregunta apunta a esa dimensión no actual de lo posible. La dificultad para pensar lo posible y para tematizarlo con seriedad y responsabilidad radica en que tradicionalmente lo posible ha sido concebido como distinto de lo actual, y acaso como utopos, esto es, como poseyendo un lugar y un tiempo ajenos al nuestro. En el orden teórico, tenemos ante nosotros aún la tarea de pensar en términos otros que la lógica formal clásica. Pensar en términos, por ejemplo, de las lógicas no clásicas, en términos, en ese caso, de las lógicas polivalentes, de la lógica paraconsistente, de la lógica del tiempo o de la lógica difusa, para mencionar tan sólo los cuatro casos más serios y relevantes de la investigación científica y filosófica actual en lógica. La Bioética tiene ante sí este reto, y tan sólo en la medida en que logre satisfacerlo podremos decir que sus aportes a las ciencias de la salud y a los temas de la justicia sanitaria habrán beneficiado a la vida efectivamente. Hasta ahora tan sólo nos hemos concentrado en el estudio de las condiciones y posibilidades para que haya salud, por ejemplo, una justicia sanitaria con un amplio contenido y envergadura social; por ejemplo, nos hemos ocupado de las variables y las externalidades a la salud, como son las políticas sanitarias, las políticas sociales, las políticas económicas. *Además*, debe ser posible pensar la salud interna o inmanentemente. Que es, en rigor, pensar en las posibilidades que ella, la salud misma, permite o faculta. Este tema no debe, no puede ser algo que sencillamente vaya de suyo. Pues de hecho no lo va.

PARA UNA ONTOLOGÍA DE LA SALUD

[Qué es la salud]

La buena Filosofía no trabaja con definiciones, y tampoco parte de definiciones. Eso es más bien propio del Derecho, de la Lógica jurídica, de las Matemáticas o también de la Teología (la cual parte de dogmas

de fe, y que cumplen, en el plano epistemológico, exactamente la misma función que las definiciones). Por el contrario, la buena filosofía trabaja con problemas, intenta resolverlos sabiendo perfectamente que la solución o la respuesta generará nuevos problemas y series de problemas. En el mejor de los casos llega, al final, a definiciones.

La salud, hemos visto, no es simplemente una preocupación humana; también. La comprensión de la salud no presupone ninguna antropología; también. Más generalmente, la comprensión de la salud corresponde en realidad a la comprensión misma del sistema o de la cadena de la vida en el planeta. O bien, dicho sujeto-relativamente, la preocupación filosófica por la salud es en verdad la preocupación por nuestro lugar en (= al interior del!) la cadena biótica, no por el sentido de la tierra o de la naturaleza o de la vida para nosotros o desde nosotros.

Desde este punto de vista, la preocupación por la salud implica claramente, de parte del conjunto de la especie humana, determinar con precisión si podemos o sabemos “controlar” nuestra vida. A mi modo de ver, la verdadera inteligencia humana, la verdadera significación de la razón humana radica en este punto: en saber controlar nuestra vida en términos del balance entre el individuo, la especie y el planeta. Hasta el momento hemos manejado el planeta en términos de un bien fungible inagotable. La existencia humana en el planeta, mejor, la posibilidad de sobrevivencia de la especie humana sobre el planeta depende exactamente de la responsabilidad ante el futuro sabiendo decidir razonablemente acerca de los bienes del presente. Si no decidimos por nosotros mismos racional y razonablemente, la naturaleza misma se encargará entonces de decidir por nosotros¹⁹.

Admirablemente, esto significa exactamente que las decisiones y las acciones de la especie humana deben poder consistir en adaptarnos a las leyes de la Tierra y de la naturaleza, que es, en una palabra, adaptar-

19. Cf. Ehrlich, P. E., Ehrlich, A. H., op. cit., 1993, pág. 5.

nos a la fisiología misma de Gaia. Este reconocimiento implica, sin embargo, tres dificultades estrechamente relacionadas:

a) Reconocer y aceptar que el ser humano, en contraste con la historia tradicional de la humanidad occidental, no impone leyes sobre la naturaleza, sino, las obedece; pero esto implica,

b) Una dificultad en la comprensión y en la existencia misma de lo que sea el pensar y el conocer humano. Tradicionalmente Occidente pensó que sólo el individuo piensa y/o conoce. Así por ejemplo, sólo el individuo se equivoca, y sólo el individuo es susceptible de responsabilidad. Esta visión del pensamiento humano es errónea en cuanto que olvida o no puede responder a la pregunta acerca de cómo es posible que una comunidad entera, que la sociedad o que la especie humana piense que, sepa que, o conozca. Este reto forma parte, propiamente hablando de las ciencias cognitivas y de la filosofía de la mente; pero, adicionalmente;

c) La tercera dificultad radica en establecer las posibilidades y el sentido de acciones colectivas, y no ya meramente individuales o grupales. La acción humana fue siempre pensada como teniendo un fundamento individual. Pero se dejó de lado el estudio serio, la consideración cuidadosa de poder hablar primero y emprender también acciones colectivas por parte de toda una cultura, de una sociedad, de un estado. Esta dificultad pertenece a la teoría de la acción colectiva.

Pues bien, mi propia hipótesis es que la Bioética debe abocarse al estudio serio de estas dificultades, tanto más si no quiere ser simplemente una ética deontológica o profesional (que no lo es!). El verdadero, el auténtico reto de la Bioética es, en este punto, el mismo que el de los Derechos Humanos y la Ecología: debemos aprender a pensar de otra manera, no dualista, no binaria, al mismo tiempo que conservamos cuestiones básicas como la identidad lógica, la no-contradicción, y demás. Pero ello es una manera para decir más fuertemente el reto: aprender a vivir de una manera no negativa, vivir sencillamente, y no vivir de

cara a una normatividad específica, a restricciones de tal o cual tipo, a prohibiciones institucionalizadas, etc. Pudiera parecer un truismo, pero mi propia impresión es que aún no hemos terminado de aprender a vivir, aún no hemos aprendido a vivir. Precisamente por ello tan sólo podemos pensar a la salud como distinta de la vida, y como relativa a la enfermedad.

Pero para vivir hay que creer, creer en lo que sea, que sea afirmación de la vida. No simplemente de la vida humana, sino de la vida en general, en la forma en que la conocemos, pero también en otras formas posibles que aún no conocemos - pero que puede ser posible que lleguemos a conocer. Manifiestamente que el fundamento de la razón son las creencias. La ciencia es una creencia como otras. La religión es una creencia como otras (el problema de la racionalidad o la razonabilidad de una creencia, y de un cuerpo de creencias con respecto a otro da lugar a o es el objeto de otra teoría que no puedo tratar aquí por razones de espacio: la teoría de las creencias racionales). Pero al contenido al que apunto es sencillamente que es preciso creer en algo, lo que sea, que sea afirmación de la vida, y eso implica creer en el futuro, en la posibilidad de futuro. Que no es precisamente la necesidad de un u-topos, pero sí de un horizonte de posibilidades.

La otra consideración de lo que sea la salud filosóficamente es la del rechazo a la mentira, al engaño, a la apariencia o a la decepción. Ellas nos enferman. Ellas son la enfermedad misma de la razón, y del corazón. Las ciencias de la salud se han dirigido tradicionalmente al cuerpo del paciente, olvidando, ellas, el corazón del paciente. De poco vale un cuerpo sano con un corazón contaminado. La Bioética debe poder enseñarles a los profesionales de la salud también el sentido y la profundidad del corazón humano. Es a esto a lo que originariamente apuntaba el espíritu filosófico cuando hablaba, por ejemplo con los estoicos, de la salud como el amor a la verdad. Sólo que la verdad se volvió algo trascendente y allende el propio sentimiento. La teología medieval tuvo la culpa de ese desvarío. El amor a la verdad no es, pues, un estado, sino,

como dice J. Patocka, un movimiento: es el movimiento mismo de la existencia humana²⁰, puesto que no es posible vivir sanamente -por lo menos no por mucho tiempo- de espaldas a la verdad, del lado de la mentira o del engaño. En un caso semejante, simplemente terminamos por enfermarnos y morirnos -a menos que la propia mitomanía, por ejemplo, no nos haya matado, socialmente, por ejemplo.

La peor de las muertes no es la muerte física. Pero asimismo, la peor de las enfermedades no son las enfermedades físicas o mentales. Sostener lo contrario sería éticamente irresponsable. Pero es que la salud comienza en el cuerpo, vive en el cuerpo, pero no se funda únicamente en el cuerpo. Manifiestamente que la ética contemporánea ha redescubierto el cuidado de sí mismo como el cuidado del propio cuerpo. Pero la ética debe aún descubrir el lugar y la importancia del corazón. Si la salud es un equilibrio, para el individuo se trata del equilibrio entre su cuerpo y sus emociones, sentimientos y pensamientos. Que no es, en absoluto, el manejo de los sentimientos por parte del pensamiento, y entonces el manejo del propio cuerpo en un sentido causal. Para la sociedad, se trata del equilibrio entre el individuo y la propia sociedad. Para la especie humana, hablamos del equilibrio entre la cadena biótica y la propia especie humana. Pero, ¿cómo es posible hablar del corazón humano a nivel de la sociedad y de la especie humana? ¿De qué manera podemos descubrir que el corazón no se agota en el propio pecho, sino que comprende también a las otras formas de vida en el planeta?

Si el coraje humano consiste en saber lo que debemos temer y lo que no; si la sabiduría humana consiste en reconocer los propios límites de la razón humana, análogamente podemos pensar sensatamente que la salud humana no es sin un principio de coraje y sin un principio de sabiduría. Quizás algunos así lo reconozcan o lo reconozcamos. Pero el problema apenas comienza.

20. Cf. J. Patocka, *Le monde naturel et le mouvement de l'existence humaine*, Ed. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht/Boston/London, 1988.

HACIA UN ETHOS SANITARIO

Gustavo García Cardona

Universidad El Bosque, Santafé de Bogotá, Colombia

LA NOCIÓN DE ETHOS

En el ámbito de la cultura el, Ethos (costumbre) se hereda y se va **E** configurando como una paulatina y progresiva conquista del ser humano en el mismo proceso de su vida.

Ethos es considerado como una “segunda naturaleza”, puesto que se trata de un conjunto armónico de hábitos en virtud de los cuales determinado grupo de personas, circunscrito en un ambiente o época concreta, se apropia y construye una identidad dinámica, cualitativa colectiva y diferenciada; al mismo tiempo, modifica paulatinamente su propio carácter o naturaleza como seres individuales y sociales.

Las costumbres no son simples repeticiones o reiteraciones de actos (rutina), sino que se comprenden como una dinámica cotidiana y consciente, inscrita, normatizada, articulada y orientada por un sistema

compartido de conductas o estilos de vida que han sido convencionalmente contruidos, definidos, adoptados y exigítivamente propuestos, ya que, tradicional o históricamente, han mostrado su conveniencia, su capacidad vinculante, y su fuerza promotora de enriquecimiento cualitativo de la comunidad, de su identidad.

Las costumbres son una alternativa para consolidar acciones individuales definidas como preferenciales, con base en un “deber ser”, o conjunto de ideales compartidos que van marcando el proyecto histórico del grupo humano en referencia, que contribuyen igualmente a garantizar su continuidad histórica y mejores condiciones de convivencia.

Estos sistemas de actos son considerados “valiosos” y sus ejercicios habituales al ser, diferenciadamente caracterizados por su condición cualitativa, se han denominado “VIRTUDES”.

Las virtudes son los referentes éticos de las costumbres. Las virtudes son como opciones de vida que el hombre, en su condición perfectible, va asumiendo al apropiarse de hábitos que modifican cualitativamente su ser en coherencia con sus más profundos anhelos, ideales, personales y sociales, e inclusive con las necesidades compartidas, para vivir mejor (calidad de vida).

Las virtudes como alternativas de perfeccionamiento, no son innatas, no nacen en nosotros en pro ni en contra de la naturaleza; sino que siendo nosotros capaces por naturaleza de acceder a ellas, las vamos interiorizando a partir de las costumbres.

En un grupo humano la vivencia acostumbrada de las virtudes ya definidas y consideradas convencionalmente por el grupo y reconocidas como legado cultural, constituyen el Ethos de esa comunidad. Por ello, Homero afirmaba el Ethos como un “*lugar habitado*”, haciendo clara referencia al carácter humano de un sitio o ambiente recreado

transformado y diferenciado por el mismo grupo humano que lo habita (hábitat); hoy diríamos, transfondos éticos de la Ecología humana (OIKOS HUMANO).

Zenón, por su parte, se refiere al Ethos como una *“fuente de vida de la que fluyen actos singulares”*. Zenón alude al carácter original y originante de “lo humano” como horizonte supremo del que se derivan sistemas de actos enraizados en los diferentes estilos de vida (culturas) que afincan y determinan, en su particularidad espacio-temporal, los comportamientos individuales y colectivos más apreciados por la comunidad.

Aristóteles insiste en que Ethos es *“modo de ser, carácter, temperamento”*. Virtudes éticas son aquellas que se realizan en la práctica y que como término medio, entre el exceso y el defecto, buscan conseguir un fin; típicamente humano. En esta perspectiva, se cualifica una acción en cuanto ésta sea expresión excelente del modo de ser humano, en perspectiva finalística: proceso dinámico de crecimiento dirigido hacia la realización de su plenitud ontológica; del orden humano de la vida. Las virtudes se originan directamente en las costumbres y son definidas y delineadas cualitativamente por las mismas tendencias y las necesidades humanas. Hoy diríamos, que son correlatos de la orientación intencional humana.

En todo caso, el Ethos (y su correspondiente latino *Mos*) nos ubican las costumbres en el ámbito ético-moral de lo humano propiamente tal.

Así mismo, Ethos hace referencia a prácticas sociales o activos niveles de concreción, normatizados moralmente: la actividad humana en función de la moral se constituye por normas, costumbres, formas de vida mostradas, bien sea como deseables preferidas obligatorias, orientadoras y vinculantes, o porque tradicionalmente han mostrado con creces su conveniencia.

Ahora bien, la moral constituye el referente u objeto de reflexión crítica propio de la ética. La ética no se propone expresamente dirigir o exigir determinada actividad de la vida humana (moral) sino de explicarla, comprenderla o fundamentarla críticamente. La ética tiene en la moral su objeto de reflexión y su referente concreto, al examinarla críticamente. Por ello decimos, que no hay ética sin moral, pero la moral sin ética es insuficiente o reduccionista.

Del comercio constante y la tensión dinámica entre ética y moral no puede resultar una sobreestimación del carácter práctico-exigativo de la acción considerada humana (moralismo o legalidad), ni polarizarse tampoco exclusivamente al horizonte proyectivo de la acción humana ("hacerse tarea"). Si no que se debe procurar la constante articulación entre lo exigitivo y lo proyectivo (debe ser), en procura de ideales razonables compartidos de convivencia y crecimiento.

Sin embargo, cabe la pregunta por las consecuencias prácticas de las teorías Éticas. Aránguren decía que la *"Ética es la moral pensada y la moral es la Ética vivida"*. En todo caso, ningún discurso ético en sí mismo implica o exige determinada acción concreta o costumbre alguna; sino que las asume reflexiva y críticamente con base en su posible coherencia con la exploración filosófica del bien humano (Razón Práctica).

Todo lo anterior implica, en el terreno sanitario, no solo el debate acerca de la salud en el campo de las relaciones ente lo ético y lo moral; sino, en este mismo sentido, caracterizar la pregunta o el problema por los referentes, estatus, o niveles de distinción en lo ético y lo moral en lo relativo a la consideración del tema relativo a *"la construcción de un Ethos sanitario"*.

En todo caso, la ética como discurso, por su peculiar objeto y método, es excepcional, por la multiplicidad de vinculaciones con los

diferentes modos de conocimiento y acciones humanas de los que se ocupa como sus objetos de reflexión crítica.

Las múltiples interacciones humanas en el terreno sanitario encuentran un espacio común de reflexión en el horizonte Etico-moral de la acción humana.

La Etica en salud, como referente crítico de la moral sanitaria procura ayudar a buscar, construir y descubrir sentido como un lugar de síntesis, proyección y complementariedad entre la explicación de las circunstancias que preceden los fenómenos o problemas sanitarios (causalidad) y la comprensión (interpretación) de las conductas que les son inherentes en sus dimensiones personales y comunitarias, en el contexto legítimo de un modo de apropiación humana del mundo de la vida en procura de una sociedad saludable, sana, como expresión, condición y fruto de mejores condiciones de vida posibles y del bien común en general.

La salud como problema Etico, como deber-ser humano, es algo posible de ser captado como un tipo de saber que busca contribuir a fundamentar, describir, organizar interpretar y comprender otras dimensiones morales de la experiencia humana. Se trata de valorar la salud (la "higiene como virtud"), como esa parte de la realidad que nosotros vamos recreando al ir haciéndonos nosotros mismos saludables en corresponsabilidad con los demás.

Por ello, la ética de la salud en su tarea crítica pone en evidencia el problema de la relación entre el comportamiento moral de los individuos y las necesidades sociales (Ethos y Justicia Sanitaria); en este contexto estudia los criterios en virtud de los cuales la salud es una forma de conducta humana que los hombres consideran necesaria, valiosa, u obligatoria. El Ethos Sanitario hace referencia a los actos humanos que afectan concretamente, no solo a la salud de quien los realiza, sino la de

los otros que lo rodean (familia, grupo social, ciudad, Estado, humanidad, etc.) y de las circunstancias ambientales que le son inherentes.

En relación con la salud como factor de convivencia, las virtudes o los valores éticos no los poseen los objetos “de por-sí” o los sujetos aislados, sino gracias a la condición interactiva y social del hombre; con esto queremos decir, que es la comunidad concreta, la sociedad, quien hacen “objetivas” determinadas conductas o circunstancias coherentes o no con la salud como un valor. O sea que los valores y virtudes humanas en el terreno sanitario existen objetivamente pero, en cuanto “objetividad social”, solo se dan o se realizan en el mundo social.

La salud como hecho moral se constata por consenso histórico: existe una constancia histórica de la sanidad, como estimativa moral. En toda cultura se construyen juicios de valor (aceptación o rechazo social) ya que todo grupo humano en su identidad, se percibe objetivamente como un conjunto de acciones normatizadas y valoradas en coherencia con sus mismos propósitos e ideales, en virtud de los cuales cada uno de nosotros experimenta gran estima, aceptación, o rechazo a sus acciones concretas por parte de sus congéneres, por ejemplo, conductas alimenticias, manejo de desperdicios, drogadicción, servicios públicos (agua potable, alcantarillado) criterios epidemiológicos, población marginal, hacinamiento, vivienda, control ambiental, contaminación, etc.

En términos del salubrista, esto quiere decir, que en la perspectiva del actuar humano, en el orden moral, el Ethos Sanitario opera como contexto (social y natural) en el que se presenta como totalidad el conjunto de circunstancias materiales y formales de la acción saludable, pero no sólo como una exterioridad dinámica de circunstancias normativas cambiantes (contexto salubrista), sino también como actitudes, convicciones, hábitos, compromisos y conductas consideradas saludables, sanas.

El Ethos sanitario procede en la constante articulación entre hábitos y actitudes, en contextos favorables a la salud.

NOCIÓN DE ETHOS SANITARIO

Bioética y Salud

La noción de "Ethos Sanitario" se enmarca en la Macrobioética; en esta perspectiva de "calidad de vida" expresa el constante esfuerzo individual y comunitario por alcanzar y mantener la salud. Una de las grandes empresas de la cultura en todas las épocas de la historia ha sido, por otro lado, la comprensión de esta noción: ¿Qué es la salud?.

Las condiciones de vida son al mismo tiempo causa y consecuencia de la salud, o mejor, de una vida sana. Se postula, entonces, este ideal como valor, con la fuerza de imperativo moral, con obligatoriedad individual y colectiva de su vivencia como virtud.

No es concebible, en concreto, la dignidad del hombre sin el ejercicio de una vida sana como Derecho fundamental.

Sin embargo, se constata históricamente una pluralidad de conceptos en torno a la salud, que es fruto no sólo de las necesidades o condiciones de cada época, sino también de ciertos intereses de tipo ideológico. Por eso, es muy difícil plantear en términos de exactitud su significado; en este sentido, resulta importante la realización de un recorrido histórico que nos acerque al carácter problemático de la noción de salud y a sus distintas formas de intencionalidad y exigencias derivadas como alternativa para intentar una aproximación crítica a lo que pudiéramos afirmar hoy de un Ethos sanitario, la normatividad, la responsabilidad y los compromisos inherentes, de allí derivables en términos de interacción hombre-hombre y hombre-naturaleza.

Salud y Enfermedad

Ni la salud ni la enfermedad son conceptos claros, estables, universales. En relación con lo anterior, salud y enfermedad están signados por los relativismos culturales, por las variaciones de los procesos históricos, por el papel social de la enfermedad y, ante todo, por las diferencias de ideales y de perspectivas implícitas desde el punto de vista de la autocomprensión del hombre, de su ser y de su deber ser.

De todos modos, cabe la pregunta: ¿Salud y enfermedad, son realmente excluyentes? ¿se puede pensar con rigor y seriedad la salud como la ausencia de enfermedad, y la enfermedad como carencia de salud? ¿es necesariamente lo patológico, anormal, y la salud, lo normal?.

Referente antropológico-social y medicalización de la salud

Es indiscutible el papel trascendental que la Medicina ha ejercido sobre la salud. La antropología médica define al hombre como una unidad Bio-psico-social. Desde esta perspectiva, la salud es cierta condición de calidad de esa unidad que es el hombre. Salud es calidad de vida del hombre, o por lo menos, aquellas condiciones fundamentales e insoslayables que la hacen posible.

Sin embargo, cuando se intenta caracterizar esa condición cualitativa, se asimila a la idea de “completo bienestar”.

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la Organización Panamericana de la Salud, (OPS), la definen como: “El completo bienestar Biopsicosocial”. A simple vista tal definición no parece problemática, hasta cuando intentamos saber qué significa “completo bienestar”.

El ser humano es una estructura inconclusa, es un ser insatisfecho, creador permanente de necesidades, así como de preferencias. Aquí cabe la pregunta: ¿Es concebible un *completo bienestar* a nivel humano?

En un sentido positivo, aquí la salud sería como un horizonte concreto de la capacidad humana de auto-creación.

Negativamente, la salud se estaría afirmando como lo contrario de la enfermedad, ya que la enfermedad no sería propiamente un estado de bienestar, sino la carencia de bienestar.

Al examinar el asunto desde el punto de vista ético-moral, nos encontramos con que esta tesis constituye una actualización del clásico ideal del epicúreo para el cual, bienestar sería la vivencia o el ejercicio transitorio, o preferentemente estable, del placer, de la condición de disfrute positivo de la vida. La enfermedad, el dolor, sería todo lo contrario, su negación.

Ahora bien, la sociedad contemporánea es básicamente hedonista, ya que consagra mediante la llamada cultura o civilización del consumo, la materialización del placer.

Se trata de la búsqueda sistemática de objetos o cosas satisfactorias, para un ilimitado sistema de necesidades materiales, creadas éstas artificialmente y supuestamente satisfactorias. Pensemos, ahora, lo que significa la salud en el contexto actual:

La salud ha venido a constituir hoy uno de tantos objetos satisfactorios subordinados a la demanda del mercado; esto se hace explícito en la concepción neo-liberal de la profesión médica, al medicalizar la salud, polarizándola hacia su perspectiva curativa. Esta concepción consagra una relación instrumentalizada entre médicos, enfermos, instituciones de salud, sistemas y políticas oficiales y privadas.

Veamos, por ejemplo, los costos, la creciente positivización del acto médico, en general su deshumanización. El hombre queda totalmente instrumentalizado o caracterizado por la satisfactoriedad puramente objetual y la discriminación socioeconómica del servicio.

En la sociedad de consumo este sistema de objetos, su posibilidad de producirlos y consumirlos, la creación de condiciones de acceso a ellos, constituyen hoy la noción de desarrollo y de bienestar de un pueblo: producir y consumir han invadido totalmente el proyecto de vida del ser humano. Desde allí se definen lo político, lo social, lo económico, lo histórico, lo jurídico, en fin, lo sanitario.

El problema, en esta perspectiva, y en el mejor de los casos, sería establecer la coherencia, la articulación equitativa de participación individual y colectiva en este sistema de bienes materiales. Uno de los cuales sería la salud (justicia distributiva).

La teoría ética del utilitarismo es en el mundo contemporáneo, uno de los intentos que más influencia ha tenido como alternativa para la superación del conflicto de intereses que plantea la naturaleza egoísta y posesiva del hombre.

A este respecto se ha postulado la máxima utilitaria como ideal ético y factor normativo por excelencia para la convivencia humana: "El mayor número de placer (felicidad-bienestar) para el mayor número de personas" (Stuart Mill-Jeremías Bentham).

Bien sabemos que el utilitarismo como ideal ético constituye el telón de fondo, la teoría básica del liberalismo y neoliberalismo económicos.

El utilitarismo se funda en el hedonismo y pretende, al respecto, el acceso de todos al disfrute de todos los bienes disponibles. Incluimos, en este contexto, las condiciones de participación de las comunidades de los servicios hospitalarios privados o públicos.

La medicina hace aportes incuestionables a la salud y esto debe salvarse y potenciarse; pero una cosa es la indispensable contribución de la Medicina a la salud y otra es la completa o absoluta medicalización de la salud, de la vida y de la muerte.

Pues bien, se ha ido constatando este último hecho, asociado, por otra parte, a la opción profesionalizante del ejercicio de la Medicina y su institucionalización, el arbitrio de las leyes del mercado subordinadas, ahora a emporios y monopolios macroeconómicos, teniendo como base la adscripción del ejercicio de esta profesión al modelo Neo-liberal: la Medicina es hoy una profesión, totalmente incorporada y regida por las leyes del mercado y signada por el hedonismo utilitario de la búsqueda del placer y evitación sistemática del dolor: fruto de la enfermedad.

