



Revista Colombiana de Bioética

ISSN: 1900-6896

publicacionesbioetica@unbosque.edu.co

Universidad El Bosque

Colombia

de los Ríos Uriarte, Ma. Elizabeth

Justicia y escasez: el problema bioético de la distribución de recursos para la salud

Revista Colombiana de Bioética, vol. 8, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 175-188

Universidad El Bosque

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189228429012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Justicia y escasez: el problema bioético de la distribución de recursos para la salud*

Justice and scarcity: the bioethical problem of resource allocation for health care

Ma. Elizabeth de los Ríos Uriarte**

Resumen

La salud es el resultado de múltiples factores que rodean a individuos y a poblaciones por lo que no debe ser entendida en sentido único. Uno de los factores que determinan el estado de salud de las personas es el económico; así, la pobreza será determinante para la conservación, mejoría o deterioro de la salud. En el texto se discute la importancia de generar estrategias transversales que ataquen las causas paralelas a la pobreza para fomentar la promoción de la salud tanto individual como comunitaria.

Palabras clave: justicia, salud, pobreza, calidad de vida, distribución de recursos.

Abstract

Health is the result of multiple factors that surround individuals and populations so it should not be considered in only one way. One of the factors that most determine it is the economical; poverty is crucial for the conservation, improvement or deterioration of health. This text discusses the importance of generating crossing strategies that attack the causes of poverty and so, induce the promotion of health individually and in community.

Keywords: justice, health, poverty, life quality, resource allocation.

Introducción

El mejoramiento o detrimento de la salud en un sujeto o en una población responde a un proceso dinámico en donde intervienen determinados factores que lo hacen posible por lo que la salud no será entonces el proceso de enfermedad y restauración de la misma sino que

debe ser entendida como un componente social que se encuentra en directa y estrecha relación con las condiciones que rodean al sujeto¹.

Dichas condiciones pueden ser de tipo económicas, culturales, ambientales o incluso históricas. De las anteriores, el factor económico prevalece y determina un beneficio o una caída

* Ensayo. Documento entregado el 28 de enero de 2013 y aprobado el 5 de junio de 2013.

** Doctora en Filosofía por la Universidad Iberoamericana. Profesora Investigadora de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac México Norte. Correo electrónico: elizabeth.delosrios@anahuac.mx

¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission of Social Determinants of health*. Génova: World Health Organization, 2008.

en el estado de bienestar de los individuos en tanto que influye en el poder adquisitivo de los bienes que fomentan un adecuado estado de salud, tanto en las acciones preventivas como en las curativas y de rehabilitación. Tal es el caso de la compra de medicamentos, el acceso a tratamientos así como la inclusión en un estilo de vida saludable que oferta productos para mejorar la calidad de vida.

En este texto se analizará cómo el factor económico en su sector más desfavorecido, es decir, la pobreza, resulta una determinante que impide el desarrollo de niveles óptimos de salud en los individuos.

En primer lugar, se analizará la importancia de concebir a la salud en un sentido multifactorial que incluya las condiciones que rodean a los sujetos y no únicamente su fisiología y genética. En segundo lugar, se abordará la problemática originada por organismos internacionales que convierten a la salud en una mercancía más que en un derecho y los distintos vértices que se desprenden de esta concepción así como sus consecuencias y repercusiones en el ámbito de la medicina. En tercer lugar se darán a conocer algunas de las esferas de la salud en que influye directamente la falta de recursos económicos para adquirir los bienes necesarios y cómo dicha carencia provoca un detrimento en la salud individual y colectiva. Posteriormente, se abordará la discusión en torno a la noción de pobreza y sus actuales concepciones para el campo de la salud. Por último se emitirán recomendaciones para rescatar un nuevo modelo de salud en donde se consideren los factores externos al sujeto que la fortalecen o debilitan así como los ejes transversales que se deben procurar para el mejoramiento de la calidad de vida.