El ejercicio de la Medicina se polarizó hacia la enfermedad. Se ha consagrado el ejercicio de la Medicina con énfasis en lo curativo. Cada día se hace más urgente insistir en la Medicina preventiva, en el control primario, en una sana definición de políticas de salud, más aún, cuando la enfermedad, los enfermos, las drogas, las instituciones de salud, son sus objetivos, pero todo subordinado al aparato económico, o mejor, a unas leyes del mercado que a ultranza privilegian la "expropiación de la salud misma, en detrimento de la supervivencia de las mayorías".

Sin embargo, si insistimos en el supuesto "completo bienestar biopsicosocial..." preguntamos: ¿Qué es completo bienestar biológico?; así mismo, ¿qué es completo bienestar social?; ¿qué es completo bienestar psíquico?, ¿sabemos qué es lo psíquico, qué es lo social?. Nadie puede pretender bienestar completo en cualesquiera de las tres perspectivas; ahora, ¿cómo o con qué criterio armonizarlas integralmente al interior de la unidad y totalidad que es cada ser humano individual, y además hacerlo en la complejísima red del tejido social?

De acuerdo con lo anterior, lo paradójico es que con base en esta definición de salud, nadie puede definirse en estado de perfecto o “completo bienestar, biopsicosocial”, así ¡todos estaríamos enfermos!, asunto que divide la misma medicina en preventiva y curativa, dejando la preventiva como un ideal romántico, de menor rango científico, pero sobre todo muy poco lucrativa: ¿quién invierte, gasta o acude a médicos o instituciones de salud cuando está sano?. Esta actitud, generalizada entre nosotros, es una explícita constatación de “yatrogenesis social y cultural”.

Ahora, en relación con la salud, ¿el bienestar no sería causa de la salud sino, más bien un preciado fruto ulterior de la salud misma?

Lo que realmente se obtendría como resultado de esto, sería un ocultamiento del carácter positivo e intrínseco de la condición biológica de la enfermedad y la condición humana del sufrimiento como vivencia (“matar el dolor”, en la concepción de Iván Illich); con más énfasis, estaríamos propugnando el carácter enajenante de una cultura o sociedad anestesiada, como otra forma caracterizada de insensibilidad individual y colectiva.

Sin embargo, no se trata ahora de negar el carácter positivo de la Medicina curativa en sí misma ni del derecho del enfermo a ser atendido con calidad, o a la disposición de los recursos, mecanismos, políticas en este sentido requeridos para garantizar una mayor y mejor cobertura; sólo que no puede esto erigirse en criterio absoluto para la idea de salud en general, y la de Medicina en particular, máxime cuando su ejercicio esté determinado totalmente por el carácter lucrativo en creciente positivización e instrumentalización, alienantes, tanto del médico, como del paciente.

La Medicina curativa como horizonte absoluto para la interpretación y el ejercicio cabal de la salud, resulta una concepción reduccionista, realmente empobrecedora y curiosamente paliativa, pues siempre

atacará la enfermedad en sí misma, y no probablemente en su sentido integral, aquello que la causa propiamente, al excluir los contextos de las diversas patologías.

Sería privilegiar una medicina privada con la etiqueta de “social”; más que social, masificada, subordinada totalmente a un modelo particular de racionalidad económica, tecnocrática; en breves palabras, a una medicalización de la salud como bien rentable, lucrativo y explotable como cualquier mercancía u objeto de compra-venta.

Al recoger lo anterior de este apartado, estaríamos hablando:

1. De una definición ideológica de salud al arbitrio de múltiples intereses individuales.
2. Del bienestar como expresión ideal del hedonismo.
3. De un bien material disfrutado “deseable como cualquier otro objeto de consumo”.
4. De una sociedad utilitaria sustentada en el criterio de matar el dolor, la afección y evitar el sufrimiento. Se trata de una concepción maniquea que opone diametralmente salud vs. enfermedad, como el bien al mal, respectivamente (Iván Illich), y que reclama el tipo de medicina correspondiente.
5. De la evidencia una crisis de sensibilidad en constante crecimiento. Sociedad anestesiada.
6. Al constatarse lo anterior, planteámos una salud escamoteada puesto que:
 - Se subordina la noción de salud a modelos económicos desarrollistas: la salud es uno de los objetos más preciados, deseables y costosos en el

mercado, que hay que tener, comprar, vender, consumir y prepagar; como cualquier otro objeto o cosa satisfactoria *“la salud se volvió cosa”*. Recordemos aquí la creciente positivización de la Medicina que reduce paulatinamente al ser humano a caso, patología, cuadro clínico, dato estadístico, objeto de conocimiento para la cura... en fin, el positivismo médico.

- Así, curiosamente, la salud se convierte en una expectativa constante de respuesta satisfactoria a una salud ya perdida.
- La salud queda cautiva, no solamente de la existencia de la enfermedad, sino también de las condiciones socioeconómicas del enfermo, asunto que conduce necesariamente a una mayor dependencia paciente-terapeuta y de las instituciones hospitalarias erigidas como los “templos de la salud”.
- La explotación del acto médico y del individualismo en su ejercicio (profesión liberal), y la potenciación de modelos cualitativamente discriminatorios: el acto médico lucrativo, el acto médico caritativo. El mejor médico, la mejor clínica, son los que más dinero cobran; así mismo el derecho y libertad del enfermo para ser atendido de un modo adecuado depende de su capacidad de pago. El servicio de caridad es malo, es una limosna para los pobres, la Medicina para los pobres es una pobre Medicina.

Así, ni la Medicina ni la salud resultarán, precisamente, horizontes vinculantes, factores de integración y de encuentro solidario en la comunidad, sino factores de poder, de explotación, de discriminación y de utilización del enfermo como dato cognoscitivo, caso, recurso... objeto de conocimiento.

- Este tipo de “salud” se convierte paradójicamente en la consagración de monopolios como la “benemérita industria farmacéutica”, en

frase de Fergusson, y la potenciación de la fármaco-dependencia (hay drogas para todo). Los grandes emporios o empresas comerciales (clínicas, medicinas prepagadas) con grandes inversiones y sofisticados aparatos que hacen la medicina más costosa.

- Pone en perspectiva la yatrogénesis individual, social y cultural, que es fruto de una medicina patológicamente concebida. La salud va quedando confinada y cautiva en clínicas y hospitales; en fin, se trata de una salud enferma.
- La Medicina y la salud, de ella dependientes, deben subordinarse totalmente a los modelos macro económicos de desarrollo, y competitividad. Factores que potencian al máximo la Medicina especializada, no sólo por sus altos costos (problema de accesibilidad), sino también que van alejando de su perspectiva la visión integral del ser humano y de la sociedad. Al masificarse el modelo, la cobertura crece en proporción inversa a la calidad de los servicios ofrecidos o disponibles.
- Cabe aquí preguntar: ¿tiene sentido definir salud totalmente, con respecto a la enfermedad? (ausencia de enfermedad). Epistemo-lógicamente, ¿se puede trazar una frontera precisa entre lo normal y lo patológico? ¿sería la enfermedad realmente "carencia de bienestar biopsicosocial"?
- En este contexto, ¿puede deducirse o proclamarse un Ethos Sanitario?. Las circunstancias aquí anotadas, más bien apuntan a la carencia de un Ethos Sanitario.

HACIA UN ETHOS SANITARIO

En primera instancia, debemos referirnos a la salud en un marco axiológico.

Aristóteles hablaba de la “Higieia como virtud” en el marco de la costumbre, de las actitudes, hábitos en el sentido de la finalidad del hombre, la sociedad y la naturaleza imbricados en su coexistencia, en la perspectiva de la cabal realización de cada uno, de su ser. Platón hacía la sugerencia de la relación integral mente-cuerpo sanos y planteaba el fortalecimiento físico de este último.

En términos comunitarios, la relacionalidad entre los seres no sólo supone e implica una teleología integracionista (hoy diríamos comunidad de fines) que se hace explícita en esa dinámica o movimiento natural de cada ser a la realización de su perfección, en un medio propicio, del ejercicio pleno de su modo de ser, o mejor de su cualidad o plenitud ontológica, como lo propio o particular de cada uno, sino que en términos de totalidad-cosmos se trata de una tendencia natural de todos los seres hacia una belleza, un orden, una armonía consistente en que cada uno pueda realizar el ser que le corresponde ser, sin interferir a ningún otro; que cada uno en su dinámica tienda a ocupar el lugar de su perfección (Dike-Justicia), sin desplazar tampoco a ningún otro ser, asunto que produciría un tremendo desorden, una anarquía.

Vemos el cosmos de la vida como una totalidad dinámica, como una tendencia natural hacia un estado de equilibrio dinámico en las relaciones entre todos los seres o entes que lo integran. Aquí, para efectos de la consideración del Ehtos sanitario, encontramos una propuesta típicamente ecológica, enraizada en la ubicación, función y finalidad de todos y cada uno de los seres que constituyen el universo vital y que tienen el lugar adecuado que les corresponde en el mismo, por justicia; sólo es posible la relacionalidad a partir de la realización excelente de la

identidad o esencia de cada ente, de su realización plena (de su propia salud) como aporte a la vida total.

En este contexto, agresión, violencia o injusticia, serían, precisamente, todos los actos que impliquen la negación de los diversos modos de ser de la vida, o de las condiciones que la hacen posible. Desde este punto de vista, *la salud sería una tendencia dinámica y constante hacia un estado de equilibrio entre las relaciones del hombre consigo mismo, con los demás y con la naturaleza*. Se ofrecería aquí esa noción de equilibrio dinámico en tres perspectivas, individual, social y ambiental.

En la cuestión del Ethos Sanitario significaría que *la salud es como la existencia plena de un conjunto de condiciones estables para que se produzcan a cabalidad los dinamismos biológicos en las diferentes dimensiones que los caracterizan y se integren en equilibrio (Homeóstasis Dinámica)*.

Ahora bien, un sistema de salud como expresión del Ethos Sanitario, es el reflejo y la vivencia de una sensibilidad especial y cotidiana ante los diferentes modos adecuados de interacción biológica y que son asumidos como imperativos de acción y que hacen posible la calidad natural de la vida.

La cura es salud, pero en el sentido positivo del cuidado, la prevención y la protección de la vida en sí misma, en sus múltiples manifestaciones que involucran la interdependencia de lo biótico con lo abiótico, "ambiente". Esto involucra, en el interior de toda realidad biológica, tanto la salud como la enfermedad.

La salud como actitud y como pedagogía consiste en la tarea que el hombre debe asumir para sensibilizarse y contribuir con su propia vida sana, a la creación y la realización de las condiciones adecuadas y coherentes con los modos, o diferentes estados de la vida en que conviven y se circunscriben todos los miembros de la comunidad en un contexto específico.

La sanidad como expresión del Ethos sanitario es toda forma de comportamiento estable (costumbres) que protege la vida y todo aquello de lo que depende, y la hace viable "hábitat", para la cabal realización de los diferentes ciclos biológicos, en la perspectiva constante de la coherencia con la dignidad de la persona humana y la dignidad de la naturaleza.

Recogiendo un poco este apartado, podría entenderse como salud la *creación de condición naturales y culturales de un sistema biológico para que funcione adecuadamente como tal.*

En este sistema intervienen indistintamente salud y enfermedad, así como en el ciclo biológico intervienen nacimiento y muerte, en un dinamismo constante de equilibrio dinámico.

También hace parte del Ethos Sanitario el compromiso con las futuras generaciones pues "No hemos heredado la naturaleza de nuestros padres sino que la hemos tomado prestada de nuestros hijos". Aquí es imprescindible, por lo menos, la existencia y cabal cumplimiento del derecho generacional.

BIOÉTICA Y SISTEMAS DE SALUD

Se debe contar, antes que nada, con una conciencia, unos imperativos, unas actitudes y unos mecanismos concretos que hagan posible la sanidad y la disposición de lo que sea necesario para la determinación de ambientes sanos. En el contexto médico, a esto se le denomina atención primaria.

En términos de justicia sanitaria todo sistema de salud debe propiciar un sistema estructurante, organicístico y equitativo para la asignación de recursos y distribución de servicios en términos de cobertura y calidad. También se hace indispensable el conocimiento de la inter-

dependencia y la economía de las relaciones medio ambiente-sujeto y viceversa, medio ambiente y comunidad y viceversa, en términos de causa-efecto.

Todo esto, en la perspectiva de definición de criterios, políticas y estrategias para el mantenimiento del equilibrio dinámico entre el hombre y el medio ambiente y los hombres entre sí (Ecología Humana).

DIFERENTES SISTEMAS DE SALUD

Capitalismo salvaje

Se trata de un "laissez-faire" regido totalmente por las condiciones propuestas o posibilidades de cada uno. El Estado deja en manos de las organizaciones privadas la libertad y la capacidad para la prestación de todo tipo de sistemas de salubridad. Este sistema siempre tiende a privilegiar el ejercicio lucrativo de la medicina, con las consecuencias ya anotadas más arriba. Para ejercer tal libertad y derecho, se debe tener con qué pagar, en subordinación a las leyes del mercado.

Sistema libre-humanitario

La responsabilidad en el terreno de la salud es compartida igualmente por el Estado y los servicios privados o particulares, teniendo como destinatarios los que no pueden o sí pueden pagar, respectivamente. Coexisten lo oficial y lo privado. Sin embargo, este sistema mantiene la tendencia hacia la consolidación de la Medicina curativa y privada. Esta Medicina se impone, a la postre, ante la ineficiencia del Estado.

Sistema social puro

Todos tienen acceso por igual, tanto a los servicios y cobertura en los ordenes preventivo y curativo, como también a la participación comunitaria en la búsqueda de alternativas para la construcción de

modelos preventivos, y en su vivencia, inculturación, control y continuidad adecuada a sus necesidades, según los mismos criterios de los habitantes que integran la respectiva comunidad.

Sistema social libre

Los acoge a todos pero tolera lo privado.

ACTITUDES Y CRITERIOS PARA ASUMIR UN ETHOS SANITARIO

Se entiende como actitud, la vivencia permanente de los principios éticosanitarios fundamentales que deben ser interiorizados, asumidos y vividos por los individuos y la comunidad en general. Estos principios deben ser tenidos como los más importantes y deben acompañar, orientar y normatizar la praxis cotidiana individual y comunitaria. Estos principios, son: el bien común, la justicia, la educación, la solidaridad, la beneficencia, la participación comunitaria, el reconocimiento de las necesidades y la interdependencia activa en los escenarios concretos de los diferentes actores y elementos constitutivos de los diferentes ambientes (conciencia ecológica), la definición criterios de para la protección de la naturaleza. El principio, por excelencia, es un gran respeto y valoración de la vida como valor supremo y, en particular, la dignidad de la persona humana. Finalmente el principio de articulación necesaria entre Ecología, Economía y Ética así como el ejercicio de liderazgo de todo tipo para la construcción de ambientes sanos.

ETHOS SANITARIO Y SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El Ethos Sanitario se inscribe en el campo de la Macrobioética, la cual se ocupa de los problemas de la vida, tanto a nivel individual como a nivel general y global.

En este contexto, la pregunta, por las políticas sanitarias es un problema macrobioético. La cuestión que atañe a esta pregunta, es si la asistencia sanitaria ha de estar cubierta o no y hasta dónde, por el Estado. O mejor, cuál es el papel que debe desempeñar el Estado en relación con la salubridad pública (y qué se entiende por ésta).

El horizonte de estos interrogantes, apunta por otro lado, a la salud en el ámbito equitativo del principio de igualdad de oportunidades: ¿la asistencia sanitaria es cuestión pública, de beneficencia, privada o pública? (Justicia Sanitaria).

En el orden político el asunto es relativo a la justicia distributiva y social. Se trata de un servicio cuyo ideal apunta, no sólo a una cobertura total, sino también indiscriminada y de indiscutible calidad.

Sin embargo, siempre se entrelaza aquí el problema de la insuficiencia de recursos, asunto que remite necesariamente al problema de las condiciones de distribución de recursos de acceso y a los criterios que el Estado formulará para tal cobertura.

De cara al Ethos sanitario, aquí los dilemas son mucho más profundos: Sin un antecedente educativo, que ponga al interior de las comunidades, en términos de costumbridad, los hábitos y actitudes sanitarias, las condiciones alimenticias, los ambientes naturales higiénicos, el equilibrio mental en la población, o mejor, la instauración en la comunidad de los comportamientos individual y colectivo previos en coherencia con la salud (higiene como virtud), ¿cómo dar el salto abismal y abrupto a una propuesta y aplicación inmediata de la salud en un sistema de "seguridad social"? Se trataría aquí tan solo de un problema de cobertura, asociado a una propuesta clínico-curativa, con población cautiva (los enfermos) y dosificado (los que pueden acceder al servicio). Estaríamos hablando simplemente de la posibilidad de dosificar el sistema curativo y no propiamente de salud en su sentido más profundo (de la racionalidad al racionamiento).

¿Qué sistema hospitalario o económico podría soportar, y hasta dónde, tal condición? y qué calidad puede garantizar al masificarse dándose por descontada la limitación o precariedad de recursos?

Lo que aquí queremos sostener, es que el Ethos Sanitario es antecedente y consecuente cultural inexcusable e insustituible en la perspectiva de una razonable política sanitaria y de la aplicación eficiente de cualquier sistema de seguridad social en salud.

Una política sanitaria que no prevea en la comunidad total la existencia colectiva de un comportamiento de la población que se inscribiera por lo menos en el nivel del control primario en salud, y lo asumiera como compromiso, no solo sería una política precaria, reduccionista y contradictoria, sino también abocada al fracaso ruinoso, máxime si se presume la exigida correspondencia entre cobertura, curación, rentabilidad económica y disponibilidad permanente de recursos.

Sin ello, aquí lo que necesariamente se sacrificará es la calidad y de pronto la salud misma.

Por ello, el horizonte preventivo debe invadir y permear todo el ambiente cultural, como constante actitudinal colectiva. Las políticas y ejecutorias del Estado en el terreno sanitario deben aproximarse sistemáticamente a los diferentes grupos humanos (inculturarse), reconociendo su identidad, sus contextos, problemas, expectativas, costumbres y aún su lenguaje.

El asunto planteado implica, además, que esta problemática no es asimilable al tema de la medicalización de la salud, e invita, más bien, al compromiso educativo, en primera instancia de todos los sujetos, procesos y políticas involucradas en el sector salud, pasando por los educadores a todo nivel, los sectores de la economía y la industria, los padres de familia, los médicos, enfermeras, odontólogos, profesionales

en general. Vale decir, que el problema de la salud es estructural e interdisciplinario. Es un lugar permanente de convocatoria a las diferencias.

En este punto revertimos la pregunta hacia la exigencia y precisión de la educabilidad de la población en salud.

La consolidación del Ethos sanitario reclama la instancia educativa como alternativa previa para la definición cultural del necesario arraigo de cualquier proyecto sanitario.

En nuestro medio, la educación en salud es francamente lamentable. La salud como objetivo cultural debiera ser imperativo fundamental de cualquier proyecto educativo que busque realmente la formación integral.

Por simple sentido común es mejor “trancar la puerta que sacar al ladrón”; es mejor prevenir, con condiciones de protección sanitaria, que curar masivamente a los ya enfermos; así, la simple cobertura que no es propiamente sanitaria, sino curativa, seguirá siendo un paliativo.

Otro contrasentido del problema es el desarraigo de las instituciones de salud de los contextos o rasgos culturales y perfiles idiosincráticos de quienes acceden a ellos (enfermos). Existió un divorcio, por no decir una dicotomía total entre, las Instituciones de Salud y las comunidades en las que se inscriben y a las que sirven. Sin desmedro, casi podríamos afirmar que nuestra Medicina, que nuestro sistema de salud, estarían *económicamente* enfermos, y culturalmente ausentes de sus contextos comunitarios. Vale decir, que en nuestro medio casi es paradoja afirmable la “patología de la salud”.

Algunos interrogantes

- ¿Cómo, entonces, hablar desde esta situación, de Ethos Sanitario?
- ¿Qué papel e importancia educativa tiene en nuestro contexto la salud?
- ¿Qué actitud acompaña, en este sentido, al Estado, a las instituciones, al sector educativo, a los médicos, a la familia?. ¿Existe alguna actitud, que en los sectores de liderazgo social y político, realmente esté permeada del “Ethos Sanitario”?

Funciones y exigencias de la salud pública frente al Ethos Sanitario

- Educación.
- Promoción de “comportamientos sanos” en los diferentes ambientes culturales.
- Inculturación de los modelos, planes y proyectos de salud.
- Énfasis en las propuestas académicas de programas de salud preventiva, salud familiar y comunitaria, salud profesional y ocupacional, salud ambiental, educación en salud, Bioética, Epidemiología, Control Ambiental, Bioderecho, etc.
- Incorporación sistemática de la comunidad a la configuración, diseño, vivencia y liderazgo de sus propios planes y proyectos de salud.
- En los procesos de investigación en salud, precisión y aplicación de modelos metodológicos de tipo interpretativo, cualitativo, de investigación-acción participativa.
- Superación del modelo utilitario y economicista al precisar supraestructuras, asignar recursos y al definir políticas en salud.
- Relativizar las propuestas pasiva-asistencialista, paternalista y proteccionista en salud procurando alternativas dinámicas interactivas.
- Exigir los cambios curriculares y programáticos necesarios para la formación de los profesionales en salud que requerimos: en particular, los programas de Medicina, Odontología, Enfermería. Explorar

las alternativas interdisciplinarias con las ciencias sociales en general y con la Bioética en particular.

- El Estado debe desarrollar una nueva conciencia ambiental y una gran sensibilidad por el entorno natural que hace posible la vida. Exigir y garantizar, prescriptiva y punitivamente, la defensa de los recursos naturales la biodiversidad. Educar en la ecología y el medio ambiente, atacar agresivamente todo foco de contaminación. Exigir la sanidad de los productos alimenticios, reeducar las costumbres alimenticias. Control sanitario del medio ambiente, construir infraestructuras sanitarias, control epidemiológico.
- Promoción de la justicia social.
- Relativizar, día a día, los exorbitantes gastos en equipos médicos sofisticados, dando prelación al papel educativo de las instituciones de salud en relación con las conductas adecuadas a las dimensiones preventiva, comunitaria, social, familiar y laboral de la salud.

CONDICIONES FAVORABLES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN ETHOS SANITARIO

- Sensibilidad y respeto por la vida, en sus diversas formas de manifestación y todo lo que lo hace posible (entornos).
- Especial consideración por la vida humana, su dignidad personal como sujeto de deberes y derechos.
- Formación, interiorización y vivencia de los valores Etico-morales fundamentales.
- Disponibilidad integrativa y armónica de los miembros de la comunidad para generar proyectos, realizar actividades comunitarias congruentes y la definición consensuada de criterios para realizarlos.
- Apropiación crítica y consciente de las principales necesidades, problemas y expectativas de la comunidad. Actitud constructiva, corresponsable y participativa para plantear alternativas de superación

de los problemas existentes, en particular de sus propios problemas de salud.

- Sentido de pertenencia, voluntad, cambio y espíritu de superación de sus propias dificultades.
- Actitudes de apertura, tolerancia, respeto por las diferencias, capacidad de escuchar y concertar consensuadamente.
- Clima de convivencia y arraigo en la comunidad.
- Conciencia sobre las situaciones concretas de las más frecuentes enfermedades o patologías de la comunidad y de los factores de causalidad y riesgo asociados, existentes en medio de la comunidad.
- Disposición constructiva hacia el estudio y la reflexión en torno a los problemas sanitarios existentes y a sus posibles soluciones.
- Capacitación en trabajo comunitario, para ejercer liderazgo de servicio a la comunidad, e integrar grupos comprometidos y activos para adelantar sus respectivos programas.
- Actitud favorable para colaborar con los expertos en la estructuración y realización de proyectos y programas de salud de acuerdo con las expectativas y necesidades de la comunidad.
- Precisar metodologías y estrategias para el manejo y control de aguas estancadas y residuales (alcantarillados, desagües, etc.)
- Manejo responsable de la disposición de residuos, basuras y excretas.
- Reciclajes.
- Aseo y presentación interior y exterior de las casas, enseres, utensilios, menajes, el cuerpo, y el aseo dental.
- Control de plagas.
- Responsabilidades en la tenencia de animales domésticos.
- Adelantar todos los planes de vacunación con base en lo establecido por los estándares internacionales.
- Arborización, zonas verdes y jardines.
- Seguridad y estética de los caminos peatonales.
- Mejorar las costumbres alimenticias (capacitación).
- Conciencia sobre las situaciones-problema que llevan a problemas de drogadicción y alcoholismo y alternativa para su manejo.

- Promoción de actividades físicas, deportivas y recreativas.
- Superación de las situaciones de violencia intra y extrafamiliar.
- Planteamientos para el manejo del desempleo y el ocio.
- Programación de actividades de integración comunitaria y reflexión sobre sus propios problemas.
- Organización de grupos de base con gran dinamismo.
- Gran cariño y respeto por su entorno y por su comunidad
- Acercamiento del Estado a las comunidades básicas.
- Disponibilidad y actitud de los diferentes funcionarios de los sectores de salud y educación para proyectar sus mejores esfuerzos y recursos hacia la promoción de mejores condiciones de salubridad en las respectivas comunidades.
- Promover la apertura de programas académicos de pre y postgrado enfatizando entre otros, los siguientes temas: educación en salud, salud familiar y comunitaria, dietética y nutrición, sociología y antropología de la salud, salud ambiental, bioética, salud ocupacional, salud e higiene industrial, enfermedades profesionales, seguridad industrial, epidemiología, control de riesgos, ecología, ingeniería sanitaria, ingeniería ambiental y las correspondientes metodologías.
- Inscripción de las instituciones de salud, clínicas, hospitales y centros, en las mismas comunidades a las que sirven. Inculturar sus políticas, planes, proyectos, metodologías y lenguajes.
- Aprender de las experiencias sanitarias exitosas de otros países o lugares, potenciar los ideales preventivos y la Medicina social, familiar, sin extrapolaciones indebidas y sin violentar las propias idiosincrasias.
- No excluir, sin conocimiento de causa, las propuestas surgidas de medicinas alternativas, en particular aquellas de claro arraigo cultural y que han mostrado su eficacia (Homeopatía).
- Hacer, en su oportunidad, la "traducción" del lenguaje técnico o científico de la salud a categorías inteligibles en el entorno cultural respectivo: hablar el lenguaje de los implicados en planes y proyectos de salud para evitar extrañamientos, desarraigos alienantes. Garantizar, además el verdadero sentido social y el arraigo cultural de la salud.

- Mostrar e interiorizar convicciones en torno a las inconveniencias derivadas del comportamiento que son contrarios a la salud, que se van mostrando en las respectivas comunidades.
- Explotar al máximo todos los medios de comunicación disponibles (prensa, radio, TV, libros, folletos, revistas, plegables, videos, cassettes, volantes, etc), que ofrezcan información y formación de actitudes sanitarias en las diversas comunidades.
- Ofrecer en los diferentes niveles cursos de capacitación a las comunidades, en especial a los promotores de salud, sobre todo en los temas preventivos, acciones y estrategias básicas (vg. El niño sano, la salud oral, comida balanceada, inventario de rigor y peligros contra la salud, etc.).
- Destinar los recursos necesarios para financiar todos estos proyectos.
- Llevar todas estas inquietudes a las más altas autoridades sanitarias y foros, con el propósito de motivar nuevas decisiones e integrar nuevos criterios a las políticas de salud en sus diferentes niveles (barrio, municipio, departamento, nación, continente, asociaciones de salud, etc.).

PROYECTO DE SALUD Y BIOÉTICA

La salud es expresión fundamental de una cultura de la vida, vale decir, todo proyecto de salud necesariamente tiene que estar inculturado, o mejor, debe ser raizal: debe ser producto constituido, aplicado y vivido por la misma comunidad a la que está destinado. Jamás debe ser ajeno a la misma comunidad; corresponde en autenticidad a un Ethos cultural concreto.

No existen proyectos de salud cuya legitimidad se funde en una supuesta universalidad, pues tienen que responder a los contextos y situaciones particulares concretas de la cultura o la comunidad que los va a vivir.

Todo proyecto de salud debe tener en cuenta las diferencias, la historia, los perfiles idiosincráticos, las necesidades, los hábitos-instrumen-

tos, el medio ambiente, los recursos, las expectativas y los diferentes modos de convivencia de la comunidad en particular a la que se fuera a aplicar.

Debe potenciar al máximo las exigencias de cuidado y protección de la salud de cada uno, prever los daños ambientales, los procesos contaminantes (aire, agua, tierra). Debe promover un gran respeto por las diferentes especies. Debe diseñar técnicas de reparación de los daños ambientales producidos por la explotación intensiva, los procesos de descertificación, la extinción de especies, la proliferación de focos infecciosos. Debe mejorar al máximo las costumbres alimenticias y de aseo, el cultivo y la protección de la vida, debe desarrollar acciones educativas comunitarias para la prevención de desastres y control de riesgos, según las zonas geográficas y sus peligros, mejoramiento ambiental, etc.

Plantear modelos de comportamiento y planes educativos que permitan tomar conciencia de que no hay vida, ni materia, ni energía que sean propiamente extrañas o ajenas al ser de cada uno (conciencia ambiental y ecológica).

Desarrollar mecanismos restrictivos y motivacionales, a través del Estado o de las instituciones, para los diferentes comportamientos adecuados o contrarios a la vida y a la salud de todos y de cada uno, y a la protección de los recursos naturales.

Un proyecto de salud que no fuere interactivamente planteado y construido con la misma comunidad para la que fue concebido, termina o concluye con el proyecto mismo.

De cara a la salud, los imperativos biológicos que hacen de la biología una ciencia normativa deben nutrir al Ethos Biológico, e invitar al ser humano a vivir su propia existencia en coherencia con la vida misma.

BIBLIOGRAFÍA

- Kieffer, G., *Bioética*, Edit. Alhambra, Mex., 1993.
- Potter, Van R., Global Bioethics, En: *Persp. Biol. Med.* 1995.
- Fried, Ch., *Es posible la libertad*. Edit. Mc Murrin.
- Fried, Ch., *Libertad, igualdad y derecho. La conferencias Tanner sobre Filosofía Moral*. Ariel, Barcelona, 1996.
- Camps, V. *Las Virtudes públicas*, Madris, 1990.
- Illich, I. *Némesis Médica*, Edit. J. Mortiz, Mex. 1978.
- Fergunsson, G. *Enfoque crítico dela Medicina en Colombia*, Univ. Nacional, 1989.
- Canguilem G, *Lo normal y lo patológico*, Edit. Siglo XXI, 1994.
- Foucault, M. *El nacimiento de la Clínica*, Edit. Siglo XXI, 1995.
- Rawls, J. *Teoría de la Justicia*, F. C. E. México, 1993.
- Attali, J. *El orden canibal*, Edit. Planeta, 1992.
- García, D., *Fundamentos de la Bioética*, Madrid, Eudema, 1989.
- Gracia D, Salud, Ecología, Calidad de Vida, En: *Jano*. Vol. 35, 1980

En 1993, la Universidad Central de Venezuela, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, la Oficina Central de Estadísticas e Informática y la OPS(1) realizaron un estudio en dónde se correlacionaron las condiciones de vida de las diferentes parroquias que conforman el país, expresado a través de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), con las estadísticas de mortalidad. Encontramos algo que es totalmente lógico desde el punto de vista epidemiológico, y totalmente injusto con relación a las potencialidades en materia de salud con que nacen las mujeres y los hombres. De ahí, que coincidimos con lo expresado en la Conferencia sobre Justicia Sanitaria, en relación a que debemos tener en cuenta, cuando solicitemos un mayor presupuesto para el sector salud, que este incremento puede ir en detrimento de otros sectores que pueden tener incluso más impacto en salud que la inversión que hagamos a través del sistema asistencial de atención médica.

La distribución de las parroquias evidenció que en la categoría que se sitúa entre 70 y 100% de NBI, en la que vive el 10% de la población venezolana, tienen una mayor probabilidad de problemas ligados con la pobreza, a saber, mortalidad infantil, la que varía entre el 10x1000 a 30x1000 según condiciones de vida. La mortalidad de niños de uno a cuatro años, pasa de 0,25 a 2,5x1000, revelándose en la mortalidad infantil una diferencia tres veces mayor; mientras que en la mortalidad de uno a cuatro años, una diferencia diez veces mayor, pudiéndose concluir, con base en esta relación, que cualquier intervención que se haga en el ámbito escolar, y que no haya sido antecedida por intervenciones en preescolares, ya es tardía pues el efecto de las malas condiciones de vida ya ha producido graves problemas en la salud de los niños. También de esta comparación se puede concluir, que dos de los factores que producen equidad en los menores de un año, serían la lactancia materna y la cobertura universal de inmunizaciones. Además, existe una correlación con la muerte por diarreas y las enfermedades respiratorias agudas, las que se hacen muy evidentes en la mortalidad de uno a cuatro años y en la de menores de un año, y la mortalidad por tuberculosis que llega a

ser 8 veces mayor en las parroquias más postergadas que en las parroquias más desarrolladas; siendo su explicación más importante la carencia de servicios, generando, por lo tanto, diagnósticos tardíos y tratamientos que nunca llegan. Por otro lado, si uno quisiera detectar un caso de tétano neonatal, tendría que irlo a buscar en municipios en donde no hay carreteras y en donde no existe buenas viviendas, donde no hay ningún satisfactor básico, ya que el 80% de los casos de tétano neonatal en Venezuela se encuentra en las parroquias que tienen más del 70% de NBI. Esta diferencia ha sido utilizada como estrategia de los programas de eliminación del tétano neonatal, incluyendo como población objetivo a los municipios con un alto porcentaje de NBI, incluso a veces sin necesidad de que éstos hayan registrado un caso. Al mismo tiempo, en relación a la desnutrición, existen diferencias entre el crecimiento y el desarrollo de niños que viven en el medio rural y niños que viven en la capital, en todas las etapas del crecimiento, evidenciando una desnutrición crónica(2). A este respecto, Méndez Castellano, en Venezuela, demostró que los niños de estratos sociales extremos, llegan a tener hasta siete cms. de diferencia, con respecto a los siete años de edad en su estatura. Estudios hechos por el mismo autor, evidenciaron que en el país los niños crecieron en una media de 2,5 cm por cada década, estimándose que existe 20 años de diferencia en desarrollo biológico entre el estrato 1(estrato alto) y el estrato 5 (3); es decir, que mientras los niños del estrato más alto están en el año 1998, los niños del estrato 5 estarían en el año 1978. También en una evaluación del mismo autor sobre el rendimiento escolar de los niños, se equiparó un niño de 9 años del estrato 1 y 2 con un niño de 13 años en el estrato 5 (4).

En Colombia, el DANE, el Ministerio de Salud y la OPS (5) establecieron la correlación entre las condiciones de vida y las estadísticas de mortalidad, existiendo un 23,1% de municipios que tienen más de 70% de NBI, teniendo éstos la mayor carencia de servicios de recolección de basura, hacinamiento evidente y la mayor inasistencia escolar. La educación secundaria es más prevalente mientras más desarrollado es el

municipio al igual que la educación universitaria; mientras que los anal-fabetas hacen una correlación inversa. Esto, que trae como consecuencia, que estas poblaciones abandonen el campo ya que no se les ha dado condiciones de vida, resultando la migración hacia las grandes ciudades en las que mora el 80% de la población y transformándose de esta forma, nuestros países en países dependientes con agricultura de puertos. En Venezuela, la correlación con las enfermedades transmisibles es clara, ya que pasa del 8% al 26% para los municipios que están entre menos de 20% de NBI. Al compararse con los que tienen más de 80% de NBI (1), en Colombia esta diferencia pasa de 8% para los municipios que tienen menos del 30% de NBI a 10% en los que tienen más del 70% de NBI. La poca correlación existente en Colombia se debería, a que la probabilidad de defunción con certificación médica, es de solo el 28,4% en los municipios con más de 70% de NBI, constituyendo esto una inequidad en el acceso a los servicios de salud, corroborando lo afirmado por el Dr. Fernando Salgado, Director de Servicios del Ministerio de Salud en la Conferencia de Ministros de Países Andinos, realizada en Bogotá en Febrero de este año: la primera causa de muerte de los municipios fronterizos colombianos era desconocida. Además de la diferencia en acceso, los síntomas y estados morbosos mal definidos son más prevalentes en los municipios más postergados, resultando otra injusticia sanitaria de acceso a servicios de calidad. Una de las explicaciones que podrían tener la diferencia en el comportamiento de este tipo de mortalidad en Colombia, estaría en que menos del 5% de los municipios tratan sus aguas residuales y que aproximadamente 14,5 millones de habitantes no cuentan con suministro de agua o reciben agua de muy mala calidad, ya que sólo el 6% de las personas de la población rural la reciben, mientras que en el nivel urbano esto es de casi el 100%. De ahí surge como corolario, que la situación de salud no puede seguir siendo caracterizada con indicadores globales, ya que si decimos que el promedio de mortalidad infantil de los varones en Colombia es de 34/1000, estamos encubriendo que en el Chocó ésta es cercana al 10%. En relación a la expectativa de vida, los varones tienen una expectativa de 67

años, pero en el departamento del Chocó es de sólo 63 años, mientras que en las mujeres es de 74 años y en el Chocó de 69,5, evidenciando estas diferencias, las diferencias de oportunidad de vida de las poblaciones.

Búsqueda del Dorado

El abandono del campo produce migración hacia la ciudad o a nuevas colonizaciones. Así, en Venezuela se obtuvo una correlación entre la búsqueda del oro y el incremento de la Malaria, producida en la década de los 80's, ya que la deuda social acumulada sobre la gente más pobre y del campo produjo esta búsqueda, ocasionando que conforme se incrementó la producción de oro también se incrementó la Malaria, pues al invadir el nicho ecológico se sacó la semilla y se llevó de vuelta a la ciudad, llegando esta a cifras nuevamente, al orden de 50.000 casos, después de haber llegado, ya a cifras de control de menos de 2.000 casos (6). Posterior al año 1991, estas cifras bajaron, producto de un ordenamiento territorial, realizándose una minería que no destruye la ecología, respuesta organizada por la Policía, más que por el sector salud. Además de esta búsqueda del Dorado, otros contingentes migran hacia la gran ciudad, formándose los cordones urbanos marginales. Allí la gente se encuentra con mayores problemas que cuando estaba en el campo, ya que tiene deficiencias en vivienda, saneamiento básico, suministro de agua en calidad y cantidad, servicio de alcantarillado, disposición de basuras y se reproduce el mismo cuadro del ámbito nacional en el ámbito de la ciudad, encontrándose las enfermedades propias de la pobreza en el área marginal. En Caracas se hizo un comparativo en 1987 de lo que sucedía en el municipio de Chacao, contra lo que sucedía en el municipio de Petare (7), encontrándose una mortalidad infantil en Chacao de 7,8/1000 mientras que en Petare era de 49,2/1000. Otro estudio realizado en Barquisimeto, Venezuela (8), encontró la misma correlación del nivel nacional, ya que conforme peores son las condiciones de vida, la mortalidad proporcional de menores de un año es mayor, así

como la mortalidad por causas perinatales y las transmisibles. El bajo peso al nacer en los barrios marginales de Barquisimeto, es casi un 14% (de 2,5 kg), mientras que en los barrios desarrollados este bajo peso al nacer es del 7% y los niños que nacen con menos de 1,5 Kg son cerca del 2% en los barrios que tienen más del 90% de un índice que reflejaba condiciones de vida contra 0,5% en los barrios que tienen menos de 10% del índice. Para encontrar solución a este problema habría que cumplir con los prerequisites de la salud a los que se refiere la Declaración de Ottawa, a saber: la paz, la educación, el ingreso, la vivienda, el saneamiento básico, la seguridad alimentaria, el entorno saludable y la justicia social, así como el acceso al bienestar, tal como lo recomendó la Declaración de Santafé de Bogotá en el año 1992 (9 y 10), ya que si no se alcanzan estos prerequisites de la salud se pueden hacer todas las reformas del sector salud que queramos y no se disminuirán estas brechas. Por otro lado, en Colombia las defunciones ocurren en hospitales o clínicas con mayor probabilidad en las grandes ciudades, así como también en éstas se incrementa la probabilidad de las enfermedades cardiovasculares al igual que el cáncer. Pero a nivel de las grandes ciudades, cuando uno estudia, por ejemplo, el cáncer de cuello uterino, el mayor porcentaje de casos, ocurre en mujeres analfabetas, con pobreza crítica, que inician sus relaciones sexuales a temprana edad, con una alta frecuencia de compañeros sexuales y con un alto número de partos, evidenciándose el ser una enfermedad de la pobreza (11). Además de las enfermedades de la pobreza y de las enfermedades del desarrollo existen, las denominadas enfermedades sociales, producto de condiciones de inseguridad, de falta de tenencia de tierra, de inadecuada vivienda, de ingresos insuficientes y, como consecuencia alcoholismo, drogadicción, enfermedades de transmisión sexual, crímenes y violencia, problemas que afectan más a los estratos sociales más pobres dentro de la gran ciudad. Los accidentes de tránsito que manifiestan la negligencia y la violencia, son la primera causa de años de vida potencialmente perdidos en Venezuela (25%), ya que éstos ocurren fundamentalmente en jóvenes de 15 a 44 años, siendo estos más prevalentes en las grandes

ciudades (12). En Colombia la curva de homicidios tiende a incrementarse en las ciudades intermedias, con un ligero descenso en las grandes ciudades. La mortalidad por violencia hace una presentación bimodal con alta incidencia en las veredas más rurales y en las veredas urbano-marginales. Las primeras se pueden explicar en las masacres de la violencia política y las segundas, en la delincuencia común. También en relación con la violencia hay grandes diferencias, ya que el país tienen una tasa de violencia de 111/100.000 en los varones y de sólo 8/100.000 en las mujeres, no detectándose una correlación entre pobreza y violencia, ya que uno de los departamentos más pobres, como el Chocó tiene la menor violencia, 8/100.000, mientras que Antioquia, la tiene en 179/100.000. Sin embargo, a nivel de la gran ciudad se observa que el gran aporte de los muertos por violencia provienen de los estratos 1 y 2 y del estrato 6, explicado esto, en Cali, por Guerrero, el primero en la guerra de pandillas por el control del patio de expendio de la droga y el otro, en la guerra de capos de las drogas (13). El alcoholismo, así como la drogadicción, también tienen diferencias de incidencia según estratos sociales, siendo los grupos más pobres los más afectados, así como por la calidad de bebida y/o droga utilizada, resultado de la frustración de estos grupos sociales por la falta de oportunidad de vida, facilitándoles este consumo la delincuencia y generando la inseguridad de las grandes ciudades.

En una ciudad, cuando se dice que la expectativa de vida es de un número de años, en promedio, se encubren las diferencias por estratos sociales. Así, en Caracas en el estrato 1 y 2 (estratos más altos), ésta se estimó en 1993 en 74 años, mientras que en el estrato 5, el más pobre, ésta sólo llegó a 64 años (14) y además de las diferencias en expectativas, hay que tomar en consideración las diferencias en calidad de vida. Por eso, cuando se discute la Justicia Sanitaria, hay que identificar muy bien dónde hay que poner la inversión, consensuando si vamos a permitir una morbilidad temprana o vamos a retrasarla para obtener la mayor expectativa de vida, pero con la menor incapacidad. Decisiones

éticas trascendentales en la determinación de la política de salud de un país.

El modelo de Justicia Social de Desarrollo, prevalente en América Latina no es diferente a muchas partes del mundo. Así, en Budapest, la probabilidad de morir temprano y el nivel de educación está claramente correlacionado, ya que en el nivel más alto, morir entre 35 y 64 años es del 26,9%, mientras que en el nivel más bajo es del 36,8% (15). La percepción del estado de salud, según el nivel de educación, en Holanda, es satisfactorio en los que tienen educación superior, y pobre entre los que tienen educación primaria y, en el tiempo en lugar de disminuir estas brechas, aumentan (15). También en Holanda se evidencian diferencias en desórdenes depresivos, en enfermedades somáticas y en enfermedades crónicas, según se esté empleado o desempleado y esta diferencia es mayor en los pobres (16).

Las situaciones descritas nos llevan a concluir que existen dos tipos de inequidades: las inequidades en salud y las inequidades en el acceso a los servicios y, dentro de éstos, las inequidades en el acceso a servicios de calidad. La respuesta de Colombia a las inequidades en salud se plantean en el Plan de Atención Básica –PAB–, en la Salud Pública y en la Estrategia de Municipios Saludables por la Paz. A las inequidades en el acceso a los servicios, se plantean las Leyes 10, 60 y 100, con el propósito de la descentralización y la obtención del aseguramiento universal y el establecimiento de un Plan Obligatorio de Salud –POS.

Dever (17) hace una clasificación de los diferentes problemas de salud de los EEUU y la capacidad resolutoria que tienen los diferentes sistemas: la organización de la atención médica, los cambios de hábitos y los estilos de vida, el mejoramiento ambiental y lo biológico, y establece que, en general un 11% de los problemas de salud lo resuelve el sistema de atención médica, un 43% los cambios de hábitos y estilos de vida, un 19% la intervención ambiental y un 27% lo biológico, siendo

muy probable que en América Latina el mejoramiento ambiental y los cambios de los estilos de vida tienen un mayor impacto resolutivo que los descritos para los EEUU. Sin embargo, cuando se analiza el gasto en salud en 1995 del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, el 83,5% de la inversión era para el sistema de atención médica, un 16,3% para los programas de Salud Pública y sólo un 0,3% para la Promoción de la Salud constituyendo esta inversión el 7% del presupuesto nacional. En Colombia, en 1996 se estimó el gasto total en salud en 6 billones 964.620 millones de pesos, lo que corresponde al 10,1% del PIB, estimado para el mismo año en 88 billones 853.574 millones de pesos. De esto el gasto público es del 4,1% y el privado 5,9% (18), el gasto en Promoción y Prevención para 1997 se estima, por parte del Plan de Atención Básica, en 93.534.859.774 pesos y por el Plan Obligatorio de Salud, 403.727.930.553 pesos, lo que, sumado a otros aportes del INS, el INVIMA y otros (19), da aproximadamente un gasto del 5% del total de lo invertido en Promoción y Prevención, por lo que ambos países continúan invirtiendo la mayoría de los recursos en los factores terminales y no en los determinantes de salud.

Por qué debemos invertir más en Promoción y Prevención para reducir las brechas de inequidades sociales.

En Inglaterra, en donde existe la cobertura universal de la atención médica, no se han acortado las brechas entre estratos en materia de salud, sino que se incrementan. Esto se verifica en un seguimiento realizado entre 1931 y 1981 en el que la mortalidad estandarizada se reduce para el grupo más privilegiado, pero para el grupo más pobre, el de los obreros no calificados, las brechas en lugar de disminuir se incrementan (20). Otro estudio, realizado por Susser en 1993 (21), demuestra que la ampliación de las brechas continúa siendo evidente, por lo que paralelo a tratar de corregir las inequidades en acceso, se deben corregir las inequidades en oportunidad de vida.

Propuesta de Solución para acortar las Brechas Sociales y Disminuir las Diferencias de Oportunidades de Vida, el Municipio Saludable

Esta iniciativa, prioritariamente, debe empoderar a las comunidades más pobres que habitan en las áreas con mayor índice de NBI, con la finalidad de que los Planes de Desarrollo Municipal atiendan fundamentalmente estas necesidades. Los proyectos que se elaboran para intervenir los problemas detectados, corresponden a diferentes áreas: educación, trabajo, vivienda, saneamiento, seguridad, bienestar, violencia, servicios básicos, incluidos los servicios de salud, programas de control de enfermedades: de pobreza, del desarrollo y sociales (22). Así también es más factible la constitución de Empresas Solidarias ya que según la encuesta de CINDER, las empresas que han salido en los primeros lugares como eficientes, son aquellas que están basadas en la organización comunitaria.

Como estrategia, prevalece la atención primaria de salud, la que lamentablemente, como afirmó el Dr. Nakajima, ex Director de la OMS, fue interpretada como Nivel Primario de Atención, entendiéndose como una respuesta de servicios a los problemas de los pobres (23), cuando en realidad ésta debe ser una respuesta a la solución de los problemas esenciales de salud que existen en el Nivel Local. En Colombia hay una política que favorece la descentralización y transferencia de competencias en salud a los municipios. La ley privilegia la Promoción de la Salud y las acciones preventivas. La Constitución ratifica el derecho a la salud de los habitantes y al acceso universal a los servicios de salud. Estos dos puntos son caminos diferentes, ya que el derecho a la salud se debe interpretar en el sentido que no debe haber ninguna iniciativa, ni privada ni pública, que pueda afectar la salud de la gente, ya que si hay una causa que esté afectando a un grupo de población, y ésta es evitable, su permanencia es injusta, lo que es diferente a ratificar el acceso universal a los servicios de salud.

En la Estrategia de Municipios Saludables, se combaten las desigualdades sociales, se fomenta la participación ciudadana y el trabajo intersectorial y se reconoce el liderazgo del Alcalde. Sus líneas de acción son: la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y cambios en los estilos de vida, la reorientación de los servicios de salud para privilegiar la Promoción (24) y la oportunidad de vida (25). Estos dos últimos son los pilares fundamentales de la Promoción de la Salud. El desarrollo de habilidades personales y cambios en los estilos de vida utiliza, fundamentalmente, el enfoque de riesgo, mientras que el de oportunidad de vida, utiliza un enfoque comunitario de determinantes de riesgo. El primero busca individuos que presentan más posibilidad de tener algún problema en el futuro, para eliminar o disminuir este efecto y retrasar o disminuir su intensidad, haciéndose recomendaciones de vida saludable como no fumar, no consumir bebidas alcohólicas, tener una dieta balanceada, hacer exámenes médicos periódicos para detección temprana de situaciones de riesgo, etc. Mientras que el enfoque comunitario, busca la paz, el acceso a la educación, la seguridad alimentaria, el saneamiento básico, etc., buscando comunidades con más posibilidad de tener problemas, en vez de buscar individuos con más posibilidad de tener un problema, por lo que el enfoque de oportunidad de vida es más sensible y más específico que el de riesgo (25). Sobre políticas públicas saludables, hay intervenciones que no se realizan necesariamente desde el sector salud, sino que requieren acciones del sector político, de comunicaciones, agricultura, transporte, deporte, policía, ambiente, etc. Así como acciones intersectoriales. Es evidente el impacto en salud de estas políticas en un Nivel Local. Como el uso obligatorio del casco protector para motociclistas y la consecuente disminución de muertes por traumatismo craneoencefálico, ensayada en Cali, la restricción del uso de los juegos pirotécnicos y la disminución de las quemaduras, probado en Bogotá. La restricción del porte de armas, experimentada por varios municipios del país, la Ley Zanahoria y la consecuente disminución de los acciden-

tes de tránsito y de la violencia en general, la promoción de la lactancia materna como un factor protector contra la enterocolitis necrotizante en lactantes (26, 27-28), la disminución de la contaminación atmosférica y la evidente disminución de la mortalidad por causa cardiorespiratoria, la fortificación de la sal con yodo y la disminución de las diferencias de los desórdenes de este elemento y el fomento de deporte y el uso adecuado del tiempo libre como factor protector del embarazo precoz y la mortalidad materna (29), el suministro de agua potable y la disminución de enfermedades diarreicas agudas, el reciente convenio firmado entre el Ministerio del Medio Ambiente con el Ministerio de Agricultura y los productores de plaguicidas con el objetivo de producir una agricultura ecológica, el control del tabaquismo asesino y otras muchas más que se han gestado y que contribuyen al logro de la equidad en salud. Pero para que estas políticas se sostengan se requiere de una participación más activa de la comunidad en el monitoreo de su implementación, para poder evaluar el impacto de estas medidas en materia de salud, educación, acceso al bienestar, midiendo además la satisfacción de la gente y posibilitando el mantenimiento de las mismas (30).