1. El origen de la discusión: el concepto de salud

Existen dos maneras de entender la salud, a saber, la de corte social que toma en cuenta los factores que rodean al individuo, como determinantes que afectan directamente a su estado de bienestar y la segunda que la considera de manera aislada y que la hace depender únicamente del sujeto y su historia clínica. De cada una se derivan resultados diferentes y según la concepción que se tenga, las acciones que se encaminarán en distintas direcciones.

La primera concepción de la salud, en términos genéricos, es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”². Esta manera de concebir la salud permite entender los procesos de enfermedad en relación estrecha con la ruptura, desequilibrio o ausencia completa de condiciones sociales tales como la economía, la alimentación, la vivienda, etc. Así, para prevenirlos, atenderlos o repararlos se requieren acciones conjuntas que atiendan a necesidades complejas ya que el origen de las afecciones es igualmente complejo.

La segunda concepción de la salud, la entiende de forma aislada, es decir, como únicamente dependiente de la genética del individuo y en proporción directa a sus posibilidades de adquisición para la compra de artículos y productos que le permitan una mejora continua en su estado físico. Esta postura sostiene una neutralidad con respecto a los factores que rodean al individuo como determinantes en su proceso de conservación o restauración de la salud.

² WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Notas descriptivas*. 2007, número 326 [en línea]. [Fecha de consulta: 17 de enero de 2013]. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/es/>

Las consecuencias de una o de otra concepción son radicalmente distintas: en la primera el individuo participa directamente de su propio bienestar y toma decisiones respecto de su entorno proponiendo mejoras en las políticas públicas y amplía, con ello, su participación ciudadana en la toma de decisiones de su propia región o país. En cambio, en la segunda postura, el individuo queda sujeto a la autoridad del mercado global y del liberalismo económico y hace depender su salud de los expertos, es decir, se pone a total disposición de médicos, farmacéuticas y tecnologías de punta. En términos de Ponte, este segundo modelo: “Secuestra al sujeto que pierde autonomía de su propia salud y transfiere todo el protagonismo a las elites profesionales y a la alta tecnología”³

Los antecedentes que dieron lugar a una concepción de la salud enmarcada en entorno social del individuo van desde las condiciones presentadas por los obreros industriales en la Europa del Siglo XVIII y por los obreros textiles en el Siglo XIX. Las excesivas jornadas de trabajo, las pocas condiciones higiénicas de las fábricas, los gases desprendidos de las maquinarias, así como las paupérrimas condiciones de vida de los obreros, causaban altos índices de mortalidad en este grupo poblacional. Así, algunos médicos como Thomas McKeown comprobaron que, mejorando las condiciones sociales y sanitarias en los entornos de trabajo y vivienda, se reducían significativamente las enfermedades infecciosas⁴. Con ello empezaba a quedar en evidencia que la restauración de la salud no estaba tanto en relación con los tratamientos y las intervenciones médicas como con el mejoramiento de los entornos sociales y las condiciones higiénicas de la población.

³ PONTE, Carlos. *Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente* [en línea]. Asturias: Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Asturias. [Fecha de consulta: 17 de enero de 2013]. Disponible desde: http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf

⁴ *Ibid.*, p. 2

En 1941 Henry Sigerist propuso el término “promoción de la salud” dándole a ésta un enfoque específicamente social:

Una persona sana es un ser humano con un buen equilibrio corporal y mental y bien adaptado a su medio físico y social. Ejerce pleno control de sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales siempre y cuando no sobrepasen los límites normales, y contribuye al bienestar de la sociedad en la medida de sus posibilidades. Por lo tanto, la salud no es sencillamente la ausencia de enfermedad; es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y la aceptación entusiasta de las responsabilidades que la vida impone a la persona⁵.

Con esto, la salud cobra dimensiones importantes al tocar ejes sociales tales como la economía, la política, la administración y el gobierno, etc.