Enfoque de proyectos para el establecimiento de la Estrategia

En la década de los 70 se reestructuró el modelo de salud de Canadá por parte del Ministro Lalonde, quien aplicó una estrategia de resolución de problemas de salud, interviniendo en sus factores determinantes y caracterizando las variables de influencia biológica, ambiental, estilos de vida y respuesta de los servicios (31), elaborándose de esta forma árboles de problemas que posteriormente se transformaban en árboles de objetivos. Si aplicamos este modelo en el embarazo de los adolescentes podríamos caracterizar dentro de las variables biológicas, a la menarquia temprana y al inicio de las relaciones sexuales tempranas como factores que incrementan la probabilidad de un embarazo precoz (29), por un incremento del riesgo de exposición. La primera de estas

variables no sería ético intervenirla, pero la segunda sí pudiera ser intervenida y, como resultado, podríamos obtener el que los niños permanecieran niños por más tiempo. En los estilos de vida, en el mismo estudio caso-control (29), se definió como el mayor determinante de riesgo de un embarazo precoz, el estado ocioso de las niñas, ya sea que no estudiaran o que tuvieran demasiado tiempo libre. Tenían 41,67 veces más riesgo de salir embarazadas, que las que estaban ocupadas, por lo que una intervención que produzca como resultado la disminución del tiempo libre a través de diferentes estrategias, como promover el deporte, por ejemplo, que en este mismo estudio fue reconocido como un factor protector, será un resultado muy importante. También, si el modelo del concubinato es el modelo social, predominante, este ejerce alta probabilidad de riesgo, ya que esta variable, en ese mismo estudio, arrojó 4,6 veces más riesgo. En los aspectos ambientales, además de las diferencias por NBI el hecho de que una niña tenga menos de seis años de escolaridad, dio 7,95 veces más riesgo de embarazos, lo cual está muy asociado con estar ociosa. Este tipo de intervención, diferente al que hemos estado acostumbrados en Salud Pública, nos impulsa a establecer las políticas de salud sexual y reproductiva, no basadas solamente en las intervenciones sectoriales, sino que propicien la intervención intersectorial y no limitado a consultas de planificación familiar, programas de educación sexual, consultas de educación al adolescente y uso de anticonceptivos, sino que se hagan propuestas de un modelo de intervención integral, ya que la disminución del embarazo de adolescentes traerá como consecuencia indirecta una disminución de la mortalidad infantil, del bajo peso al nacer, de la tasa de abortos, de la mortalidad materna e incluso hasta de la falta de acceso al bienestar de las mujeres y de sus hijos en el futuro.

Para la estructuración de estos proyectos de intervención, la OPS viene promoviendo en Colombia el uso de la metodología y la elaboración de proyectos en Marco Lógico, en dónde se conciben diferentes niveles de objetivos, un objetivo fin, que puede definirse por una comu-

nidad como el acceso al bienestar de toda ella, un propósito para cada problema a ser intervenido, resultados esperados (líneas de acción) que contribuyen a la obtención del propósito y un plan de actividades para alcanzar cada resultado esperado. Los tres primeros niveles deben tener indicadores verificables y el último nivel debe referirse a los insumos y recursos que permitan el alcance de los resultados (32). Con este enfoque, en Venezuela obtuvimos un Banco de Proyectos y un convenio con el Fondo de Inversión Social y la OPS, ya que éste no tenía formulas para identificar las necesidades prioritarias de las comunidades y, con la Estrategia de Municipios Saludables, esto si se conseguía, por lo que se facilitó el vehiculizar sus recursos a los municipios para el establecimiento de auténticos planes de desarrollo municipal. Este tipo de estrategias en Colombia ha producido impactos de disminución de problemas de salud e incluso hasta de la violencia, como se puede observar en el Municipio de Versailles, en dónde se ha reducido de 15 y 22 muertos por violencia a menos de cinco en los últimos años (33). Esto sin haber realizado ningún plan específico contra la violencia, sino mediante el desarrollo de una auténtica democracia. En los municipios vecinos predomina la violencia como era antes de empezar la estrategia en Versailles, por lo que la consideramos como válida para conseguir la tan ansiada paz para el pueblo colombiano.

REFERENCIAS

- 1) UCV, OPS, MSAS (1993), Perfiles de Mortalidad según condiciones de vida: Experiencia en Venezuela, *Boletín Epidemiológico OPS* 14 (3): 11 - 14
- 2) BENGUA, J.M. (1992). *Sanare hace 50 años*. Ediciones CAVENDES, 3ª Edición, Caracas, 278 pp
- 3) MENDEZ CASTELLANO, H. (1992). Niños pobres venezolanos con 20 años de retraso biológico. *Diario El Nacional*, 17 de septiembre
- 4) MENDEZ CASTELLANO, H., de MENDEZ, Ma Cristina, (1994), Sociedad y Estratificación, FUNDACRESA, Caracas, 206 pp

- 5) DANE, MINISTERIO DE SALUD, OPS (1998), Condiciones de Vida y Salud en Colombia, Informe preliminar, 11 pp
- 6) ANSELMÍ, A. (1992) Comunicación personal
- 7) EVANS, R., BIDEGAIN, G., LOPEZ, D., UBILLA, G. (1987). *La mortalidad bajo el microscopio*, Caracas, 353 pp
- 8) LUDEWING, C., FINIZOLA, B., B. GIL M., RVERA, E., UGEL, E., ZEEMAN, P., (1994). *Propuesta para el Analisis de la Situación según Condiciones de Vida de la Población para el Apoyo a la gestión en niveles locales*. IV Reunión Científica Nacional de Epidemiología, San Cristóbal, Venezuela
- 9) *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud – Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*, Ottawa, Ontario, Canadá, noviembre 1986
- 10) *Promoción de la Salud y Equidad – Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción y Prevención*, Santafé de Bogotá, Colombia, noviembre 1992
- 11) MSAS, Dirección de Oncología (1991), *Epidemiología y la Prevención del Cáncer Uterino*, Inf. Mimeog. 9pp
- 12) MSAS (1992), *Políticas de Salud en Venezuela*, Ed. Gráficas, Chemar, Caracas, Venezuela
- 13) GUERRERO, R. (1998), *La Violencia como problema de Salud Pública en la Región de las Américas. El Caso Colombia in Memorias Prevención de la Violencia: una Oportunidad para los Medios*, OPS/OMS. Fundación Antonio Restrepo Barco, Fundación FES, Inst. for Mental Health Initiatives, Asoc. Col. de Actores, Directores y Dramaturgos: 41-49 pp
- 14) MENDEZ CASTELLANO, H., PAEZ, J., (1998) Las circunstancias de Enfermarse y morir en Caracas. Estudio sobre mortalidad diferencial en el área metropolitana de Caracas. *Archivos venezolanos de Pericultura y Pediatría*, 61 (1): 16-26 pp
- 15) KUNST, A., MACKENBACH, J. (1994) *Measuring Socioeconomic Inequalities in Health*. WHO/EURO PD 416, Copenhagen, 115 pp
- 16) HESSELINK, J., SPRUIT, I., (1992) The contribution of Unemployment to Socio-Economic Health Differences. *Int. J. Of. Epi* 21 (2): 329-337
- 17) DEVER, A. (1990) *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*, OPS/OMS, 407 pp
- 18) VARGAS, J.E., SARMIENTO, A., (1997), *Descentralización de los Servicios de Educación y Salud en Colombia, documento mecanografiado*, 35 pp
- 19) MINISTERIO DE SALUD, (1998), *Dirección de Promoción y Prevención de la Salud, Informes varios*

- 20) SARACCI, R., (1978) Epidemiological Strategies and Environmental Factors., *Int. Journal of Epidemiology* 7 (2): 131-138
- 21) SUSSER, M. (1993) Health as Human Right: An Epidemiologist Perspective on the Public Health. *Am. J. Of Pub. H.* 83 (3) 418-426 pp
- 22) WHO/SHS/NHP (1989), *Health Systems Reorientation in Urban Areas to reach the Underserved Training Workshop, Zambia*, 71 pp
- 23) NAKAJIMA, H., (1991), *WHO Director General, Calls for new health paradigm*. Press Release, WHO/4, 3pp
- 24) OPS/OMS (Mayo 1992) *Municipios Saludables – Una Estrategia de Promoción de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud en el contexto local*, Washington, D.C., 16 pp
- 25) KADT, E., TASCA, R. (1993) *Promover la Equidad, un nuevo Enfoque desde el Sector Salud. OPS, serie Salud en el Desarrollo*, Washington, D.C., 102 pp
- 26) INSTITUTO DISTRITAL DE CULTURA Y TURISMO, Secretaria Distrital de Salud (1997), *Impacto de la restricción para venta y uso de pólvora de Santafé de Bogotá*, *El Obs. De Cult.Urb.* 1 (3) 1-8 pp
- 27) ACERO, H., MARTINEZ, H., SUAREZ, G.I., HERNANDEZ, W., (1996), *Prevención de lesiones de causas externas en Santafé de Bogotá*, diciembre *BOL. CRNV*:17:61-62
- 28) SEA-CDC/INS (1996) *Enterocolitis necrosante en el Hospital Simón Bolívar, Santafé de Bogotá D.C.* *Inf. Quincenal Epidemiológico Nacional* 2 (16): 237-240
- 29) COSTAGLIOLA, A., (1995) *Factores de riesgo del embarazo precoz en el Municipio Zamora del Estado Falcon*, Venezuela. Tesis de Grado para optar al título de especialista en epidemiología, UCV Caracas
- 30) MALAGA, H., PERDOMO, M., (1998) *Sistemas de Información Municipal*, *Bol.Epidem.Dist.Bogota* 3 (3) 4-8 pp
- 31) LALONDE, M., (1996) *El concepto de Campo de la Salud. Una perspectiva canadiense*. En *Promoción de la Salud: Una Antología. Publicación Científica 557*, OPS/OMS, Washington
- 32) OPS (1996) *Enfoque lógico para la gestión de proyectos en la OPS*. OPS 49 pp
- 33) MUNICIPIO DE VERSALLES, (1997) *Versalles: Municipio Saludable por la Paz, un modelo de participación, sana convivencia y justicia social*. Inf. Mimeogr.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y LEY 100 DE SEGURIDAD SOCIAL

Carlos Edgar Rodríguez

Ministerio de Salud, Santafé de Bogotá, Colombia

Pretendo hacer una exposición general, dadas las limitaciones del tiempo, sobre los siguientes temas que espero se complementen con la visión que otros expositores hagan a lo largo de este seminario, que generen muchos interrogantes y, desde luego, respuestas a los delicados problemas del sector salud, que no difieren en mucho de los demás problemas de la sociedad y que resultan más difíciles de abordar, en la medida en que resulten más complejos los impactos de las crisis económicas, de la guerra y de la violencia sobre el sector salud.

OBJETIVOS

- Analizar algunos cambios de fondo en el sector salud a nivel mundial y ver su trascendencia y abordaje en el escenario nacional.

- Ofrecer algunos elementos de información sobre el sistema general de Seguridad Social en Salud en Colombia analizando puntos críticos con relación al problema de la justicia sanitaria.
- Presentar algunos conceptos sobre calidad de atención en salud.
- Presentar algunas de las propuestas de trabajo que el gobierno nacional está trabajando en calidad de atención.
- Promover la discusión práctica y discutir soluciones reales a los problemas concretos de limitación de recursos y abundancia de problemas.

Antes de entrar en el desarrollo de estos objetivos, quiero hacer una breve reflexión sobre el interrogante principal planteado para este Seminario internacional de Bioética y Justicia Sanitaria en América Latina; la pregunta formulada es: “¿En la Ley 100 de Seguridad Social, debe regirse la política de salud exclusivamente por criterios de utilidad económica?”. Al respecto considero importante llamar la atención sobre una pregunta que parece más una aseveración, lo cual, desde luego, puede explicarse por el cúmulo de críticas que han llovido sobre el nuevo sistema de salud, pero que hace eco a postulados que cabe cuestionar en su objetividad.

Las preguntas que a su vez esta pregunta central general, son múltiples y deben ser a su vez analizadas: ¿utilidad económica para quien? ¿para las aseguradoras, para los prestadores? ¿cómo se puede evaluar la utilidad económica, antes y después de la promulgación del modelo?, ¿puede regirse algo tan complejo como un sistema de salud, por criterios “exclusivamente económicos” o existen otros elementos que deban tenerse en cuenta y que influyeron en las decisiones que se tomaron para la expedición de la ley? ¿existen otros principios éticos, valores o elementos operativos en el modelo propuesto, por lo menos en teoría?, de ser así, ¿qué ocurrió en la práctica para que dichos conceptos no se ejecutaran en las alternativas de solución, en un contexto de limitación evidente de recursos y ante correctivos se pueden aplicar para que el sistema funcione mejor? o es necesario considerar que una de las

más novedosas y estructurales reformas del país en los últimos años, no es en definitiva viable?

Como puede verse existen múltiples interrogantes sin resolver por lo cual, en un acto que considero de justicia, palabra que sin duda se repetirá muchas veces en este seminario, se debe dar a cada argumento su valor de acuerdo con las evidencias que lo soporten, con lo cual se lograría una claridad mayor para el auditorio y unas propuestas de solución más acordes con realidad. Hecha esa observación general y agradeciendo a los organizadores del evento, entremos en materia.

No se puede abordar un tema tan delicado como la calidad de la atención en un sistema de salud, sin antes discurrir, aunque sea de manera muy breve, los notables cambios que la atención en salud como concepto, ha tenido particularmente en los últimos cincuenta o sesenta años en el mundo entero. Cambios todos estructurales y que modifican una serie de paradigmas¹ generando respuestas de adaptación unas más productivas que otras, algunas como manifestación de rechazo, otras de apoyo, pero todas orientadas a muchas de las situaciones descritas se presentan como irreversibles y de manera tan rápida que apenas si tenemos cuenta de su impacto y de sus implicaciones aún en nuestra vida cotidiana.

Señalo a continuación algunos de los cambios que durante los últimos años han sido objeto de nuestro análisis y discusión, así como del planteamiento de respuestas políticas, sin que ello quiera decir que conozcamos en su totalidad todos los efectos o que las respuestas generadas sean las más adecuadas.

LA DINAMICA DE LOS CAMBIOS

De la posibilidad de pago individual de los servicios y de la salud individual como un problema privado, a la salud como un deber del Estado² y, de esta tesis, al concepto de aseguramiento teniendo en cuenta, no la

necesidad de introducir un intermediario financiero sino un asegurador del riesgo de enfermar, particularmente costoso por el diagnóstico y el tratamiento de muchas patologías si se tiene en cuenta el costo de la tecnología y el talento humano altamente especializado que se necesita para proveer servicios de salud y, en general, los costos crecientes del gasto en salud.

Al mismo tiempo, el concepto de la salud como derecho positivo plantea el problema del llamado "asalto social"³, dado que tengo derecho a reclamar de otros que paguen mi factura de salud, ¿hasta qué punto esta dinámica convierte el derecho a la salud en un barril sin fondo?

Un segundo elemento se refiere al espectacular desarrollo tecnológico al punto que, como aseguran muchos autores, el progreso en este campo es tan rápido que se admite que el 85% de la tecnología que se utilizará en el siglo entrante todavía no se ha inventado⁴. Es evidente que la tecnología ha contribuido a mejorar las condiciones de salud de las poblaciones, sin embargo, su utilización en sociedades con marcadas desigualdades impone un debate que abarca de fondo el papel de la Bioética y de uno de sus fundamentos básicos, la justicia sanitaria, la pregunta entonces es: ¿será posible que la población acceda a los beneficios de la tecnología, sin ser discriminada por razones económicas, de clase social, de raza etc.?; y de cómo los Estados promueven unas condiciones justas para acceder a los beneficios de la misma.

Este debate impone la pregunta obligada sobre ¿qué es un sistema justo de servicios de salud? ¿qué responsabilidades de equidad tienen los planificadores políticos y sobre ¿qué criterios éticos se toman las decisiones para la asignación de recursos?. A su vez, la calidad de la atención, que en su vertiente técnico-científica (la otra será la de la dimensión interpersonal), depende particularmente de la tecnología y de las posibilidades de adquisición de la misma, se ve seriamente afectada por los modelos de distribución y gestión de los recursos de la salud.

Tal como señala la OPS³, “la calidad en los servicios de salud es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición”. El punto crítico resulta aquí definir qué puede pagar una sociedad con los recursos de que dispone, del vasto escenario de oferta tecnológica que se le presenta. El debate involucra desde luego a cada actor del sistema, así por ejemplo, resulta obvio suponer que el asegurador esté interesado en controlar el uso de la tecnología para disminuir sus costos de operación, que el médico y en general el personal de salud deseen legítimamente ofrecerle a su paciente las mejores opciones del conocimiento y que el usuario desee que se use lo mejor para el restablecimiento de su salud. Pero estas posiciones de los actores, tienen implicaciones de costo y pueden inducir una demanda de servicios mayor que la esperada; por ejemplo, los médicos pueden desear, como de hecho ocurre, utilizar la tecnología por razones técnicas propias como mejorar destrezas, realizar estudios, aprender más o mejorar sus ingresos, o defenderse de posibles demandas. En otros artículos, me he referido al tema señalando que en un pasado reciente determinados tipos de problemas de salud, por ejemplo, los traumas craneoencefálicos eran intervenidos quirúrgicamente sin una tomografía axial previa, hoy en día ningún neurocirujano estaría dispuesto a realizar esas intervenciones sin dicho examen. Pero lo que es más interesante analizar, es que muchas cefaleas terminan hoy en la realización de una tomografía y que en un alto porcentaje resulta normal.

Otro elemento a tener en cuenta es la inducción que los propios productores de la tecnología generan, al punto de obsequiar equipos costosos con tal de vender los suministros necesarios para su utilización, multiplicando el número de los exámenes realizados sin que se analice si dichos exámenes significan a la larga mejores condiciones de salud para una población. Es frecuente que muchos equipos se fabriquen como

productos desechables o que se discontinúe con relativa rapidez la producción de los repuestos necesarios para su mantenimiento.

A su vez, la tecnología biomédica plantea un cambio de paradigma muy importante que afecta desde luego la concepción del hombre sobre su vida y su muerte. Los linderos de la definición de la muerte son ahora poco tangibles, la prolongación de la vida más allá de los períodos considerados normales es posible con las técnicas avanzadas de reanimación cardiopulmonar, la vejez, la esperanza de vida al nacer son cada día objeto de nuevos logros, la ingeniería genética la clonación, la reposición de órganos etc. Todo esto, aparece al orden del día como posibilidades reales, desde luego altamente costosas, pero posibles. Hemos repetido con frecuencia que en este escenario la calidad de la atención en salud, tendrá que referirse a la calidad de vida y a su análisis⁶. El dilema se plantea sobre cómo utilizar entonces, con criterio racional y ético, la tecnología disponible y en determinar cuidadosamente qué concepciones sobre la salud son las que la sociedad propone en explícito.

De la beneficencia a la autonomía: un cambio radical particularmente visible en los últimos años, se refiere a la emancipación de ciertos grupos minoritarios hasta entonces no respetados como entes morales con derechos a ser escuchados y tenidos en cuenta en sus decisiones propias. Desde el movimiento de liberación de los esclavos, la aparición del derecho al voto de la mujer y su aparición como ciudadana, interlocutora hábil, etc., hasta la aparición de los derechos de los niños, los animales, la tierra y, desde luego los enfermos. Este cambio ha generado cierto tipo de contradicciones con el modelo de prestación de servicios que imperó durante mas de dos mil años. La asimetría de información, un elemento obvio de la relación médico paciente, es permeada por la mayor información del usuario, por las exigencias y las preguntas reales de los usuarios o sus dolientes, con lo cual los profesionales de la salud se ven obligados a tomar decisiones más compartidas, más dependientes de factores que antes no se tenían en cuenta.

Del concepto de favor al de servicio. Durante mucho tiempo la Medicina para los más pobres de la sociedad se constituyó como un modelo de caridad, la iglesia fue durante siglos el operador de la caridad cristiana, desempeñando un papel redistributivo de la riqueza, que además marcaba la continuidad de los esquemas de dominación feudal. Tales modelos fueron heredados durante generaciones y permearon la enseñanza de la Medicina, practicada en la dinámica de hospitales de caridad. La aparición y definición de pagadores que aseguran el riesgo y, aun más, la introducción, como en el caso colombiano, de subsidios definidos que sirven para que los más pobres reclamen atención, ha generado una presión adicional sobre los prestadores de servicios. El cambio de paradigma del favor y la caridad hacia la concepción más amplia proveniente de la visión empresarial, de la producción de bienes “de consumo” introduce un elemento de choque en la relación entre el prestador y el receptor del servicio; de un lado, el criterio de exigencia de un “intangibles” por parte del usuario y, del otro, un prestador que siente dicha exigencia como impropia, dado el marco cultural en el que tradicionalmente prestó sus servicios.

Esta dinámica depende de las posibilidades de financiación, de la información que posee el usuario y de un sin número de variables que se encuentran en plena transición pero que de todas maneras significan un cambio rotundo en la dinámica de los servicios de salud y por supuesto en su calidad. Más recientemente, la aparición de competencia por los usuarios y la operacionalización de las posibilidades reales de elección del proveedor por parte del usuario o de quien lo contrate para prestar los servicios en este caso el asegurador, ha generado un cambio de concepción en el que el concepto servicio se hace cada día más real.

Del concepto de hospital al de institución, e inclusive al de empresa de servicios de salud. Se plantea aquí una diferencia histórica relacionada con la forma en la que se desarrollaron los hospitales en la edad media, en muchas ocasiones como sitios de reclusión o de exclusión de los

enfermos, de los contaminadores, de los ojerosos, etc. Este cambio cultural debe ser analizado cuidadosamente, teniendo en cuenta que aún la propia sociedad o los trabajadores de las instituciones de salud conservan ese criterio, con lo cual la visión de estos lugares como sitios cómodos, eficientes, abiertos a la comunidad y a los usuarios, no ha sido asimilada con facilidad. De alguna manera existe una dificultad de concepción para entender las instituciones de salud en el nuevo escenario, lo cual influye de manera negativa en el uso eficiente de los recursos, a veces controlar el gasto genera choques porque la gente, tanto los trabajadores como los usuarios consideran, por ejemplo, que utilizar gratuitamente o aun llevarse a casa los elementos del hospital es “normal” y “aceptable”.

Del gasto sin control a los principios de contención de costos y de costo-beneficio. Este cambio puede asumirse en varios contextos. Particularmente en la distancia del sector público movido por una racionalidad de favor, caridad, a cargo de estados paternalistas, que durante mucho tiempo sostuvieron las tesis de crecimiento económico planteadas por Keynes, con lo cual los controles del gasto resultaron poco aplicados. La contratación de funcionarios más allá de las necesidades reales, el diseño, construcción y puesta en funcionamiento de hospitales de gran tamaño y abundante número de camas sin consultar las necesidades reales de la población, etc. Durante mucho tiempo la respuesta ante las necesidades de salud, en particular de los pobres, se caracterizó por las inversiones anárquicas, sin evaluar los recursos utilizados los trabajadores de la salud asumieron las necesidades de los usuarios como necesidades a satisfacer con los recursos existentes, escasos, suficientes o superavitarios, los conceptos de ahorro contaron muy poco en ese contexto.

Por otra parte, los recursos de las instituciones de salud se han utilizado tradicionalmente para pagar cierto tipo de favores, desviando su posibilidad de focalización y apoyo a las poblaciones más vulnerables.

No existen, hasta donde conocemos, suficientes datos sobre el costo global de este tipo de ineficiencia pero se supone muy alto. Sin embargo, la creciente explosión de costos, las crisis económicas y la imposibilidad de continuar sosteniendo el modelo de estados de bienestar planteados sin sostenes estructurales basados en planes serios de desarrollo, sumados a las exigencias externas de los sectores financieros, obliga a pensar en términos económicos y a modificar este tipo de comportamientos.

En este punto los planificadores de salud se encuentran ante varias disyuntivas. Es evidente la necesidad de contener los costos y hay evidencia en el sentido de que algunos de los problemas presentados hasta aquí indican la necesidad de racionalizar los gastos; así, desde la dinámica de la calidad existe suficiente argumentación para señalar los altísimos costos del desperdicio en los hospitales públicos, en unos modelos de salud más que en otros.⁷ Desde el punto de vista de la racionalidad económica, se argumentará entonces que la justicia distributiva debe regirse por la proporción costo-beneficio, de tal modo, que nunca hay obligación de hacer en justicia algo irracional. "Lo justo se identifica con lo económicamente óptimo... dado que con principios deontológicos solamente no se construye una teoría coherente de la justicia".⁸ La racionalidad económica y la eficiencia generan fuertes controversias éticas, si se parte del principio que tales aplicaciones económicas aunque reales y necesarias son consideradas por algunos como utilitaristas y, de hecho, entran en contradicción por lo menos parcial con los principios que han regido la atención médica durante siglos. El criterio benéfico según el cual el médico debe poner a disposición de su enfermo **TODOS LOS RECURSOS VALIDOS PARA TRATARLO**, entra en contradicción con la necesidad de racionalizar los recursos siempre limitados, en particular la imposibilidad de pagar toda la tecnología existente. El criterio de costo-efectividad adquiere plena vigencia y es utilizado cada día con más frecuencia. Es posible que los profesionales de la salud nos estemos enfrentando desde hace mucho tiempo a este tipo de deci-

siones, aunque solamente hasta ahora se estén generando los debates éticos, correspondientes.

Dworkin⁹ plantea el problema del gasto sin control en dos escenarios: el del “aislamiento” en el cual se conceptúa la salud por encima de todo, de tal forma que todo debe pagarse, argumento que era sostenible en la medida en que el escaso desarrollo de la atención en salud, hacía este costo relativamente bajo, sin embargo, con el avance de la ciencia y en el contexto actual, resulta necesario hablar de “integración” concepto mucho más amplio en el cual la salud es un elemento más en el logro del bienestar y compite con otras fuentes de bienestar como educación, vivienda, etc. Esta última posición resulta de gran interés en el análisis del problema de la justicia sanitaria, porque está claro que a veces se desconocen otras necesidades de diferentes sectores que eventualmente, al ser intervenidas, significarían mejores resultados en la salud, el ejemplo clásico es, en este caso, la inversión en agua potable, pero desde luego existen múltiples ejemplos, como la educación, los generadores de trabajo etc. Estos elementos también son a veces difíciles de considerar, cuando los diferentes interesados se centran en el paradigma del aislamiento.

Del centralismo, al manejo descentralizado de los recursos y a la asunción de competencias por parte de los actores locales: las múltiples pruebas en contra de los Estados centralistas, especialmente la dificultad para utilizar adecuadamente los recursos en necesidades que no conocen, han generado una corriente muy fortalecida en la actualidad a favor de la descentralización como respuesta que intenta que los actores locales sean responsables de su propio desarrollo. Esta dinámica tiene elementos positivos y negativos, pues, por una parte, resuelve muchos problemas de aplicación de los recursos pero, por otra parte, requiere de un esfuerzo de capacitación, formación y madurez política de los representantes territoriales, del cual en la actualidad se carece por lo menos en el caso de algunas regiones de nuestro país. Así, resulta

obligatorio que se consideren nuevos interlocutores, que deben estar suficientemente capacitados para entender sus nuevas obligaciones. En particular, es interesante tener en cuenta el nivel cultural, académico, etc. de cada uno de estos actores, lo cual supone tomar algún tipo de distancia para evaluar si se llena o no determinado tipo de requisitos y evaluar si los avances en el proceso de descentralización han significado mayor eficiencia en la utilización de los recursos.

El desarrollo de sistemas de información ágiles que abre un inmenso campo de manejo y que toca al sector, como la disponibilidad de “software” para el manejo de historias clínicas, guías de atención, remisiones y hasta tratamientos. Todo lo cual genera en los profesionales de la salud un cambio evidente en su manera cotidiana de trabajar.

Con relación al volumen de información que hoy en día tienen los enfermos sobre sus padecimientos, debe tenerse en cuenta que esta condición cambia las relaciones de información en la relación médico-paciente, colocándolos en una posición cada vez más autónoma con relación a las decisiones que deben tomar.

ANÁLISIS MÍNIMO DE LA SITUACION ACTUAL

Todos estos cambios sobre los que hemos discutido, deben estudiarse en el contexto del modelo de salud de cada país, con el fin de analizar si se han contemplado alternativas de solución a los problemas propuestos.

El modelo de salud propuesto en la Ley 100 y desarrollado en un extenso marco reglamentario, tiene como premisa fundamental, la introducción de un modelo de aseguramiento de cobertura universal, basado en modelos teóricos de competencia regulada. Regida por tres principios básicos de equidad, eficiencia y efectividad, los cuales son asumidos como objetivos sociales, y por la calidad en la prestación de los

servicios y la definición de fuentes concretas de financiación en un esquema solidario. La propuesta busca ofrecer una solución global a algunos de los problemas estructurales crónicos del sector salud y definir sobre un eje filosófico, la solidaridad, como eje central del sistema. Así, se habla del Fondo de Solidaridad y Garantía como columna vertebral del sistema en los aspectos financieros, de las Empresas Solidarias de Salud como elementos dinámicos e interactivos de la sociedad, que pudieran organizarse para gestionar su propia salud, etc. En mi modesta opinión, la propuesta resulta muy válida y útil para resolver los problemas de evidente incapacidad del Estado para responder por la prestación global de los servicios de salud, en un escenario de grandes limitaciones financieras encarecido, a su vez, por el grave impacto de la violencia, no sólo en términos de lesionados sino de desplazamientos sociales y años de vida saludables perdidos.

Vale la pena señalar que el escenario previo a la implementación de la reforma, presentaba problemas graves de inequidad tanto en la distribución de los servicios, como en su uso, en el control monopólico de la seguridad social, en cabeza del Instituto de Seguros Sociales y más de la mitad de los asalariados del país no contaba con seguridad social alguna. En este sentido, la cobertura de seguridad social se dijo que no era mayor al 20% de la población y la posibilidad de acceso a los servicios era del 70 u 80% de la población. Un punto de interés es que los deciles más pobres de la población, por múltiples razones, gastaban o gastan, una proporción mayor de su ingreso en salud, que los más ricos y que buena parte de los subsidios, fueron o son, utilizados por los que tienen mayor capacidad de pago.¹⁰

Desde el punto de vista de la eficiencia, el modelo de presupuestación basado en hechos históricos, sin análisis concretos de gastos, es una de las dificultades más comentadas en los modelos de financiación de la oferta, cuando ésta se financia por la simple razón existir. El incentivo para hacer las cosas bien, ahorrar recursos etc., no existe, con lo cual se

producen los llamados “estímulos perversos”. Otros problemas incluyen la centralización de las decisiones y las ataduras para la gestión eficiente de los recursos, al no concebirse las instituciones con responsabilidades de gestión. El uso inadecuado de los servicios con sobrecarga de la alta complejidad y escasa utilización de la estructura de baja complejidad, propician unas condiciones de atención en contra de la calidad y un mayor costo promedio de la utilización de la estructura disponible. A su vez, las dificultades financieras crónicas y la limitación de la oferta de determinados servicios como cuidado intensivo, genera, en suma una marcada ineficiencia, que se refleja en pérdidas de vidas, avisas, secuelas etc.

En el contexto de la calidad de la atención en salud, no pueden hacerse, en mi opinión, marcos de referencia históricos sobre lo que ocurría previo a la implementación de la ley, principalmente porque los parámetros para la medición de los impactos no se establecieron; sin embargo, en mi opinión, hay variaciones con relación a la recuperación del derecho a exigir calidad en los servicios por parte de los usuarios al interiorizarse el concepto de derecho y al mejorar notoriamente el conocimiento de los ciudadanos sobre el sistema, aunque en Epidemiología sería necesario evaluar si los indicadores de morbilidad muestran un comportamiento hacia la mejoría y, desde la justicia sanitaria, debemos aproximarnos al debate sobre la justicia, la inequidad o la desigualdad que el modelo genera.

Todas esas respuestas probablemente permanezcan mucho tiempo sin contestar en el caso del modelo colombiano, sobre todo porque se dispone de escasa evidencia objetiva sobre la calidad y porque, como se sabe, es difícil vincular resultados positivos o negativos exclusivamente con el impacto de las acciones del sector salud.

Sin embargo, algunas de las propuestas con relación al tema, su filosofía y su carácter, pueden ser presentadas y analizadas, en este sentido

aprovecharé para mi presentación, algunos de los avances hechos desde el Ministerio de la Salud como uno de los responsables del tema, sin dejar de tener en cuenta que muchos interesados y estudiosos del mismo, han trabajado desarrollos importantes con relación a la calidad en sus propios servicios.

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Este mínimo contexto político puede ayudar a entender algunos de los elementos filosóficos del nuevo modelo de salud en Colombia. Pero como es evidente para todos, la única preocupación del sistema de salud no puede ser la cobertura. En ese sentido se han planteado las siguientes transiciones en el ámbito moderno de la calidad¹¹:

De la calidad a la calidad: preocupación por alcanzar, no sólo cobertura, sino que los servicios tengan una calidad mínima indispensable.

De la evaluación a la garantía: significa trascender el ámbito del mero análisis de la estructura, pretendiendo que eso signifique calidad hacia una visión más global en la que se intenten estrategias de mejoramiento continuo y real que permitan garantías de calidad.

De la calidad y la eficiencia, a la calidad con eficiencia: significa que no puede verse la calidad independientemente de la eficiencia, las altas exigencias de la competencia internacional, la necesidad de evaluar el impacto económico, pero también la necesidad de entrelazar los dos términos, hacen indispensable pensar en calidad con eficiencia.

De la calidad como valor implícito, a la calidad como valor explícito: lo cual significa que el tema ya no es dominio de unos cuantos, sino un problema y una responsabilidad de todos.

ELEMENTOS CONCEPTUALES DE CALIDAD

Existen múltiples definiciones sobre la calidad, las cuales hemos recopilado en otros trabajos. Tal vez más que definir, interesa que se tengan en cuenta algunos elementos de las definiciones que pueden ayudar a orientar a quien desee comprenderla. Miremos algunos puntos que he rescatado de ese análisis:

- La calidad tiene que ver con dos vertientes, como he señalado, la técnico-científica y la interpersonal.
- Es hacer las cosas bien desde la primera vez.
- La calidad en salud busca aumentar los beneficios y minimizar los riesgos, con un costo razonable, no con el menor costo.
- La calidad es un atributo de la prestación de un servicio, pero también es un juicio de valor subjetivo, frente a dicha atención.
- La calidad incluye la cosmovisión y el conocimiento de quienes la aplican.
- La calidad tiene relación también con la entrega cortés y respetuosa de contenidos técnicos óptimos.
- La calidad depende de los recursos existentes, pero se puede optimizar mucho la utilización de los recursos si utilizamos principios de calidad.
- La calidad no es un costo, es una inversión.
- La calidad cuesta, pero cuesta más no tenerla.

En cualquier caso hay dos elementos críticos a tener en cuenta: la calidad no es una obligación sino una actitud y, que no importa lo que hagamos, la calidad será cuando el usuario la sienta (Guaspari). Lo cual nos coloca ante un difícil reto, sobre todo de trabajo en equipo, pues la calidad así descrita depende de todos y de cada uno de los miembros del equipo de salud.

Por otra parte, como ya se dijo, la calidad es un concepto proveniente del ámbito empresarial, con alta implicación de valor y debe ser abordada en el contexto más global de calidad de vida.

Como se ve, definir la calidad siempre resulta difícil y más aún hablar de ella en el contexto de la justicia sanitaria y de principios como, equidad, sin tener una visión global del asunto que, entre otras cosas, debe tener en cuenta una cultura de los datos que recién ahora empieza a cobrar su verdadera importancia, en un mundo cada vez más cuantificado. El problema, en mi opinión, radica en los múltiples elementos conceptuales de uno u otro origen que en suma definen la calidad. Con el riesgo de superficialidad que esto implica o el abordaje parcializado y sesgado del tema, hemos acogido la propuesta de presentar la calidad como una suma de dimensiones diferentes e interactuales, todas en particular de similar importancia¹². Con mucha frecuencia se hace una larga discusión sobre algunas dimensiones de la calidad, desconociendo otras de mucha importancia, en nuestra experiencia hemos tratado de darle un tratamiento igualitario en cuanto a su importancia a cada factor. La razón es obvia, si se imponen criterios del plano técnico-científico se pueden descuidar aspectos vitales de la relación humana, con lo cual todo el proceso pierde y, al revés, si se privilegian sólo los aspectos de trato y de relación sin tener en cuenta la eficiencia, el cumplimiento de parámetros establecidos, las buenas prácticas, etc. se comete un error igualmente lamentable. Sin embargo, es necesario señalar que en la práctica real cada dimensión tiene mayor o menor relevancia que las otras y que corresponde a los que trabajan en el tema definir la intervención de acuerdo al problema.

Por otra parte, debe recordarse que *existen diferentes perspectivas en el abordaje de la calidad* según el punto de vista de los sujetos que intervienen en la relación existente entre los profesionales de la salud y los usuarios. Así, es claro que para el usuario, los servicios de salud y los prestadores deben tener una serie de características y, que de manera

general, aun sin conocer con exactitud todo lo que deben ser los servicios, *consideran que los mismos deben ofrecerles condiciones mínimas de seguridad, por ejemplo, y que el profesional de la salud debe hacer todo lo que se necesite para obtener o recuperar un estado de salud que también varía de acuerdo con su propio concepto de salud y de enfermedad.*

Para los prestadores de los servicios de salud, existen una serie de factores que igualmente determinan su perspectiva de la calidad. En general puede decirse que para la mayoría de los prestadores, es su responsabilidad, *hacer todo lo que se pueda y utilizar todos los medios disponibles para ofrecerle al enfermo la mayor calidad posible.* La consideración del costo en este caso no resulta una consideración primordial, porque en sentido general esto podría contrariar sus principios éticos.

Para los políticos y planificadores sin embargo el problema es mucho más complejo. Se trata *de saber qué y cuánto es posible ofrecer en forma efectiva a un individuo o a una población, teniendo en cuenta los recursos disponibles.*

Estas perspectivas cobran sumo valor cuando se pretende hacer propuestas políticas sobre el tema, es claro que no es posible ofrecer toda la calidad disponible. Es evidente que hay algunos elementos que son más necesarios que otros, las dimensiones de la calidad pueden aclarar un poco el panorama de la justicia desde el punto de vista de la calidad. El debate se centra más sin duda en la calidad técnico-científica, señalando más la necesidad de ofrecer en los sistemas de salud, calidad igual para todos, en lo esencial, así en algunas condiciones que pueden ser accesorias, como en el componente de las comodidades, por ejemplo, existan diferencias. La pregunta de fondo es definir cuánta diferencia entre lo ofrecido a una persona con relación a otra es tolerable.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD

Con frecuencia se define, mejor la calidad alrededor de las dimensiones. Estas incluyen entre otras, *eficiencia, eficacia, efectividad, seguridad, acceso a los servicios, comodidad, continuidad, satisfacción del usuario, competencia profesional, etc.*

Como ya se indicó, la discusión principal es definir cuales de estas dimensiones resultan imprescindibles como valor de calidad que debe ser administrado por igual a todos los participantes del sistema de salud, sin importar su condición. Es claro que resulta necesario establecer pactos y dejar qué elementos de calidad son costeados por el sistema.

Es posible que muchas de las condiciones señaladas como dimensiones puedan mejorarse con relativamente pocas inversiones, este elemento resulta de máximo interés pues es necesario hacer eficientes al máximo los limitados recursos disponibles. Por ejemplo, las condiciones de seguridad, incluyendo la adecuada inmovilización de enfermos, especialmente aquellos con agitación psicomotora o intoxicaciones con sustancias psicoactivas, pueden contribuir a brindar una atención con mayor calidad y reducir la morbi-mortalidad en los servicios, la utilización de unidosis, la marcación de las sustancias peligrosas, las condiciones de bio-seguridad, la eliminación de riesgos físicos.

Existen muchos elementos de comodidad en diferentes áreas, por ejemplo, las de espera, incluyendo el acceso a teléfonos públicos, cafetería, parqueadero, etc., que antes eran poco considerados en el diseño de los servicios y que hoy en día se han convertido en una necesidad para sobrevivir en el escenario de competencia entre proveedores de servicios, por lo menos en las grandes ciudades y para las instituciones más complejas. A su vez, los servicios de información al usuario, un personal de vigilancia con mayor sensibilidad y profesionalismo, diseños que garanticen la privacidad de los enfermos, son condiciones necesarias para

que los servicios aumenten la satisfacción de los usuarios y, por tanto, la calidad global. Estos elementos a veces son evaluados por los usuarios como de tanta o mayor importancia que los elementos de la atención propiamente dicha.

Podemos extendernos con mucho detalle sobre las formas concretas de mejorar la calidad de acuerdo con la dimensión afectada en un problema de calidad, incluso es bueno tener en cuenta que un mismo problema de calidad puede tener varias dimensiones.

Por otra parte, conviene enfatizar la competencia profesional como eje de la calidad, sobre todo por el carácter obligatoriamente reflexivo que esta dimensión genera. Es necesario considerar que es con los profesionales de la salud, con quienes en la práctica ocurre el contacto del usuario con los servicios y que por tal razón, los elementos propios del prestador inciden de manera crítica en el resultado de la atención, sobre esta premisa es bueno proponer algunos elementos de trabajo, en dicha dimensión. Sería de interés señalar que los modelos de salud que generan resistencias notables entre quienes deben implementar los cambios tienen altas probabilidades de fracaso.

COMPETENCIA PROFESIONAL LA DIMENSIÓN HUMANA DE LA CALIDAD

Tal vez sea de gran interés resaltar la competencia profesional como una dimensión de la calidad que depende principalmente del propio prestador y que, por tanto, puede ser intervenida por nosotros mismos si queremos que la calidad aumente. Casi siempre la mejor inversión en calidad es desde luego el talento humano.

En mi opinión y tal como he señalado en otros documentos, la competencia profesional tiene por lo menos tres aspectos a considerar: idoneidad, vocación y humanización, o si se prefiere calidez, dado que se entiende la atención dirigida a seres humanos.

Describo a continuación algunos elementos prácticos desde la reflexión personal que espero contribuyan a sensibilizar, sobre la importancia del abordaje y a mejorar la calidad.

Idoneidad: Se refiere a hacer bien lo que debe hacerse, es la pericia, la habilidad la calificación profesional, es lo que hace que un enfermo se sienta confiado en manos del profesional que lo atiende. En este sentido, influyen en la idoneidad desde luego los elementos de la formación básica en las universidades y la posibilidad real que estas tengan de ofrecerle al estudiante elementos teóricos y prácticos que le permitan adquirir las habilidades necesarias para un ejercicio de calidad. Aparte de ello, los profesionales nos debemos a los enfermos en términos de idoneidad, por esta razón es nuestra obligación revisar nuestras destrezas, definir qué lecturas nos pueden ayudar a estar permanentemente actualizados y que debemos leer en medio de los escasos ingresos y del poco tiempo de que disponemos. En este sentido, los cursos cortos de tipo práctico, la definición de los procedimientos que podemos y debemos realizar, la actualización de guías y protocolos de atención, el establecimiento de flujogramas, algoritmos y carteleros con pasos definidos a seguir en casos concretos, rotaciones por áreas quirúrgicas y de hospitalización, revisión de tareas, clubes de revistas y, sobre todo, el evitar la rutina del ejercicio elaborando revistas médicas revisando continuamente el proceso de las decisiones clínicas, con frecuencia y disciplina.

Los elementos de idoneidad no se quedan allí, nada reemplaza una inspección completa y cuidadosa del enfermo, interrogatorios precisos, diagnósticos claros y sobre todo un registro adecuado de todos los hallazgos en la historia clínica, la cual se debe retomar como elemento de prueba de nuestra idoneidad, con mucha frecuencia. Aparte de este registro existente, es evidente una carga exagerada de formatos, que los profesionales particularmente los médicos debemos llenar: epicrisis, solicitud de exámenes, registros de defunción, formularios de consentimiento informado, etc. No debe olvidarse, sin embargo, que las institu-

ciones dependen a veces para su sobrevivencia económica de estos formatos, lo cual es evidente en el caso de los datos que debemos apartar para que las facturas por accidente de tránsito se puedan cobrar.

En otro sentido, un profesional idóneo debe dar evidencias claras de constante alerta ante situaciones que pongan en riesgo al enfermo, evitar secuelas, por ejemplo, durante el transporte, tener habilidad para percibir las posibilidades del deterioro, manejar adecuadamente el dolor, el estrés, las condiciones de temperatura y, sobre todo, tener una constante actitud de aprendizaje.

Vocación: Con relación a la vocación, hemos repetido que se refiere a “amar lo que se hace y hacerlo con amor. Además, en esta dimensión se pueden involucrar conceptos como “afición”, es decir, esas ganas mas o menos justificadas que nos empujan a hacer algo, ese deseo espontáneo.

Hay gustos y deseos en diferentes escalas desde un deseo simple hasta una fuerte y continua atracción por algo. En la vocación también se incluye la experiencia, la cual refuerza y es reforzada por los éxitos e inclusive por los fracasos, pero a la vez debe tenerse en cuenta el concepto de “talento”, es decir, tener una actitud determinada para hacer algo, lo cual en principio es innato, pero que requiere de la experiencia para desarrollarse y del conocimiento como complemento del talento, de la experiencia y de la afición.

En este sentido, muchos de nosotros debemos hacer una reflexión sobre nuestra vocación, para evaluar si todavía contamos con los elementos que la componen y que debemos fortalecer. En otros casos, algunas personas deben valorar si sus respuestas inadecuadas se relacionan con una carencia de vocación para atender enfermos urgentes, ante lo cual la decisión más sana debería ser, intentar su reubicación en otras áreas de trabajo.

Calidez: La otra escala en la que debemos evaluar permanentemente nuestra competencia profesional, desde la dinámica de calidad, es la calidez o la humanización, para quienes prefieran el término, que cada día debe ser objeto de reflexión y aprendizaje. En términos de definición me he referido en diferentes foros a la actitud humanizante, señalando que con ella apelamos a la disposición, a la actitud de vida que nos permite entender la problemática del otro y por tanto respetarla, valorarla e intentar comprenderla, en una perspectiva de solidaridad humana, si se me permite, como acto de amor. Con frecuencia resumimos esta postura diciendo que es ser capaz de “ponerse en los zapatos del otro”.

En un mundo en constante cambio, cada vez más afanado, buscando en forma insaciable la productividad sin importar el propio ser humano y aún el planeta, cuando se privilegia la destrucción de la naturaleza sin medir el impacto de las acciones; resulta necesario plantear una reflexión de retorno a conductas más consideradas para con nosotros mismos, con nuestros semejantes y desde luego con nuestro entorno. El profesional de la salud con calidez, amabilidad, cortesía y respeto por el otro, especialmente si el otro sufre, se convierte entonces en una necesidad en medio de una sociedad venida a menos en sus valores, particularmente en su forma de valorar la vida misma. Quizás es a nosotros a quienes más compete, dar ejemplo de vida y presentarnos ante los demás, en medio de nuestros particulares problemas, como seres sensibles ante el drama del otro.

Las actitudes prácticas de calidez en este campo, incluyen una gran cantidad de recomendaciones y sugerencias. Me parece pertinente recordar algunas, la mayoría conocidas por nosotros, pero infortunadamente poco practicadas. Así, saber escuchar, establecer una dinámica de contacto que puede variar desde el contacto visual, hasta el abrazo estrecho, según la condición del paciente y sus propios valores, sonreír, consolar sinceramente, hacer agradable la voz, sobretodo no levantar innecesariamente el tono de la voz, mantener una actitud

calmada y comprensiva, evitando caer en el cerco de agresión que el propio paciente puede tender como reacción a su situación, son todas condiciones que hacen la relación entre el prestador y el usuario, más cálida y que contribuyen a mejorar nuestra propia calidad de vida y nuestra satisfacción con el trabajo, por otra parte significan mucho para el enfermo y cuestan muy poco.

Otros elementos que no deben olvidarse en este ámbito, incluyen el respeto a la desnudez y el pudor, el abordaje de los problemas relacionados con la muerte, desde el acompañamiento al moribundo hasta la información a los deudos sobre el hecho, la atención sin discriminación de raza, sexo, condición social, religión etc.

Se puede extender indefinidamente este listado de actitudes, señalemos, más bien, la importancia de estudiar el tema e intentar un abordaje en grupo de los problemas en una dinámica constructiva en la que se discuta sobre el acto y no sobre la persona, con el único interés de mejorar el servicio y a nosotros mismos.

Quizás en esta forma nuestros usuarios sientan que estamos interesados en ellos y en sus problemas y consideren de mayor calidad el servicio; probablemente en esta forma y no rindiendo cultos equivocados a la tecnología, o culpándola de nuestras deficiencias, empecemos a recuperar el espacio de respeto y de valor que debemos tener delante de la sociedad, independientemente de los múltiples conflictos que he señalado, y que sin duda nos afectan en el campo personal, en el de nuestros ingresos etc., pero que debemos atenuar en su efecto sobre nuestra actitud profesional y humana.

Hasta aquí, un panorama general de la situación y algunos elementos conceptuales de interés sobre la calidad que deben servir, sobretodo, como estímulo para revisar con mayor profundidad el tema.

AVANCES EN MATERIA DE CALIDAD EN EL MODELO COLOMBIANO

Vista hasta aquí una concepción más general de la calidad, diremos que, es necesario tener en cuenta una notable cantidad de cambios en la concepción y el desarrollo de la prestación de los servicios de salud, analizar con criterios objetivos y reales los problemas de justicia sanitaria de los modelos de salud, entender las justificaciones de los conceptos de aseguramiento etc., sin caer en el extremo de juzgar con excesiva dureza o de incurrir en la perversión de perder de vista la dimensión humana de la atención en salud. Se debe buscar el equilibrio entre dos vertientes de pensamiento y revisar nuestra actitud personal ante el tema. La calidad, en todo caso, es un asunto con mucha fuerza en lo personal.

Desde esta perspectiva se presentan algunos de los elementos discutidos en el ámbito político, sin pretender pontificar o tener la verdad revelada sobre el mismo.

El primer debate planteado es sobre la líneas políticas que definen el nuevo modelo con relación al tema. Así que es importante señalar avance por lo menos en el contenido teórico y en la propuesta normativa. Los conceptos de *competencia entre proveedores de salud, la libre escogencia del usuario y responsabilidad de los diferentes actores del sistema con la calidad, está clara en diferentes puntos de la ley*. Estos elementos normativos no hacen otra cosa que instrumentar algunas de las obligaciones que se plantearon en el año 1991 en materia constitucional.