2. El paso de un esquema multifactorial a uno unilateral y unicausal

Esta importancia fue puesta en el relieve mundial con la celebración del congreso organizado por la Organización de las Naciones Unidas mediante sus dos dependencias: la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF en Alma Ata en 1978 en donde la salud se elevó a rango de derecho humano y se consolidó la participación colectiva y la responsabilidad gubernamental como arneses para la promoción de la salud⁶.

⁵ SIGERIST, Henry. *Medicine and Human Welfare*. New Haven: Yale University Press, 1941. Citado por: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Promoción de la salud en las Américas. Informe Anual del Director – 2001* [en línea]. Washington: OPS, 2001. [Fecha de consulta: 17 de enero de 2013]. Disponible desde: http://www.paho.org/spanish/d/DO302_TOC.pdf

⁶ Para una consulta más detallada de dicha declaración ver: WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata 1978* [en línea]. [Fecha de consulta: 17 de enero de 2013]

En 1986 los esfuerzos continuaron resaltando la determinante social de la salud con la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud y su documento central, *Carta de Ottawa*⁷. En dicho documento es de notar la importancia conferida al diseño e implementación de políticas públicas enfocadas al desarrollo social para lograr la salud universal.

No obstante, la lucha de ambos documentos y el empuje social que provocaron, las posturas contrarias pronto se dejaron sonar con la intención de devolver el empoderamiento médico a los profesionales del área mediante el consumo de los productos fármacos que permiten la cura de diversas enfermedades; es decir, el discurso pasó de lo social a lo individual, de lo público a lo privado y la salud dejó entonces de concebirse como el resultado de la armonía de diversos factores y se concibió como el resultado directo del mercado global de productos de higiene y salud.

La ideología neoliberal permeó los foros donde la salud se discutía como un derecho y generó el cambio de ésta a una mercancía sólo accesible para algunos. Prueba de lo anterior es el documento final del Banco Mundial denominado "Investing in Health"⁸ generado en 1993 en donde se parte de la premisa infundada de que la salud más que ser un asunto de carácter público lo es de carácter privado y, por ende, la práctica médica debe privatizarse al igual que las acciones, productos y tratamientos que la fortalezcan.

El documento en cuestión parte de la base de que la salud, al ser privada, deberá ser ejercida por el Estado sólo cuando los particulares no puedan resolver los problemas y, además, los servicios de salud públicos son, en su mayoría, ineficientes e inequitativos y si a esto se le aumenta que los recursos sanitarios en la esfera de lo público son escasos⁹, entonces la salud pública se vuelve una utopía dejando abandonados a los individuos al acceso limitado y no siempre garantizado a las prácticas privadas que mercantilizan sus servicios a los costos sociales de la globalización y la posmodernidad.

El Banco Mundial, al proponer esta privatización de la medicina propone a tres actores fundamentales para que se desarrolle la salud, a saber, los individuos y sus familias al momento que adoptan estilos de vida saludables y se hagan cargo de sus propios procesos de promoción y restauración de la salud, los organismos no gubernamentales que prestan servicios a quienes no pueden acceder a los privados y, finalmente, los actores privados que se cotizan en el mercado.

Proponer que la salud es un asunto de carácter privado implica necesariamente asumir la pobreza general del Estado que no puede hacerse cargo de asegurarles a los ciudadanos la protección de un derecho natural como lo es el cuidado de su vida y de su estado. Así, el Banco Mundial parte de la premisa implícita que firma la pobreza del Estado sin analizar la destinación de recursos con cautela¹⁰. El Banco Mundial debería de analizar a mayor profundidad el destino del gasto público y no por hecho que no existe economía interna que

2013]. Disponible desde: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

⁷ Para acceder al documento completo consultar: WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Carta de Ottawa. Para la promoción de la salud*. 1986 [en línea]. [Fecha de consulta: 17 de enero de 2013]. Disponible desde: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

⁸ Ver: THE WORLD BANK. *Investing in Health* [en línea]. Washington: World Bank and Oxford University Press, 1993. [Fecha de consulta: 18 de enero de 2013]. Disponible desde: http://wdronline.worldbank.org/worldbank/a/c.html/world_development_report_1993/abstract/WB.0-1952-0890-0.abstract1

⁹ LAURELL, Asa Cristina. La salud: de derecho social a mercancía. En: LAURELL, Asa Cristina y BLANCO GIL, José (Eds). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco – Fundación Friedrich Ebert, 1994.