En segundo lugar, se han definido algunos parámetros generales sobre cómo darle operación a las propuestas de calidad, para lo cual se expidió el decreto 2174 de 1996 en el cual se definen las condiciones para desarrollar un sistema obligatorio de garantía de la calidad. Vale la pena señalar que existe una aparente contradicción de intereses entre

la palabra calidad y la palabra obligatorio. Sin embargo, al hablar desde la posición del otro como se verá luego, casi todos consideramos más seguro para nosotros que se cuente con un conjunto articulado de obligaciones esenciales que todos deben cumplir.

Este supuesto significa que el primer paso, por muchos criticado entre otras cosas, para avanzar en el largo proceso de mejoramiento de la calidad, sería definir una serie de condiciones que hemos dado en llamar *esenciales* y que cualquier prestador debe cumplir. Estas condiciones, como bien se le sabe denominan en el lenguaje internacional de la calidad como certificación. En el caso colombiano, declaración de requisitos esenciales. Ahora bien, este desarrollo político, técnico y normativo ha significado un esfuerzo de análisis de la realidad del país y requiere múltiples ajustes. La definición de mínimos incluye serios cuestionamientos administrativos, técnicos económicos y, desde luego, éticos. Teniendo en cuenta que es el Estado el que toma la decisión de definir los mínimos, y que esos mínimos pueden variar de acuerdo con muchas condiciones geográficas, técnicas culturales etc. Sin embargo cabría la introducción del concepto de igualdad y señalar que todos los colombianos sin importar su condición, tienen derecho a recibir igual CALIDAD para el mismo servicio. El debate también se refiere a la regulación del gasto en salud y de las inversiones de tal manera, que se optimice la utilización de los escasos recursos disponibles y se empleen en lo que en verdad se necesitan.

El concepto de requisitos esenciales para la prestación introduce algunos correctivos a las limitaciones del modelo y permite que los usuarios tengan una mayor garantía de calidad. A la vez la posibilidad evidente de que un proveedor de salud que no cumple requisitos, sea contratada, sin cumplir con los mismos, lo cual es competencia desleal, disminuye. Otro de los incentivos principales de la propuesta es influir en los prestadores en la formación de una cultura de la calidad.

Los requisitos esenciales tienen varios objetivos prácticos. En un sistema de competencia como el descrito, es necesario introducir elementos de regulación que eviten que un proveedor de servicios que no cumple con unas condiciones mínimas, pueda prestar los servicios en iguales condiciones que otro que ha realizado inversiones y que se preocupa por la calidad de lo que hace. Esta condición se presenta con frecuencia, sobre todo si las tarifas son las mismas para todos. Es claro que la introducción de requisitos tiende a favorecer al que los cumple, si bien queda el problema de que ocurre con los que no los cumplen sobre todo si pertenecen a la llamada red pública, que de todas maneras debe cubrir a los más necesitados. Las decisiones políticas, en este sentido, se basan en la definición de los mínimos, de tal forma que solo se admitan condiciones muy generales y se tiendan a atenuar los riesgos en la prestación.

Una utilidad política sobre todo en modelos descentralizados, es la optimización de las inversiones en el sector que deben hacer los gobernantes territoriales. Durante mucho tiempo en nuestro país se han gastado importantes recursos en tecnología no necesaria, inadecuada o francamente inútil, lo cual ocurre también con las construcciones. Una buena forma de impedir estos gastos es canalizarlos en procesos de concertación territorial hacia el cumplimiento de aquellas condiciones mínimas que no se poseen.

Por otra parte, la definición de requisitos debe trascender el ámbito de la simple estructura, lo cual se ha intentado de manera general en la reglamentación recientemente expedida¹³. Se consideran, además de los tradicionales elementos de estructura física, dotación, talento humano, otros más relacionados con el proceso y aún con el resultado, como los elementos de auditoría, los procedimientos técnico-científicos explícitos, etc. Esto proporciona un avance a una de las dificultades más grandes en la evaluación de la calidad y es la de centrarse exclusivamente en la estructura, lo cual ha sido una tradición en nuestro caso y en el de muchos países.

Otro elemento a considerar es el desarrollo del llamado modelo de acreditación de salud, acerca del cual hay que decir que los requisitos esenciales se convierten en la base para que las instituciones empiecen a generar procesos de mejoramiento de la calidad por encima de los niveles mínimos requeridos, con lo cual deben ganar espacio de competencia y, por tanto, el diseño del sistema debe incluir estímulos adicionales, bien sea en tarifas, exenciones tributarias, etc. a quien supere las condiciones esenciales. Es bueno señalar que en este proceso existen retrasos que deben ser materia de estudio y decisión del gobierno nacional, teniendo en cuenta que en el escenario internacional muchas de nuestras prestigiosas instituciones necesitan acreditarse para poder competir.

Existen además algunos trabajos adelantados en otras estrategias del sistema que de una u otra manera contribuyen a mejorar la calidad de la atención, por ejemplo, los relacionados con la regulación de la tecnología médica, en cuanto a su importación, uso, etc. La elaboración y aplicación práctica de planes de mejoramiento de la calidad es responsabilidad de todos los actores del sistema. El desarrollo de un sistema único de información en el sector y sobretodo la utilización de la información que el sistema genera de tal manera que contribuya al proceso de toma de decisiones, lo cual es un objetivo del sistema que beneficia la calidad global del mismo. Debe tenerse en cuenta que la utilización de los desarrollos tecnológicos en materia de informática es un reto para los modelos de salud que no los usan, así, la implementación de software para el diligenciamiento de la historia clínica, por ejemplo, puede ayudar a resolver algunos problemas de calidad y a generar discusión sobre otros aspectos tales como el tiempo dedicado a la consulta.

Desde luego, para cada una de las diferentes estrategias planteadas, existen una serie de adelantos, que no se pueden citar en esta presentación. Lo importante es resaltar la posición política, claramente abierta, al abordaje del tema como una prioridad, teniendo en cuenta sus implicaciones sociales, económicas y políticas.

ALGUNOS ELEMENTOS PARA LA DISCUSIÓN

El debate está abierto y muchas de las preguntas sin responder. Quizás el mensaje más importante es tener claridad sobre la dinámica de los cambios. Nos guste o no, nuestra forma tradicional de asumir el rol de prestadores de servicios ha sido cambiada para siempre por actores externos, a veces preocupados excesivamente por las cifras, con criterios que a nosotros nos parecen infundados y deshumanizados pero que de todas maneras son reales y presentes. Se quedan sin abordar muchos elementos del modelo de salud, de sus mecanismos de regulación, de la medición misma de la calidad. El esfuerzo político hasta la fecha, ha sido orientado parcialmente a mirar con detenimiento los problemas estructurales asociados con la calidad. No cabe duda de la necesidad de mejorar la estructura física y de personal de nuestras instituciones; para mejorar la calidad de la atención se necesitan lugares más cómodos, más seguros, más amigables y adaptados a los nuevos requerimientos y deseos de la población. Pero a su vez, la calidad debe ser examinada en el proceso y allí los avances son menores, recién ahora comenzamos a ver la necesidad de colocar en explícito las pautas seguidas por los profesionales de la salud y surgen controversias relacionadas con las llamadas guías y los protocolos de atención¹⁴. Más allá está el problema de la evaluación de los resultados¹⁵, para lo cual cada vez resulta más necesario desarrollar indicadores sensibles y, sobre todo, mecanismos de comparación de resultados entre instituciones.

Independientemente del modelo de prestación de servicios que un país escoja, es indudable que la calidad es un tema de constante controversia y de búsqueda continua para los profesionales de la salud, al punto de convertirse en una obligación cotidiana. Desde el punto de vista de la justicia sanitaria, resulta conveniente tener en cuenta que los países deben desarrollar pactos explícitos sobre las coberturas de sus sistemas y hacer un balance de los gastos en los que puedan incurrir, de acuerdo con sus propias posibilidades financieras. Debe entenderse, en

todo modelo a propiciar, como objetivo político el acceso con equidad lo cual significa posiblemente la focalización hacia grupos pauperizados o en condiciones de extrema pobreza lo cual no es extraño en nuestros países. Los pactos deben ser difundidos, conocidos y apoyados por todos y evitar los dobles mensajes a través de mecanismos jurídicos que obren en paralelo, vindicando derechos que no pueden ser cubiertos por el sistema de salud.

Para el caso colombiano probablemente existe la necesidad de intervenir algunos elementos que han perturbado el desarrollo armónico de la propuesta teórica, principalmente aquellos relacionados con la utilización adecuada de los recursos por entes territoriales con notorias deficiencias de gestión, las evidentes limitaciones para ejercer controles adecuados y, por tanto, la pérdida de recursos que durante la etapa de transición hubiesen podido aumentar los logros de cobertura. Los aseguradores deben ser vigilados y su papel en materia de promoción y prevención debe ser fortalecido en una visión de largo plazo en la que al asegurador le interese que su afiliado permanezca sano. Quizás uno de los puntos más difíciles de resolver es, cómo fortalecer el patrón de solidaridad dispuesto en la norma y atenuar los efectos graves de la evasión. No debe desdeñarse el impacto funesto de las condiciones generales de la economía y del país, que desde luego inciden en las posibilidades del sistema dado que, a menor empleo menores posibilidades de afiliación y por tanto menor cobertura. En cuanto a las diferencias establecidas en los planes es evidente que se presenta una condición que, durante la etapa de transición por lo menos, resulta discriminatoria con los pertenecientes al régimen subsidiado dado que tienen menor cobertura.

Esta evidencia, de tipo anecdótico, debe corroborarse con estudios. Algunos datos con relación a los indicadores de salud generales comparados con el gasto útil, sin embargo, permiten establecer problemas de calidad, en contraposición con los aparentes éxitos en el aumento de la

cobertura, de la seguridad social que, adicionalmente, debe evaluarse si se ha transformado realmente en servicios prestados.

Ahora bien, el sistema de Ley 100 introduce algunos elementos en la estructura del sistema de salud, incluyendo nuevas instancias de coordinación, gestión y control, tratando de introducir la participación activa de múltiples actores. El nuevo sistema cuenta con un Consejo Nacional de Seguridad Social con representantes de diversos sectores. Sin embargo, el elemento principal es la introducción de las llamadas Empresas Promotoras de Salud, EPS, que obran como asegurador y que deben financiar los posibles servicios de salud requeridos por sus afiliados, para lo cual disponen de una Unidad de Pago por Capitación (UPC) definida en el contexto de un plan de beneficios específico llamado Plan Obligatorio de Salud.

Una de las limitaciones del modelo, es la introducción de planes diversos de acuerdo con la posibilidad de que el usuario pertenezca al llamado régimen contributivo, es decir, a la población con un empleo o cuando accede al sistema por ser el beneficiario de un subsidio. La crítica se centra en la discriminación que la propia ley plantea, al disponer diferencias entre uno y otro plan es decir, al contemplar exclusiones en el plan de atenciones para el beneficiario del subsidio. La dificultad puede ser entendida como una decisión política acorde con los estudios que se hayan realizado para determinar las posibilidades financieras del sistema, según las cuales no era posible financiar completamente, el plan subsidiado. En una mirada más amplia los problemas relacionados con esta decisión se reflejan, además, en la financiación de cierto tipo de instituciones de salud que, por vocación, deben atender población pobre subsidiada con un plan que no cubre algunos riesgos que dicha institución presta. Esta situación fue analizada en su momento por el CNSS llegando a la conclusión de que era necesario incluir algunas de estas actividades en el plan subsidiado como de hecho ocurrió con la atención de fracturas, las colecistectomías. Analizado el problema, es evidente el

dilema: o cubrir con poco a muchos. o cubrir con mucho a pocos. Las decisiones de este estilo son un importante panorama del estudio de la Bioética, que debe empezar a estudiarse con mayor profundidad evaluando su impacto social, lo que ocurre en los escenarios hospitalarios etc. y teniendo en cuenta los serios cálculos actuariales y los análisis de las posibilidades de cobertura, con una u otra medida en los plazos mediano y largo.

En resumen, los conceptos de planes obligatorios de salud plantean agudos debates sobre las decisiones sociales en materia de justicia distributiva y de equidad. La concepción de una unidad de pago captada y la introducción de un asegurador que se convierta en garante del costoso riesgo de enfermar, son elementos de interés y de propuestas novedosas que deben ser analizadas en su contexto, teniendo en cuenta los recursos disponibles y las posibilidades de financiación de la salud de un determinado país. Al respecto, vale la pena señalar el papel que los organismos del legislativo y las altas instancias jurídicas juegan, en el éxito o el fracaso de una propuesta teórica; baste señalar dos ejemplos: la frecuente intervención de la corte constitucional para tutelar los derechos de los ciudadanos a la vida, en lo cual encuentro completamente legítima la argumentación, sin que se deban dejar de tener en cuenta las implicaciones para la sostenibilidad financiera del sistema en su conjunto, sobre todo si dichos beneficios tutelados no estaban contemplados inicialmente en los planes de beneficios señalados expresamente en la ley, pues se supone, que dichas limitaciones de los planes se atienen a las posibilidades financieras. Otro punto tiene que ver con que se modifiquen las condiciones iniciales de financiación y los compromisos que el Estado tiene con el propio sistema, como puede observarse en el caso de la contribución del Estado a la financiación de la subcuenta de solidaridad y la Ley 344, que disminuye dicha participación.

Otras observaciones contundentes al sistema incluyen los problemas de adaptación, de transición y de gestión, partiendo de una eviden-

te inmadurez en muchos de los procesos sociales y las necesidades para que cambios tan estructurales funcionen. La velocidad de los cambios, el carácter paquidérmico de muchas instituciones de salud públicas especialmente, la excesiva libertad para manejar los recursos en un país que además está viviendo un rotundo y profundo proceso de descentralización, generan en mi opinión, los mayores problemas del sistema. ¿Se tratará de que el modelo es inoperante? O, más bien, ¿que quienes lo operan carecen de formación, de la solidaridad y de la honestidad necesarias para dar forma a las propuestas teóricas?

Los mínimos ejemplos sobre los problemas del sistema de salud previo a la implementación de la ley, obligan a tomar posiciones más prudentes con relación al análisis del impacto de la reforma en términos de equidad, eficiencia, efectividad, dinámica de crecimiento, cobertura y, por supuesto, calidad. La consideración de evaluación debe ser, si los habitantes del país han ganado en condiciones reales, expectativas de uso y de satisfacción con el servicio recibido, etc. Debe acotarse, por otra parte, que los problemas generales de la sociedad, sus limitaciones internas y externas, sus relaciones con otros países, la posibilidad de vender adecuadamente en los mercados internacionales sus productos, las tasas de desempleo, el contrabando, la evasión, el porcentaje de población económicamente activa que trabaja de manera informal, etc. inciden de manera directa en el sector salud y lo determinan.

A partir de estos elementos generales, tratados en forma superficial por cierto, se puede proponer una revisión sobre la calidad de atención en el sistema de salud. Los elementos conceptuales en los que se basa y sus desarrollos. La observación de rigor desde la Bioética será, por supuesto, preguntarse si las propuestas de aseguramiento universal, la introducción de aseguradores, la definición de planes, etc. contribuyen a que mejore o a que empeore la calidad y ¿por qué?. A su vez, desde el punto de vista de la administración de los servicios de salud, cabe preguntarse si tenemos la calidad de atención que se puede pagar con los

recursos disponibles y, de no ser así por qué y cómo podemos mejorar. Desde esta perspectiva se resume estas transiciones con toda precisión, señalando: “la calidad de la atención médica no es ya un valor gratuito adjudicado al profesional de la salud por el mero hecho de ejercer su profesión. Ya no consiste sólo en otorgar servicios sino en otorgarlos bien. Ya no se trata de medir la calidad sino de mejorarla continuamente y garantizar al paciente que recibirá los mayores beneficios posibles con los mejores riesgos. No se trata solo de mejorar continuamente y garantizar un nivel adecuado de calidad sino hacerlo con eficiencia y de manera explícita”.

Desde luego, estas transiciones están mediadas por muchos de los factores que intenté describir al principio, el desarrollo tecnológico marca la calidad de la atención en salud, le impone nuevas obligaciones de instrucción y conocimiento a los profesionales de la salud y esto significa mayores costos para el sistema, los ejemplos abundan, en nuestro caso por citar sólo uno, el desarrollo de nuevos medicamentos eficaces para el tratamiento de los enfermos de SIDA. Significó la modificación del listado básico de medicamentos esenciales. Pero, además, hoy en día las poblaciones están mucho más informadas sobre estos avances, los tienen en el Internet, los preguntan a sus médicos o se los requieren al sistema. La pregunta es: ¿cómo establecer sistemas para controlar el creciente costo de la tecnología? ¿Cómo utilizarla racionalmente? ¿Cómo mediar las necesidades con los recursos disponibles?. A su vez, la calidad se ve cada día más influida por los elementos de la Macroeconomía, la globalización y la concepción, un tanto molesta para nosotros los profesionales de la salud, de que los elementos de medición, evaluación etc. provenientes de la industria sean aplicables a nuestro trabajo, lo cual puede conducirnos a la maquinización y cosificación del ser humano. De hecho, muchas de las críticas a los cambios (un poco la resistencia) se deben, en particular, a una concepción limitada de los aspectos humanísticos de la calidad que son de fondo, razón de ser de los profesionales de la salud. En ese sentido siempre se señala que la calidad

tiene dos grandes vertientes: la dimensión técnico científica y la dimensión interpersonal. Esta última se ha convertido recientemente en uno de los problemas más críticos, si se tiene en cuenta la imposición de determinados estándares, por ejemplo, tiempos precisos para la atención, indicadores concretos de desempeño, etc. Sin embargo, y en el contexto de un modelo de salud como el nuestro cabe, reflexionar si ese es el fondo del debate, si los tiempos de atención y las consideraciones de calidez y trato con los usuarios son previo o posterior a la implementación del nuevo modelo, si detrás de esa crítica no hay un grave problema de actitud y de vocación, si el interés económico de los profesionales no influye en esta actitud lejana y deshumanizada de algunos profesionales de la salud y sobre todo si es posible mejorar dichos elementos. A la vez, corresponde a los gestores políticos preguntarse si el excesivo énfasis en los indicadores, en la definición de tiempos, en la preocupación por la cobertura o en los flujos de los recursos ha puesto en riesgo la calidad global del sistema.

En este sentido, y teniendo en cuenta los avances del sistema, resulta más conveniente en mi opinión unificar los planes aunque se sacrifique la cobertura, lo cual resulta controvertido desde el punto de vista ético.

Otro elemento que debe resaltarse en esta síntesis es el análisis serio y profundo de los indicadores de salud, para evaluar los impactos reales del modelo en la salud de la población. En este punto, debe tenerse en cuenta la necesidad de evaluar el impacto en años de vida saludables perdidos, con el llamado perfil epidemiológico de transición, que agrega dificultades a las ya descritas. Los miles de muertos y heridos de nuestra guerra cotidiana, no sólo la de los grupos en conflicto, responsables de menos del 15% de las muertes, sino la de la gran mayoría de los asesinatos cometidos en riñas, robos, etc. Debe evaluarse con urgencia, en términos de los principios de la Bioética, si los planes de salud y el modelo propuesto incluyen opciones serias y propuestas de

solución más estructurales, que la de intervenir con costosa tecnología sobre los heridos o contar los muertos.

Con relación a la calidad, algunas críticas se relacionan con la validez de hablar del tema, cuando existen tantos problemas de cobertura, tantas limitaciones de tipo económico y tantos problemas por resolver. Nuestra repuesta siempre ha sido contundente: es justamente por los problemas, por lo que se hace urgente hablar de calidad. Sin embargo, los debates más grandes con relación al tema de la calidad se refieren, en el caso de Colombia, al tipo de decisiones políticas que se requiere tomar para impulsar la calidad de la atención, tema en el cual hasta ahora se están dando los primeros pasos, los pactos sociales por la eficiencia, la definición de condiciones mínimas de estructura. Proceso y resultado son avances, pero debe tenerse en cuenta la necesidad de que cada actor asuma su propia responsabilidad con la calidad, lo cual incluye al prestador y, de manera principal al asegurador, que adquiere en el modelo unas responsabilidades claras con su asegurado, las cuales hasta el momento están en proceso de asimilación por parte de todos los actores del sistema.

REFERENCIAS

¹ A propósito, vale la pena tener en cuenta la manera como ocurren los cambios de paradigma y la dificultad práctica que tenemos para concebir el mundo de manera diferente, Ver Thomas Khun, *La estructura de las revoluciones científicas*, Tercer mundo Editores.

² Es interesante tener en cuenta que este cambio histórico ocurre en nuestro país en forma transicional y en un periodo largo que abarca una concepción inicial, en la cual las enfermedades de los individuos no eran algo que pudiera plantearse en alguna relación con el papel del estado, puesto que ese era un terreno perteneciente a la vida privada y cada quien con sus propios medios debería resolver tales problemas. El que no contara con recursos podría acudir a la caridad pública o religiosa. Es hacia 1932 que se plantea la actitud del gobierno liberal interventor (López Pumarejo) "La salud es un deber del estado y la base del progreso nacional". Al respecto es de interés el excelente artículo "introducción a la Historia de la Salud en Colombia" Mario Hernández, en *Memorias de la Situación de la Salud en Colombia*. Instituto Nacional de Salud 1995.

³ Daniels Norman, *Is there a right to health care, and if so, what does it encompass?* Mimeo 1998.

⁴ *El hospital público tendencias y perspectivas* OPS-OMS1994.

⁵ M.I roemer. Y C Montoya Aguilar OPS 1988

⁶ "Conviene tener en cuenta que el término calidad de vida como bien lo plantea Diego Gracia, no proviene de la medicina, de la filosofía o de la ética, sino de la teoría empresarial primero y de la sociología después y que a la vez el término calidad es un término evaluativo, la calidad es un valor, no un hecho". *Fundamentación y enseñanza de la Bioética*. P.156.157.

⁷ Debe tenerse en cuenta el costo de la salud en EEUU cerca del 14% del PIB del país más rico de la tierra con deficiencias de cobertura cercanas al 35% de la población. En nuestros países el desperdicio, incluye múltiples factores como la ausencia de mantenimiento que daña los equipos, el robo y el sobrecosto de suministros etc.

⁸ *Profesión Médica. Investigación y Justicia Sanitaria*. Diego Gracia. 1998. P172.

⁹ Dworkin "Justice in the distribution of Health care" McGill Law Journal 1993.38(4): 883-898

¹⁰ Con relación al tema es de interés revisar el compendio "La reforma de la seguridad social en salud" Ministerio de Salud 1995 y el reciente artículo "La ley 100 entre la gradualidad y la cobertura" Juan Pablo Uribe y Henry Mauricio Gallardo en Economía Colombiana y Coyuntura Política Contraloría General de la República No. 271 Junio de 1998.

¹¹ "La necesidad de la calidad" Enrique Ruelas, en *Revista Calidad de Atención en salud* México 1994.

¹² "Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los países en Desarrollo" Lori Diprete Brown, Lynne Miller Franco, Nadwa Rafeh, Theresa Hatzell. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo internacional. E.U 1997.

¹³ Resolución 4252 de noviembre de 1997. Definición de requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud.

¹⁴ Ver "Guías Integrales de Atención, Elementos para el Debate" Carlos Edgar Rodríguez H, 1998. Minsalud. Documento de trabajo.

¹⁵ Al respecto sugiero revisar el excelente artículo "Como medir la calidad", Dr. Ramón Bel Castaño. *Revista "Vía Salud"* Número 5 1998.

PANORAMA DE LA JUSTICIA SANITARIA EN AMÉRICA LATINA

Julio Montt Momberg

Programa Regional de Bioética, Santiago de Chile, Chile

Durante estos días hemos presenciado una análisis de la *Justicia Sanitaria* desde diferentes puntos de vista abordados multidisciplinariamente. Hemos escuchado abordar el tema desde la Filosofía, desde la salud pública y la epidemiología y, por supuesto, desde la Bioética.

Me han solicitado que les entregue, a manera de un resumen de estas jornadas, las perspectivas y la situación de la salud en América Latina y si ésta responde al principio de la justicia.

La salud se vincula al desarrollo de otras áreas sociales, por lo que al analizar la situación de salud necesariamente éste se proyecta a otros campos del desarrollo social, por consiguiente, sobrepasa el contenido de la Bioética. Y abarca los de la ética social. Ya Van Rensselaer Potter poco después de crear el neologismo, comenzaba a pensar en una Bioética

Global que orientara las decisiones en otros campos y no solamente en el de la salud. En un artículo recientemente publicado, Potter reafirma estos conceptos y relaciona a la Bioética con el Medio Ambiente y los Derechos Humanos, y de esa manera -dice Potter- se hace la “*vida más vivible*”.

Carlos Maldonado recoge este concepto y lo grafica como un triángulo formado por la Ecología y la problemática que surge en relación con el medio ambiente, los Derechos Humanos y la Bioética. Por otra parte, Diego Gracia y Adela Cortina pronostican que la Bioética será la ética civil del próximo siglo, es decir, una Etica de mínimos, de acuerdos sobre ciertos principios por parte de toda la sociedad. Como parte de la Bioética, la *Justicia* en el ámbito sanitario y social será uno de esos principios.

En América Latina hemos comprobado la demanda por la aplicación de la Etica en muchos ámbitos de la vida y, principalmente, en el de la justicia, de una justicia global social, y principalmente en nuestra área de trabajo, de una justicia aplicada al ámbito sanitario, como también al de la seguridad social y al de la educación.

Con la experiencia adquirida en la Dirección del Programa Regional de Bioética puedo afirmar que, de la Bioética, el tema bioético que genera mayor demanda por su conocimiento -en América Latina- es el de la Justicia en el campo sanitario.

La situación de salud en América latina es una razón objetiva que explica el interés por conocer los fundamentos de la justicia desde la perspectiva de la Bioética y que se expresa en las jornadas y eventos que tratan el tema.

El Dr. Hernán Málaga, en su exposición, expuso algunas cifras estadísticas de Colombia que demuestran la existencia de inequidades

respecto a la situación de salud y del acceso a la atención médica. Esta realidad se repite en gran parte de los países. Por ejemplo, en Chile, si bien se han logrado bajar los índices generales de mortalidad infantil a 11 por mil, estos índices son de 42 por mil en las comunidades más pobres; por el contrario, en las de mejor situación económica; son de entre 2 o 5 por mil.

Estas inequidades que ocurren al interior de los países, también lo son entre países. Volveremos más adelante sobre el tema de la justicia.

Definición de Salud

En esta jornada se ha presentado como punto importante en el debate, la definición de salud. Estimo que este debate es muy oportuno y también tiene relación con la organización de los sistemas de salud y, por tanto, también lo tiene con la ética.

Parece que existe acuerdo en que la definición de la OMS es incompleta y más bien utópica, ya que pocas personas cumplirían con el requisito de completo bienestar psíquico o físico. Por no cumplir con esos requisitos, a las personas se las puede considerar enfermas. Un asmático, por ejemplo, a pesar de sus molestias está en condiciones de desarrollar sus actividades sin mayores problemas salvo las molestias propias a su condición. A propósito del asma, cada vez más se presentan nuevos cuadros alérgicos que no impiden a las personas trabajar. Así como éstos, existen otras entidades que se pueden considerar anormales pero que no impiden a las personas realizar su autonomía

Si se cataloga a la persona como enferma, ello puede tener consecuencias en su vida social o laboral debido a la discriminación que pueden sufrir. Esta consideración es muy atinente en los trastornos mentales.

Esta una de las reflexiones que nos induce a las exposiciones de este evento. Se nos propone definir la enfermedad, pero también debemos

debatir sobre los propósitos que se tienen para definir la enfermedad, tanto en el orden práctico como filosófico o ético.

Los países o las comunidades pueden tener buenos o malos indicadores de salud que reflejarán la situación de salud de la comunidad o la colectividad. Los individuos tenemos sensaciones o sentimientos frente a las alteraciones del cuerpo. El sentirse o no enfermo depende las características personales. Para los efectos de la vida, existen personas a las cuales una alteración orgánica o psíquica les impide su realización personal o el pleno desarrollo de su autonomía. En otras ocasiones, habrá una realidad objetiva que le impedirá, transitoria o permanentemente, realizar sus actividades por lo cual necesitará que la sociedad le ayude. Debemos continuar reflexionando sobre este tema para encontrar una definición de enfermedad que tome en cuenta estas consideraciones.

Necesidades en Salud

En los debates que se realizan en relación con la organización de los sistemas de salud, surge con mucha frecuencia la pregunta sobre cuáles son las necesidades de salud que debe satisfacer un sistema de salud. Más frecuentemente de lo deseado, las ideas se confunden fundamentalmente porque no existe un equilibrio en la consideración de las nociones económicas y humanísticas para proponer los cursos de acción.

La satisfacción de esas necesidades depende de la cultura y las tradiciones de las comunidades. Desde ese punto de vista, no puede negarse que ciertas comunidades recurren primero a la Medicina que ellas conocieron de sus antepasados antes que a la llamada "Medicina oficial". En Chile, se dice que el 20% de las primeras consultas se efectúan en la medicina tradicional o alternativa, o a los brujos, a los charlatanes, al farmacéutico o a los líderes de la comunidad que recibieron de generación en generación sus enseñanzas. La Bioética, nos debe orientar en el enfoque del tratamiento de estos temas para, por una parte, respetar

la diversidad cultural y, por la otra, educar para que cuando se justifique se recurra a la Medicina llamada "oficial".

El buscar soluciones a las necesidades para que las comunidades sean saludables, es la preocupación de la salud pública. La Medicina está encargada del cuidado y recuperación de la salud de las personas..

En la atención médica se dan las mayores inequidades, en las posibilidades de su acceso y en la calidad de la atención, producto muchas veces de la injusta distribución de los recursos.

En esta área de la salud, se generan muchos de los conflictos éticos por la errónea distribución de los recursos y por la organización de los sistemas de salud que, a veces, no consideran debidamente los valores morales en la atención de la salud.

El médico ya no está solo con el paciente en la consulta, hay terceros que están involucrados. Son los seguros, privados o públicos, las instituciones públicas o privadas. Al médico se le obliga a realizar el papel de doble agente, o abogado de sus pacientes o guardián de instituciones prestadoras o aseguradoras. O cuidan los costos que afectan a las instituciones o cumplen con la misión de entregar al paciente lo mejor para su recuperación.

La acción de estos terceros, especialmente de los seguros de salud, y la influencia de esta sociedad consumista en los profesionales, hace que la Medicina esté en riesgo de transformarse en una actividad comercial, carente de valores y de ética que, indudablemente, afecta a la sociedad y las personas. Con estas actitudes, le medicina pierde credibilidad lo cual no es bueno para la vida armoniosa de la sociedad.

Este afán de lucro presiona sobre los profesionales para solicitar, por ejemplo, más exámenes diagnósticos que los necesarios y el impacto

que producen las empresas proveedoras de tecnología hace que el médico entregue su responsabilidad clínica a los aparatos, más que a su juicio clínico. También los juicios de mala praxis presionan al médico en este sentido.

En síntesis, la Medicina se encuentra amenazada por muchos intereses ajenos al ámbito específico de la salud. Todo este entorno que se está generando, nos obliga a volver nuestra mirada a la ética, tanto en la Salud Pública como en la atención médica. Una y otras deben preocuparse por la persona, sea en el entorno de la comunidad o como usuario de un sistema de salud. Las personas son un fin y no un medio. Tienen dignidad y no tienen precio y todas son igualmente dignas de respeto, lo que es esencial considerar, para buena calidad en la atención. La justicia sanitaria tiene su razón de ser porque sus principios hacen que las preocupaciones se centren en las personas.

Justicia sanitaria

Frente a las brechas existentes en la atención de salud, surgen necesariamente propuestas para orientar las decisiones que corrijan estas situaciones. La Bioética y específicamente el principio de justicia, nos orientan para hacer lo correcto.

Nos parece que en lo sanitario el concepto de la justicia distributiva, de acuerdo con Aristóteles, y el concepto de equidad y solidaridad, nos entregan más claridad para aplicarlos en el campo sanitario.

¿Por qué justicia como equidad? Equidad en el sentido de focalizar los recursos y los esfuerzos en los más vulnerables y desprotegidos.

La OMS y la OPS procuran que los estados y los gobiernos se preocupen especialmente por los más necesitados, especialmente en el ámbito de la salud. En esta reunión se han escuchado repetidamente

los antecedentes que justifican estas recomendaciones de los organismos internacionales.

Una mayor preocupación por la disciplina de la Salud Pública contribuye a mejorar la equidad porque sus beneficios son compartidos en la sociedad, las que más se benefician son las comunidades en la medida en que sus condiciones de salud están en mayor riesgo.

En la atención médica comprobamos frecuentemente, que los recursos los consumen en mayor medida los sectores de altos ingresos, que los más pobres. Esta inequidad rompe con el respeto a que tienen derecho todos los seres humanos, porque todos merecen igual respeto a su dignidad.

La inequidad en la distribución del ingreso, en que una parte minoritaria de la población se lleva la mayor parte del PIB impacta negativamente en las condiciones de salud. En Chile, por ejemplo, el 20% más rico recibe el 60% del producto nacional y el 10% más pobre entre el 6%. Ellos, y los indicadores de salud, demuestran que en los sectores más pobres la frecuencia de ciertas patologías es mayor que en los de mejor situación económica.

Es inevitable que esta situación produzca en las personas la sensación de injusticia y de inequidad, porque se ven afectadas las oportunidades para el desarrollo de las personas.

Estos antecedentes justifican la aplicación de una Bioética que oriente la reflexión en Latinoamérica porque éstos constituyen nuestros problemas más importantes. El mundo anglosajón privilegia el principio de autonomía, que para nosotros, su consideración es fundamental en la investigación con seres humanos. Nuestro mundo latinoamericano, necesita resolver sus problemas de inequidad y de injusticia para lograr un desarrollo sustentable. No estamos proponiendo una justicia igualitaria. Proponemos trabajar para lograr una mayor equidad.

Mahal Da Costa nos provocó con otra reflexión. Ella, como se lo he escuchado a otros, se propone diferenciar en el campo de la salud “Bienes que son Públicos” y “Bienes que son Privados”. Los primeros corresponderían a las acciones que entrega la salud pública y que serían financiadas por el presupuesto del Estado. Los Bienes Privados serán la salud de las personas. Asumir esta diferencia puede tener consecuencias en el financiamiento de la Medicina y en la organización de los sistemas de salud. Al respecto, Engelhardt sostiene que la salud es un bien privado, por lo tanto, es responsabilidad de los individuos mantenerla. Siguiendo ese razonamiento, el Estado no tendría ninguna obligación frente a la salud de las personas.

Esto se contrapone con quienes sostenemos que la salud es un bien y un problema social. Por ejemplo, ¿la salud de los trabajadores es un bien solamente privado o individual, acaso su estado de salud no es importante para el desarrollo de las comunidades y de los países? ¿La salud mental de la sociedad no es importante para la marcha de la sociedad?

Esta provocación para el debate de Mahal, nos hace reflexionar sobre la necesidad de la participación de las personas en las bases conceptuales para la organización de los sistemas de salud.

Participación

La necesidad de que las personas participen en la construcción de los sistemas de salud se demuestra cuando los sistemas de salud diseñados desde la autoridad, en forma vertical, sin considerar la opinión de los usuarios, no funcionan por bueno que sea su diseño.

El desafío, en este sentido, consiste en encontrar las herramientas para lograr la participación. Esta participación puede darse propiamente en las comunidades que forman los municipios.

Unas reflexiones finales.

Hemos argumentado que la necesidad de justicia como equidad es una realidad en los pueblos de nuestra región. A ello debemos agregar el principio de la solidaridad, como una forma de hacer justicia. La solidaridad, entendida como una acción permanente para ayudar a los vulnerables y a los más pobres.

La Bioética es un modo, una herramienta, que nos orienta la reflexión en las decisiones para disminuir la injusticia y lograr una mayor equidad. Nuestros pueblos latinoamericanos son más pobres, pertenecen a los países en desarrollo. La inequidad también se da entre países, provocada por los más poderosos. Por ejemplo, los poderosos suscriben los convenios de libre comercio, pero no los respetan si ven afectados sus intereses nacionales y evitan la introducción en sus mercados de los productos producidos más baratos en nuestros países.

La Bioética y la Ética nos ayudan a reflexionar para fortalecer las acciones que puedan resolver de alguna manera estos problemas. No creo que los pueblos o las sociedades puedan ser felices viviendo con estas desigualdades sociales, en el ingreso, en la educación y en la salud. Es una desafío que debe nacer en el espíritu de cada pueblo.

ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

La crisis de valores que enfrenta la sociedad se proyecta a la vida y el desarrollo de las empresas y a las organizaciones en general. La carencia de valores éticos y morales en las organizaciones sanitarias tiene un impacto social mayor, porque la salud de las personas depende en gran medida de la consideración y el respeto de la organización hacia las personas

Las nuevas realidades políticas y económicas han cambiado a la sociedad convirtiéndola en una sociedad carente de valores, *value free*,

por lo que las personas están reclamando mayor moralidad para que la sociedad se cargue de valores *-value laden-*. Las empresas y las organizaciones han sentido el impacto de esta realidad que, entre otras cosas, determina que se privilegien los valores económicos sobre los humanísticos, como consecuencia de lo cual se comienza a olvidar de la ética.

Así como el cientificismo -predominio de los valores científicos sobre los humanísticos- fue determinante en el nacimiento de la Bioética, así también, las personas reivindican el respeto a los valores morales y fundamentalmente al respeto a su dignidad y a sus derechos, entre los cuales se encuentra el derecho a la salud, cuando el economicismo posterga al humanismo.

A este respecto, el Prof. Diego Gracia en un artículo sobre justicia sanitaria publicado en el *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud* en Mayo-Junio de 1990 expresaba: "la ética parece haber desatendido a la economía y a la política, y éstas, por su parte, han decidido prescindir de aquella, cuando no suplantarla lo cual es ya una forma de injusticia".

La ética es una saber racional que impulsa a hacer lo correcto, a discernir lo correcto de lo incorrecto, del bien y del mal, lo que hace que las decisiones que se tomen sean justas. Para que seamos dignas de respeto las personas actuamos éticamente y eso nos valora.

La ética en las organizaciones es también esencial para que sus decisiones sean justas.

Las organizaciones deben ser medios para la felicidad de otros, por lo que deben relacionarse con el mundo de los valores que dan sentido a la vida y que debieran darlo también a las organizaciones.

Si en el mundo de las empresas productoras de bienes materiales es importante su consideración a la ética, lo es mucho más, por la

connotación que tiene en la vida y la felicidad de los seres humanos, en las organizaciones que desarrollan sus actividades en el ámbito de la salud.

En las organizaciones sanitarias la carencia de principios éticos puede conducir a una mala calidad en la atención de las personas en sus necesidades de salud, lo que afectaría a la vida de toda la sociedad, por lo que están cargadas de una gran responsabilidad social. Sus principios éticos orientadores son, fundamentalmente, la justicia y la solidaridad. La justicia y la solidaridad en cualquier cultura, vida comunitaria o país, son valores a los que aspiramos todos, de todas maneras.

La ética en las organizaciones sanitarias le señalan el cumplimiento de los fines que le dan sentido a su actividad, que son la prevención de la enfermedad, la salud pública, o sea, hacer que las comunidades sean saludables y atender las necesidades de los individuos mejorando o aliviando la enfermedad. Esos fines no pueden ser sustituidos por otros, por ejemplo, priorizar la ganancia o el fin de lucro. Al decir de Adela Cortina, para procurar la satisfacción de esas necesidades las organizaciones deben desarrollar sus bienes internos constituidos por el cumplimiento de sus fines y objetivos, el respeto a sus usuarios como personas y a los trabajadores de la organización, y procurar que éstos desarrollen sus máximas capacidades.

Sus decisiones deben atender a las exigencias sociales que le imponen sus actividades, que deben fundamentarse en el respeto a los principios de justicia y solidaridad y a los derechos a la salud y a la asistencia sanitaria, que son Derechos Humanos..

Análisis de algunas organizaciones sanitarias

Las organizaciones que se relacionan con al campo sanitario son variadas en sus objetivos más específicos. Además de aquellas que se

encargan de la protección de la salud y de la atención médica, existen aquellas que son proveedoras de medicamentos y de tecnología para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Todas estas instituciones forman parte de todo el ámbito de la salud, por lo que también debiera, responder a principios éticos. Debemos reconocer que muchas de estas empresas poseedoras de grandes capitales de alcance transnacional, manejan jugosos presupuestos para la investigación que, legítimamente, deben recuperar. Sin embargo, si no llegan a ser accesibles para las personas no estarían cumpliendo con sus fines sociales de contribuir al mejoramiento de la salud. Un ejemplo dramático lo constituye el tratamiento de los enfermos con Sida, ya que el costo de las drogas más efectivas no está al alcance de la mayoría. Lo mismo puede ocurrir con el desarrollo de las vacunas, cuyo costo puede resultar inalcanzable para los enfermos en los países pobres. Todo este tema debe incluirse en el desarrollo de una profunda y efectiva justicia social.

Tal vez los que producen mayor controversia y debate, son los seguros de salud, especialmente los individuales, que han surgido como consecuencia del modelo neoliberal, ya que sus funciones son influenciadas por las nociones del mercado, lo que en salud, sabemos muy bien que no funciona de la misma manera que en otras áreas de la economía.

Los seguros de salud, especialmente los privados y con contratos individuales, ameritan ser analizados desde una perspectiva ética. Su desarrollo, en el contexto de modelo neoliberal, se ha extendido en nuestra región.

Desde el punto de vista de una ética de las organizaciones sanitarias, sus bienes íntimos estarían constituidos por una estructura que corresponda a sus objetivos de prevención de la enfermedad, de desarrollar la salud pública y de reparar la salud de las personas.

Los seguros privados se preocupan, en cambio, sólo por asegurar a personas, mediante el pago de una prima o de una cotización, en el financiamiento de las eventuales prestaciones médicas. No participan del financiamiento de programas de inmunizaciones, ni de los programas de medio ambiente o de contaminación de aguas y aire.

En nuestra región se han tomado como paradigmas de los seguros privados, los Institutos de Salud Previsional -Isapres- de Chile. Su análisis desde la ética puede utilizarse para fundamentar los juicios morales a otras instituciones similares que se están constituyendo en América Latina.

Por ejemplo, surge la pregunta si realmente dan satisfacción a los derechos a la salud y a la asistencia sanitaria. Estas instituciones responden al esquema de las aseguradoras que aseguran bienes materiales, por lo cual tienden a seleccionar los riesgos, lo que en salud significa discriminar a los ancianos, a las mujeres en edad fértil, a los discapacitados, a los enfermos con patologías mentales, etc. Por otra parte en el hecho práctico se da la imagen de privilegiar el aspecto económico sobre las necesidades de salud de sus afiliados. Sobre ello podríamos entregar numerosos ejemplos en el tema de las exclusiones o limitaciones en número de ciertas prestaciones, que más que racionalización de las prestaciones, aparece como un racionamiento de ellas. Su fin de lucro les condiciona estas decisiones. La cobertura de los planes de salud casi nunca son de un cien por ciento, lo que es extraordinariamente grave en situaciones catastróficas, derivadas, por ejemplo, de accidentes.

Como toda actividad comercial, sus ofertas son más generosas que las que se ven en la realidad.

Las Isapres en Chile fueron establecidas por una ley que no fue discutida por la población, es decir, que no hubo participación, lo cual es una condición para que las organizaciones sanitarias se legitimen.

Las Isapres cubren el financiamiento de la atención médica al 27% de la población. Ni siquiera en este ámbito son capaces de dar satisfacción a todas las necesidades de salud, especialmente ante situaciones catastróficas, lo que hace que emerjan otras organizaciones como las propias clínicas y los seguros comerciales, que aseguran bienes materiales, que están ofreciendo nuevas formas de seguros para cubrir lo que las Isapres no satisfacen.

Otra de sus características, es que no cubren la integralidad de las necesidades de una atención médica, como tampoco existe disposición para preocuparse por generar mejor salud, dicho de otra manera, de construir salud. Sólo se preocupan por cumplir con lo que se deriva del contrato suscrito individualmente y cuyas prestaciones se establecen de acuerdo a la cuantía de la cotización acordada, es decir, responden al concepto de la justicia contractual o conmutativa y no al de la justicia distributiva que es, a nuestro juicio, fundamental en la construcción de la justicia sanitaria. No hay que olvidar que la ley en el Gobierno Militar, estableció una cotización obligatoria para salud del 7%, que los ciudadanos pueden cotizarla en una Isapre o en el ente estatal del Fondo Nacional de Salud, Fonasa.

Sintetizando, y mirando el problemas desde la ética, estas instituciones aparecen supeditando sus resultados a los rendimientos económicos más que a la consideración de sus bienes internos que son dar salud o financiar las necesidades de atención médica de las personas.

Hemos resumido la actitud de estas organizaciones cuyas actividades tienen consecuencias negativas para la justicia sanitaria o la equidad en el ámbito sanitario, ya que discriminan frente al riesgo, no cubren la integralidad de las necesidades de sus beneficiarios, hacen prevalecer los conceptos económicos frente a los valores humanísticos, lo que no responden a los que deberían ser sus valores internos.

En la medida en que se pretenda establecer un racionamiento de las atenciones médicas, se ve afectada la ética y la actitud de los médicos, especialmente en las relaciones con el paciente. Como lo manifiesta E. Pellegrino, el médico recibe la presión de los seguros para que cuiden de sus intereses y, por la otra, tiene que responder a su vocación, a los fines de su profesión que son dar satisfacción a las necesidades de sus pacientes. Es así como el médico se transforma en el doble agente del que habla Pellegrino, guardián de los seguros o abogado de sus pacientes. En la vida práctica asistimos a que los intereses económicos comienzan a afectar profundamente la ética de los profesionales de la salud, lo que constituye otra de las caras negativas de estas instituciones.

Todas estas circunstancias hacen que la sociedad reclame por el respeto más profundo de los valores morales y a la ética, como parte de la Filosofía, para orientar las decisiones que resuelvan estas situaciones de injusticia que son contrarias a la construcción de una sociedad más justa, en definitiva más feliz. Quisiera terminar con una cita de Franco Montuoro que viene al caso para llamar la atención sobre el camino que lleva la sociedad: *“quieren construir un mundo sin ética, es una ilusión que se transforma en desesperanza en el campo del derecho, de la Economía, de la Política, de la ciencia y de la tecnología. Las grandes expectativas de un suceso pretendidamente neutro, alejado de los valores éticos y humanos, tienen resultados desalentadores y muchas veces trágicos”*.

¿QUÉ ES ESO DE LA JUSTICIA SANITARIA?

Pablo Rodríguez del Pozo

Consultor del Programa Regional de Bioética, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN

La influencia de la reflexión filosófica y moral sobre la Medicina, su ejercicio y sus fines, a través de la Bioética ha reconfigurado, en muchos aspectos, la práctica médica. Ella ha entrado en los hospitales, en los consultorios, en los centros de investigación. A la ética clínica y de la investigación se les deben logros bastante impresionantes en materia de *principios* (No maleficencia, Beneficencia, Autonomía, Justicia.), *método* (procedimientos de decisión), *legislación* (derechos de los pacientes) e *instituciones* (comités de ética), como señala D. Rothman. Sin embargo, en materia de justicia sanitaria, la práctica no parece haber sido permeada de manera equivalente por la Filosofía. Parece haber un abismo entre filósofos o teóricos, por un lado, y administradores, economistas y sanitaristas, por el otro.

Unos y otros parecen ignorarse recíprocamente, cuando no despreciarse mutuamente. Unos y otros insisten en utilizar los conceptos y métodos de su propio compartimiento estando: la ética aplicada y la Filosofía; la Economía y el sanitarismo. Igualmente, a unos y otros los empobrece esta ignorancia recíproca. En los cursos destinados a la formación de bioéticos, este sesgo parece mantenerse, o inclusive ahondarse. No se encuentran en este tipo de programas un número de horas destinado a la formación sistemática en economía (general y de la salud), o sobre administración sanitaria. Y estos conocimientos son críticos, previos a cualquier juicio de valor sobre los sistemas de salud y a cualquier teoría de la justicia, si se pretende que ésta sea algo más que un ejercicio en el vacío.

Pero sería injusto no recordar aquí que esta disociación ha sido objeto de preocupación y esfuerzos por parte, algunos funcionarios y académicos. Entre ellos debe de citarse al Dr. Julio Montt, Director del Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud y, cómo no, al Dr. Jaime Escobar, rector de la Universidad El Bosque. El programa de este Seminario es una prueba convincente de sus inquietudes.

En ética clínica existen al menos dos apotegmas sencillos y de sentido común: (1) que las buenas intenciones no siempre conducen a buenas acciones; y (2) que para el juicio y la decisión moral es indispensable conocer perfectamente los *hechos* involucrados; conocimiento éste que, si pretende ser veraz, deberá ser corroborable y corroborado a través de un método apropiado, desapasionado y libre de prejuicios. Científico, en suma. Pero estas máximas suelen ser olvidadas en la reflexión moral sobre distribución de recursos.

En las páginas que siguen se intentará hablar de justicia sanitaria desde un enfoque más integrador, tratando de superar la deformación profesional de los bioéticos. No se pretenderá responder a la pregunta sobre qué es la justicia sanitaria. No. Sencillamente se tratará de aportar

algunos materiales para construir una teoría realista de la justicia sanitaria; todo ello de manera muy incipiente y provisoria. Llegar a una teoría válida y –sobre todo– realizable, es tarea de como mínimo una generación. Ojalá estas páginas lleven a alguien a pensar que la tarea está ya iniciada, o –al menos– a punto de iniciarse.

MARCO GENERAL

Al hablar de justicia sanitaria se partirá del supuesto –válido– de que existe un derecho a la asistencia sanitaria en sentido pleno, esto es, expresado en una norma jurídica válida. En Colombia, por ejemplo, en la Ley 100, que será objeto de debate en este mismo Seminario. Pero la sólo existencia de una ley no garantiza la materialización del derecho. De allí, que deba pensarse en cuáles serán los contenidos justos y los límites también justos de ese derecho. Debe pensarse, en otros términos, en una distribución de la asistencia sanitaria que sea compatible con el igual derecho que cada individuo tendría a ella.

Una teoría distributiva de asistencia sanitaria que pretenda establecer los contenidos y límites de la prestación que exige el derecho debería fundarse en:

- (a) Una teoría de la necesidad asistencial, basada en su significación para la salud en el marco de una sociedad, en el concepto de salud y en la estructura de la demanda asistencial, construida ésta sobre las expectativas de los individuos y los intereses y pareceres de los prestadores; y
- (b) una caracterización de los contenidos y límites de la asistencia sanitaria debida como prestación individualizada, según su compatibilidad con los derechos de todos, ya en cuanto a la asistencia misma, ya con relación a otros intereses.

Ambos puntos serán tratados enseguida.