¹⁰ Por ejemplo, en algunos países como México, el presupuesto público no es el problema sino que lo es el hecho de que éste se encuentre conservado en un sector de la población muy reducido.

soporte el ejercicio más básico de protección a los ciudadanos.

Lo más importante de la propuesta del Banco Mundial es que da pie para pensar a la salud de forma neutra, es decir, para pasar de un esquema basado en el entorno social como factor determinante para la conservación y el cuidado de la salud, a uno fundamentado en el cuidado individual y en las posibilidades individuales de acceso a los servicios privados de salud. En este esquema, se olvida que factores tales como la pobreza y las condiciones higiénicas del entorno social son determinantes para la salud.

Con lo anterior, el esquema planteado por el Banco Mundial oferta productos como mercancías únicamente asequibles para quienes tienen los recursos económicos que les permitan acercarse a ellos. De esta manera, recursos para la salud tales como vacunas, medicamentos, tratamientos, consultas médicas, seguros de gastos médicos y servicios de urgencia quedan a consideración de los individuos que puedan adquirirlos y dejan entonces de constituirse como bienes fundamentales que derivan del derecho a la salud como garantía personal.

Si los servicios para atender la salud, conservarla o promocionarla están sujetos a las leyes del mercado, entonces la pobreza que impide adquirirlos estará en relación directa con el detrimento en la atención, conservación o promoción de la salud. Así lo afirma Adam Wagstaff:

La pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes, y dentro de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. [...] la pobreza genera mala salud, y la mala salud hace que los pobres sigan siendo pobres¹¹.

¹¹ WAGSTAFF, Adam. Pobreza y desigualdades en el sector salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002, vol. 11 (5/6), 316–326.

Por su parte los fondos públicos, no se aplican en beneficio de las poblaciones más vulnerables que no pueden acceder, por sí mismos, a los recursos sanitarios; los programas sociales que combaten la pobreza quedan mermados cuando aparecen, delante de la mirada internacional otras problemáticas tales como el pago y financiamiento de las deudas externas e internas; así queda fuera del presupuesto la cobertura de la salud de los ciudadanos y la lucha contra pobreza que la pone en riesgo¹².

2.1. Variantes sujetas al mercado

A continuación se mencionarán algunos ejemplos de productos y servicios que se insertan dentro de la dinámica económica y afectan, por ende, su adquisición universal.

- Vacunas: son un modo de prevención de enfermedades, al quedar sujetas al poder adquisitivo de los individuos, la prevención de padecimientos también quedará igualmente sujeta a la adquisición de las mismas; así, en los países donde no se tienen los recursos para que la población obtenga vacunas, la misma estará más propensa a ciertos padecimientos de otra forma prevenibles con las mismas. Un caso emblemático es el del brote de la poliomielitis en África y Oriente Medio por falta de vacunas¹³.

Algunos esfuerzos internacionales han promovido la aplicación de vacunas mejorando con ello la posibilidad de enfermedades que, de otro modo, serían mortales¹⁴;

¹² MARCHIORI BUSS, Paulo. Globalización, pobreza y salud. *Salud Colectiva*. 2006, vol. 2 (3), 281–297.

¹³ *Ibid.*, p. 288.

¹⁴ Algunos ejemplos de estas acciones son los realizados por The Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI). Dicha Alianza está conformada por el Banco Mundial, la OMS, la UNICEF y fundaciones privadas y destina inmunización básica en países con un PIB menor a 1000 dólares. Hasta Septiembre del 2012 este programa ha prevenido 5.5 millones de muertes. Para ver los reportes completos del programa se sugiere el sitio: GAVI ALLIANCE. Web site: <http://www.gavialliance.org>

no obstante, este rubro sigue siendo una agenda pendiente en algunos países con el mayor índice de pobreza.