TEORÍA DE LA NECESIDAD ASISTENCIAL

Cuando la salud era definida como la ausencia de signos y síntomas de enfermedad, y cuando la medicina era poco eficaz; cuando la casi totalidad de las prácticas asistenciales podían ser realizadas por el médico y con el instrumental que cupiera en su maletín, el problema de definir las necesidades asistenciales ni siquiera se planteaba. La razón era que todas las posibilidades de la ciencia, del arte y de la técnica quedaban muy por debajo de la satisfacción real de tan siquiera las necesidades más elementales.

Modernamente, sin embargo, la salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como el más completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad. A su vez, el progreso científico y técnico, juntamente con el gigantesco crecimiento de la industria de la salud, han conseguido que hoy esté disponible una gama inusitada de medios diagnósticos y terapéuticos, no sólo ya capaces de satisfacer la generalidad de las necesidades asistenciales, sino de crear nuevas necesidades, muchas de ellas espurias, y de satisfacer deseos y preferencias individuales con relación al cuerpo y a la salud, o vinculadas a la práctica asistencial profesional. Se ha provocado también una fe, a veces ciega, en las posibilidades de los medios terapéuticos individuales, olvidando que la salud no depende demasiado de ellos sino, antes bien, de los métodos poblacionales. Finalmente, la definición de necesidades asistenciales muchas veces ha escapado del campo de las determinaciones filosóficas y empíricas para convertirse en un recurso político.

Aproximarse a una respuesta a la pregunta sobre qué son necesidades asistenciales exigirá, en primer lugar, comprender la teoría causal de la salud y de la enfermedad. Posteriormente, será preciso que se delimiten las posibilidades de los servicios asistenciales en su tarea de mejorar efectivamente la salud de los individuos. Las posibilidades reales de

la asistencia sanitaria constituirán uno de los pilares científico-fácticos sobre los cuales construir un concepto de la necesidad asistencial. El otro pilar será la estructura de la demanda asistencial, generada sobre una definición demasiado amplia de salud, sobre expectativas a veces irreales en cuanto a los servicios asistenciales y sobre la inducción de la demanda por parte de los prestadores. Todo esto llevará a diferenciar el concepto de necesidad del concepto de demanda asistencial.

En suma, los elementos con que debería contar una teoría de la justicia sanitaria son:

- 1) Teoría causal de la enfermedad y de la salud.
- 2) Teoría de la asistencia sanitaria y su papel para la salud.
- 3) Teoría de la demanda asistencial, que comprenda:
 - una definición adecuada de salud y enfermedad.
 - una definición sobre el papel de las expectativas.
 - una definición sobre el papel de la demanda inducida.

La enfermedad y la salud, consecuencias de las condiciones socio-culturales y ambientales

Sócrates consideraba que la salud era fruto de un estilo de vida mesurado. Cualquier seguidor de Sócrates en este punto, podría coherentemente preguntarse si es justo (como no sea por caridad) proveer el mismo nivel de prestaciones asistenciales a todas las personas, si su salud o su enfermedad dependen de la adopción voluntaria de hábitos nocivos para la salud, o de estilos de vida saludables. Igual lo consideran hoy algunas teorías de justicia sanitaria, como la de Tristram Engelhardt (seguidor de R. Nozick), para quien existen daños injustos (los causados deliberadamente por otros) y daños o enfermedades desafortunadas, que no dependen de la culpa de nadie, más que de la del propio enfermo -si es que de alguien depende- y por lo tanto nadie tiene obligación moral de asistir a esta clase de enfermos.

Pero el desigual estado de salud y enfermedad en una población, por lo general reconoce su origen en desigualdades sociales más amplias y más profundamente enraizadas. En este sentido, dice el Informe de la Organización Mundial de la Salud correspondiente a la "Reunión sobre determinantes socio-económicos y consecuencias de la mortalidad" que tuvo lugar en México D.F., en junio de 1979:

«Las divisiones sociales configuran todas las relaciones sociales-humanas y constituyen el marco en el que se desarrollan los procesos sociales y luego biológicos que conducen a la enfermedad y la muerte. Las diferencias socio-económicas, como determinantes de morbilidad y de muerte son distintas de factores tales como el peso al nacer, el sexo, la edad, el grado de nutrición, el hábito de fumar o la calidad del agua. (...) La distribución de las clases sociales es, en sí misma, una determinación de los niveles de mortalidad (...) por lo tanto, se pueden lograr cambios en las tasas de salud y de mortalidad no sólo mediante medidas sanitarias (...) sino también a través de cambios en la estructura de clases y, en particular, mejorando las condiciones de vida de los grupos más pobres y más desheredados».

Por esta razón, el acceso a los servicios asistenciales para todos, pero a los que acudirán de hecho los menos favorecidos en materia de salud, puede llegar a ser visto como un paliativo de unas desigualdades sociales más genéricas. El problema de la justicia sanitaria no se agota, pues, con una distribución justa de los servicios para la salud o -si se prefiere- para la enfermedad. Por esta razón, centrar una teoría de justicia exclusivamente en el reparto de este tipo de servicios parece, como mínimo, empobrecedor, si no parcializado.

El papel de la asistencia sanitaria

Al hilo de lo anterior, es menester dilucidar cuál es el papel de la asistencia sanitaria en el mantenimiento de la salud de las poblaciones y

de los individuos. En la antigüedad clásica dos divinidades simbolizaban la lucha contra la enfermedad: Higeia y Asclepio. La primera de ellas era probablemente una emanación personificada de Atenea, diosa de la sabiduría y de la razón. Aunque identificada con la salud, Higeia no estaba relacionada con el tratamiento de los enfermos. Más bien su papel era el de guardiana de la salud, y simbolizaba la creencia de que los hombres pueden mantenerse sanos si viven de acuerdo con la razón. Por su parte, Asclepio, hijo de Apolo, y de quien Hipócrates era reputado descendiente, era el dios que curaba a los enfermos. En un principio el culto a Higeia era el predominante, pero a partir del siglo V a.C., cuando la Medicina se convirtió en *tekné iatriké*, se racionalizó y obtuvo sus primeros éxitos, progresivamente se fue extinguiendo para ceder su puesto a Asclepio. Desde entonces, y hasta nuestros días, el predominio de la orientación terapéutica, alimentó a lo largo de toda la historia el desarrollo de una ciencia médica más preocupada en curar que en prevenir, centrada en el individuo, más que en la población. Sin embargo, la orientación curativa de las ciencias médicas, especialmente impresionante en esta última mitad del siglo, no es la causa directa e inmediata del mejoramiento de los indicadores de salud. Antes bien, esto último está relacionado con otras causas.

En efecto, el mejoramiento de la salud de la población, está demostrado que depende fundamentalmente de factores diferentes de la atención sanitaria. Esos factores son el mejoramiento del medio ambiente, la alimentación, la vivienda, la educación y la promoción sanitaria; como se comprende, están alejados de los simples éxitos clínicos asistenciales terapéuticos. Como ya afirmaba William Beveridge (1879-1963), el autor del célebre Informe de 1949 que dio lugar a la creación del National Health System Británico: «para lograr un adecuado nivel de salud en una sociedad es necesario erradicar la ignorancia, la falta de higiene, la indigencia, el desempleo y la enfermedad, en ese orden. La erradicación de las cuatro primeras lleva a minimizar la necesidad de luchar contra la enfermedad».

Esto ha sido luego ratificado por la Organización Mundial de la Salud, en un informe conocido como "Informe Grundy-Mackintosh", de 1975. Dice, en uno de sus párrafos más elocuentes:

«La mejoría de la salud -en este siglo- le debe más a los cambios en el ambiente externo (...) no nos enfermamos por la falta de una terapia específica protectora, sino debido a que vivimos en un medio ambiente más saludable. En su preocupación por la minucia del diagnóstico y la patogénesis de la enfermedad, la medicina está en peligro de denegar lo que más acusadamente la ha provisto de su más poderoso recurso, la manipulación medioambiental».

Y como más recientemente ha dicho el profesor de la Universidad de Stanford, V.Fuchs, se ha demostrado que:

«Cuando el resto de las variables determinantes del nivel sanitario permanecen constantes, la contribución adicional de la asistencia médica es, para ese nivel sanitario, muy pequeña en las naciones modernas».

Esto significa que la asistencia sanitaria, en general, posee un alcance limitado en cuanto al mejoramiento de la salud de los individuos de una determinada población.

Para hablar de justicia sanitaria debe establecerse este primer límite: ella estará referida, en el marco de una teoría de la justicia más amplia, a todo aquello que no se consiga mediante medios más apropiados, tales como la eliminación de las grandes desigualdades sociales y la prevención de la enfermedad. En este contexto, la justicia sanitaria estará referida a las necesarias -y debidas- intervenciones *a posteriori*, una vez que la enfermedad ha hecho aparición, o una vez que se ha detectado una situación individual de riesgo.

Aquí, además de los ya vistos límites que posee la asistencia sanitaria en cuanto al mejoramiento de la salud, es preciso proseguir con al menos

dos aclaraciones. La primera se refiere al concepto de salud que se utilice. La segunda está referida a la formación y estructura de la demanda de asistencia sanitaria, para diferenciarla de las necesidades asistenciales.

El concepto de salud

No toda exigencia de intervención médica está orientada a satisfacer una necesidad humana básica relativa a la salud, sino que puede responder a otras causas. Así, por ejemplo, no cumplen la misma misión la rehidratación de un niño que padece de diarrea estival y se halla en estado de coma, que la extirpación de un seno a una golfista profesional para que mejore su *swing*. Si hay casos extremos, como los apuntados, habrá, como se comprende, casos intermedios y zonas de penumbra en donde la satisfacción o no de una necesidad resulte difícil de discernir. Lo que se pretende decir aquí es que el concepto de enfermedad es relativamente dinámico, y depende en gran parte de las condiciones sociales en cada lugar y en cada momento. Por ello, no basta por sí solo para definir la necesidad asistencial.

La estructura de la demanda asistencial

En tanto es un bien, la asistencia sanitaria puede ser vista como surgiendo de las transacciones entre 'proveedores' y 'consumidores'. Estas transacciones serían el resultado de elecciones racionales realizadas sobre las preferencias individuales de los demandantes y los deseos de los oferentes. Desde el punto de vista de la economía clásica, existen "demandas" por contraposición a "necesidades", ya que este último sería un concepto mecánico. La demanda, en este sentido, implica autonomía de lo individual, la elección según deseos y preferencias. Sólo el esclavo tendría, en esta concepción, necesidades; el hombre libre poseería demandas ordenadas en función de sus deseos y preferencias. Según este esquema no habría, pues, necesidades, sino simplemente demandas subjetivas. En este contexto, por "demanda" deberá entenderse "la can-

tividad total de un determinado bien o servicio que el consumidor desea y puede comprar a cada precio posible durante un determinado período de tiempo”.

Pueden describirse, según esta definición, al menos dos elementos bien diferenciados, sin perjuicio de teorías más complejas, a saber: 1) los deseos o necesidades del consumidor y 2) el potencial económico de tal consumidor. En los mercados de bienes y servicios generalmente considerados, la demanda tenderá a incrementarse toda vez que tales dos elementos crezcan. Pero en materia sanitaria-asistencial, la demanda presenta algunas características especiales.

La demanda individual -personalísima- de asistencia sanitaria se derivaría de la idea de la existencia de un nivel óptimo de salud, el cual cada uno compara con su estado de salud presente. Si a resultas de tal comparación se desea alcanzar un mejor nivel de salud, la persona va en busca de atención médica. No obstante: (a) es normal que las personas realmente ignoren tanto su estado presente de salud y el estado de salud que podrían realmente alcanzar, cuanto los tratamientos disponibles y el diferente grado de eficacia de cada uno de ellos; y (b) será el médico quien tenga a su cargo establecer lo uno e informar sobre lo otro. Aquí se verán, pues, el problema del desconocimiento y el exceso de expectativas sobre las posibilidades de la medicina asistencial, y el fenómeno de la demanda inducida.

El mito de la medicina asistencial

Los logros, a veces espectaculares, de la Medicina generan en las sociedades modernas unas expectativas crecientes y una inmensa fe en la efectividad de esta ciencia. Hay una inclinación de las personas a ver la salud y la enfermedad como causalmente dependientes de los medios diagnósticos y de la medicina curativa. Los pacientes tienen expectativas irrealísticamente altas en cuanto a la capacidad de la asistencia

médica para mejorar la salud, por lo tanto, demandan servicios innecesariamente. De manera análoga, los pacientes tienden a pensar que en tanto más costoso, complicado o inclusive riesgoso o doloroso resulte un procedimiento diagnóstico o terapéutico, más efectivo será. Todo esto constituye una nueva y verdadera 'folk medicina' sobre la que no existe, sin embargo, un planteamiento paralelo en cuanto a que ella puede estar teñida de consideraciones económicas y sociales más amplias. Dicen, en este sentido, dos expertos estadounidenses:

«Una nueva folk medicina ha surgido, rivalizando con aquella de los antiguos médicos-brujos. La tecnología médica (...) es tan compleja y mitificada como la tecnología espacial. Y el paciente ha sido educado mediante todas las noticias sobre las "hazañas espaciales" de la medicina -trasplantes de corazón, diálisis renal, medicamentos maravillosos, terapia nuclear, etcétera- para esperar algún pequeño milagro en su propio caso: una nueva y prodigiosa droga u operación. Y los milagros, por su misma naturaleza no son ni explicables ni entendibles».

Se impone, pues, una tendencia al sobre-consumo y a la sobre-utilización de los bienes y los servicios médicos diagnósticos y terapéutico-asistenciales cuya razón debe buscarse en las expectativas creadas en cuanto a la efectividad de la medicina curativa, y a la fe, a veces ciega, que los pacientes depositan en ella. En fin, existe hoy un modelo asistencial que desempeña el papel una nueva folk medicina en la cual se confía ciegamente y a cuyo consumo se vuelcan masivamente los ciudadanos de las sociedades modernas.

Así, en materia de asistencia médica es imposible, pues, decir que existen limitaciones a la demanda en función de la totalidad de los deseos y preferencias de los miembros de una población. Esta situación tiende a agravarse cuando la provisión de salud está asegurada sin costo para el paciente, como ya lo advirtió Enoch Powel, ministro de Sanidad del Reino Unido entre 1962 y 1965, enunciando lo que se ha llamado

desde entonces la *ley de Powell*: Cuando un servicio es considerado 'gratuito' en su origen, su demanda se vuelve insaciable.

La demanda inducida

Pero no son solamente las expectativas de los individuos con respecto a las posibilidades de la ciencia las responsables de la disociación entre la demanda de asistencia sanitaria, por un lado, y las necesidades asistenciales, por el otro. En efecto, hay otros importantes aspectos que distinguen la formación de la demanda de asistencia sanitaria: primero, que la más importante demanda sobre el uso de recursos sanitarios proviene principalmente del proveedor clave, el médico, más que de los pacientes. Segundo, que los pacientes en muy poca medida pueden sopesar el tipo de asistencia que han recibido o están recibiendo. Tercero, que como los pacientes frecuentemente desean los servicios médicos de manera urgente, ven limitada la posibilidad de establecer comparaciones entre varios proveedores.

Es el médico quien define qué es y qué no es enfermedad, y quien determina cuál ha de ser o no ser el procedimiento diagnóstico y terapéutico a seguir; en la relación médico-paciente hay una gran desigualdad de poderes: el enfermo es un cliente débil, vulnerable y necesitado de ayuda. Está, por lo tanto, muy poco preparado para poder efectuar sus propias elecciones racionales entre diversos bienes y servicios de manera tal que maximice su satisfacción. Mal puede entonces cumplir con un cierto papel soberano, como cuando procura satisfacer cualquier otra necesidad.

El médico es el agente del paciente para tomar por él las decisiones relativas a la demanda de asistencia sanitaria. Por todo lo dicho puede afirmarse que el proveedor de asistencia, el médico, es a la vez el demandante, mucho más que el propio paciente. Resulta sumamente difícil, cuando no imposible, distinguir entre las necesidades del paciente como

demandante de bienes y servicios, y los pareceres o intereses del médico como solicitante de ellos. En el terreno de la asistencia sanitaria la demanda, pues, tiende a ser demanda inducida, que se podría definir como la solicitud por parte de los médicos de la prestación de sus propios servicios, según sus criterios, preferencias e *intereses*.

Expectativas, demandas y necesidades

De todo lo dicho sobre las expectativas de los individuos y sobre la demanda inducida se infiere que la demanda de asistencia sanitaria puede ser vista hoy, por lo general, como inmensamente mayor que las *necesidades básicas humanas* que dicha asistencia está dirigida a satisfacer.

Esto lleva a pensar que si el derecho a la asistencia sanitaria es algo diferente, como lo es, de un posible "derecho a la satisfacción de todas las expectativas, deseos, preferencias e intereses", los contenidos de la prestación asistencial deberán restringirse al campo de las necesidades básicas, y no extenderse al total de la demanda asistencial. La demanda de asistencia sanitaria es ilimitada, tanto por que la lucha contra la muerte es algo infinitamente deseable por los individuos, cuanto por que la industria médica moderna ha desarrollado medios espectaculares y a veces exitosos para prolongar la vida (aunque no ha habido, evidentemente, un desarrollo paralelo en cuanto a los medios de evitar la enfermedad), cuanto por la capacidad de los proveedores de demandar sus propios servicios. Como afirma el director del Hastings Center, D.Callahan:

«Si creemos que es obligación del sistema asistencial como un todo satisfacer todas y cada una de las "necesidades" individuales curativas, permitiendo que el deseo, la demanda, la investigación y las posibilidades científicas determinen qué cuenta como necesidad, la tarea será infructuosa y desesperanzada».

CONTENIDO Y LÍMITES DE LA ASISTENCIA SANITARIA DEBIDA

La necesidad asistencial estricta. Asistencia sanitaria eficaz

Según todo lo expuesto, ya se puede aclarar qué son las reales necesidades asistenciales de los individuos. Hablar de necesidades *strictu senso* será referirse al tratamiento de la enfermedad y sus manifestaciones. Ello exigirá del sistema institucional que tenga a su cargo la provisión de asistencia sanitaria, en primer lugar, una definición de salud socialmente consensuada y, aunque abierta y revisable, muy estricta.

En segundo lugar, una discriminación científicamente fundada de lo que es rigurosamente requerido en materia asistencial, en función del fin de restaurar la salud o de tratar la enfermedad, dejando de lado cualquier otra clase de reclamación que se plantee por los individuos, que caerá fuera de lo jurídicamente debido.

Por último, considerar las necesidades en sentido estricto exigirá que el sistema adopte unos lineamientos médico-asistenciales según sus fines, tomando conciencia de que “lo posible”, “lo factible” y “lo deseado” en materia de medicina asistencial pocas veces es “lo necesitado”, y, por ende, pocas veces será “lo debido”.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido una definición de eficacia que dice así:

«Eficacia es el beneficio o la utilidad de un servicio, tratamiento, régimen, droga o control para el individuo».

En este sentido, la asistencia sanitaria correcta deberá ser asistencia sanitaria eficaz. La necesidad asistencial es, en otras palabras, necesidad

de asistencia sanitaria eficaz. La pretensión moral fundante del derecho a la asistencia sanitaria es la exigencia de recibir asistencia sanitaria eficaz. La pretensión no puede extenderse más allá de ese límite, como así tampoco, el mandato de la ley que la juridiza. El derecho es, pues, en primer lugar, *derecho a la asistencia sanitaria eficaz*.

La efectividad como límite

No obstante lo dicho, la teoría de la distribución de asistencia sanitaria que pretenda establecer los alcances de la prestación que exige el derecho, debe fundarse no sólo en la necesidad individual, relacionada con el contenido, sino también en una teoría que establezca los límites de la prestación individualizada exigible. Este límite estará dado por la compatibilidad, en cada caso, entre la prestación necesitada y los derechos de los demás en cuanto a la asistencia misma y en cuanto a otros intereses, entre ellos la salud.

Para referirse al concepto teórico que marca el límite de la asistencia sanitaria individualizada, es necesario introducir el concepto de efectividad. Según la Organización Mundial de la Salud:

«Efectividad es el logro de la acción emprendida y los resultados finales que se hayan alcanzado para la población, con relación a los objetivos propuestos».

Así, en el caso de la asistencia sanitaria individual, el límite de la prestación a recibir estará dado por la efectividad. La prestación debida será tan extensa como lo permitan las exigencias sanitarias de todos con respecto a los objetivos a conseguir por el medio de que se trate, a saber, la plena e igualitaria vigencia del derecho mismo.

De esta manera, aún si un medio diagnóstico o terapéutico resultara eficaz para un individuo con un padecimiento determinado, no se

implementará si con ello se frustraran las exigencias sanitarias -y por ende, el derecho de otros participantes. Toda práctica asistencial deberá ser sometida a una evaluación formal, mediante los métodos epidemiológicos apropiados, de efectividad. Las prácticas y los procedimientos diseñados para satisfacer el derecho individual a la asistencia sanitaria deberán ser probadamente efectivos. En esa dirección deberá orientarse todo el sistema de salud, alentándose tanto la formación médica cuanto la investigación y el desarrollo alrededor de los procedimientos y técnicas más efectivas en términos de resultados.

De otra manera, se corre el riesgo de derivar medios y recursos hacia una clase de pacientes, a los que A. Buchanan denomina “comparables a agujeros negros del espacio sideral”, capaces de “absorber cantidades casi ilimitadas de recursos asistenciales”, con dudoso beneficio para sí, y en desmedro de modalidades sanitarias y asistenciales más efectivas. En igual sentido, y subrayando más la idea de desigualdad emergente de las prácticas asistenciales inefectivas, D. Callahan se refiere a “la brecha vertical” (the vertical gap) que se produce cuando se dedican, intentando satisfacer la totalidad de las necesidades individuales, la mayoría de los recursos a un grupo de pacientes “agujeros negros”.

Siguiendo este lenguaje, puede afirmarse que el derecho a la asistencia sanitaria no es el derecho a convertirse en un “agujero negro” para los demás.

Sin establecer limitaciones, en función de la efectividad, a la asistencia sanitaria individualizada, cualquier principio de igualdad, sea referido a igual asistencia o sea referido a igual acceso, a igual utilización o a igual salud, resulta imposible de conseguir. Finalmente, hay que recordar que una sociedad comprometida con la justicia sanitaria debe dar prioridad a los métodos poblacionales, siempre más efectivos, que los individualizados.

CONCLUSIONES

Sobre las anteriores caracterizaciones de la necesidad asistencial y de los límites dados por la efectividad, parece ahora posible comenzar a determinar los alcances, esto es, los contenidos y los límites, de las prestaciones asistenciales. Sus fundamentos serán la eficacia y la efectividad.

Ellas cumplirán con los contenidos del derecho a la asistencia sanitaria:

I) Ofreciendo a cada miembro de la sociedad, en condiciones de igualdad, unos servicios que se ajusten a la pretensión asistencial en tanto exigencia de asistencia sanitaria eficaz y motivada por la enfermedad. Cualquier exceso asistencial superaría la exigencia que lo fundamenta, resultando ultra pequeña y, por lo tanto, no debido jurídicamente. La satisfacción del derecho es totalmente independiente de la intensidad de las preferencias, y por ende es también independiente de la preferencia o los deseos frustrados.

II) Limitando las prestaciones otorgadas en función de las exigencias sanitarias de todos con respecto a los objetivos a conseguir por el medio de que se trate, no adoptando en beneficio de alguno o algunos unos medios que dieran lugar a que se frustraran las exigencias sanitarias de otro u otros participantes.

III) Conociendo las limitaciones que los medios asistenciales tienen para la salud de los individuos generalmente considerados, dando prioridad total a los métodos poblacionales, siempre más efectivos que los individualizados.

Ojalá que estos materiales, y estas conclusiones iniciales nos sean de utilidad para tender el tan necesitado puente entre la Bioética y el diseño de nuestros sistemas de salud en América Latina.

BIBLIOGRAFÍA

CALLAHAN, Daniel: *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress*, Simon and Schuster, Nueva York, 1990;

WILLIAMS, Karel y John Williams (compiladores): *Antología de Beveridge (A Beveridge Reader*, Allen & Unwin, Londres, 1987 tr. Carmen López Alonso) Colección Ediciones de la Revista del Trabajo, N° 30, Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990;

GRUNDY, F. Y J.M. Mackintosh: *The Teaching of Hygiene and Public Health in Europe: A Review of Trends in Undergraduate and Postgraduate Education in Nineteen Countries*, Serie Monograph N° 34, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975;

GROSSMAN, Michael: *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, Occasional Paper N° 119, National Bureau of Economic Research, Nueva York, 1972;

MOONEY, Gavin H.: *Economics, Medicine and Health Care*, Wheatsheaf Books, Ltd., Londres, 1986;

FUCHS, Victor R.: «Physician-induced Demand: A Parable», en *Journal of Health Economics*, N° 5, 1986, Elsevier Science, North Holland, 1986, p. 367;

STARFIELD, Barbara: *La eficacia [efectividad] en la atención médica: la validez del juicio clínico*, tr. J.M. Antó y J. Bañeres, Col. de Planificación y Gestión Sanitaria (dir. E. Portella), Masson, Barcelona, 1989; (Versión castellana de *The Effectiveness of Medical Care. Validating Clinical Wisdom*, The John Hopkins University Press, Baltimore, 1985);

BUCHANAN, Allen: «An Ethical Evaluation of Health Care in the United States», en SASS, Martin-Hans y Robert U. Massey: *Health Care Systems. (Moral Conflicts in European and American Public Policy)*, Serie Philosophy and Medicina, N° 30, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Holanda, 1988, pp. 39 - 58;

EHRENREICH, Barbara y John: *The American Health Empire: Power, Profits, and Politics (A Report from the Health Policy Advisory Center)*, Vintage Books, Nueva York, 1970;

ROTHMAN, David J.: *Strangers at the Bedside - A History of how Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*, Basic Books, Nueva York, 1991;