- **Nutrición:** si bien las tecnologías agrícolas han ido mejorando, el siglo XXI se ha caracterizado por la escasa aplicación de éstas en beneficio de la lucha contra la pobreza y su aliado, el hambre. La desnutrición es un serio problema que se enfrenta en algunas regiones del mundo. Según la FAO, hasta el año 2012 la cifra era de 868 millones de personas que padecen subnutrición crónica, localizándose la mayoría en zonas de Asia, África y algunas regiones de América del Sur¹⁵. La subnutrición provoca diversas enfermedades y deterioro en la salud por lo que situarla dentro de los bienes que dependen del poder adquisitivo, de las leyes del mercado y de los intereses de las industrias es atentar directamente contra la vida y la salud de los individuos.
- **Medicamentos:** detrás de los sistemas de salud de los países se encuentran los distintos intereses económicos de las industrias farmacéuticas que juegan con los precios de los medicamentos según sus respectivas competencias. De esta manera, la competencia entre patentes resulta ser el generador de la oferta y no así el genuino interés de generar productos que ayuden a estabilizar la salud de los individuos. Al respecto, es interesante la aseveración de quien obtuviera en el año 2006 el premio Conferencia Hugh Rodman Leavell, Paulo Marchiori Buss:

En la medida en que los intereses del comercio y de la ganancia superan los intereses de

la salud de los más pobres y la gobernanza global, y los Estados nacionales no encuentran soluciones para la cuestión de acceso a tales insumos, puedo afirmar que vivimos en tiempos de barbarie global¹⁶.

No obstante, el análisis de las variantes anteriores, el que estén sujetas al mercado no parece ser el problema principal, sino, que están ligadas a factores que generan desigualdades las cuales afectan a quienes se encuentran más vulnerables dados sus ingresos tan reducidos. Así, según Wagstaff¹⁷ existen tres tipos de determinantes en los resultados sanitarios, a saber:

- Los relacionados con las familias y las comunidades dentro de los que se encuentran: uso de servicios sanitarios, prácticas dietéticas, sanitarias y sexuales, estilo de vida, etc. Así como normas culturales, instituciones comunitarias, capital social, medio ambiente e infraestructura.
- Los relacionados con el sistema de salud y otros sectores. Dentro de los relacionados con la provisión de servicios sanitarios están la disponibilidad¹⁸ y accesibilidad¹⁹, precio y calidad, dentro de los relacionados con la financiación de la salud están el aseguramiento, financiación y cobertura pública y privada, y dentro de los sectores relacionados con los dos anteriores se en-

¹⁶ MARCHIORI BUSS, Paulo. *Op. cit.*, p. 290.

¹⁷ WAGSTAFF, Adam. *Op. cit.*, p. 317.

¹⁸ Se entiende por disponibilidad los siguientes factores: de agua potable y servicios de saneamiento, de personal médico capacitado, de medicamentos considerados como esenciales por la OMS, de alimentos nutritivos y de vivienda adecuada. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Derechos Humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza*. Ginebra: OMS, 2009. p. 29.

¹⁹ Se entiende por accesibilidad lo siguiente: si el acceso a los servicios, bienes y establecimientos está asegurado sin discriminación alguna, si los establecimientos están situados al alcance geográfico de los usuarios, si son asequibles para todos en términos económicos, si la información sobre diagnósticos, pronósticos y tratamientos es fácil de obtener y, de hecho se da. Cf. *Ibid.*

¹⁵ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA. *El Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo* [en línea]. [Fecha de consulta: 22 de enero de 2013]. Disponible desde: <http://www.fao.org/hunger/es/>

cuentran la disponibilidad y accesibilidad, precio y calidad de alimentos, energía, carreteras, agua y saneamiento.

- Políticas de salud y acciones gubernamentales²⁰.

De lo anterior se desprende entonces que tanto los factores endógenos (familiares y comunitarios) como los exógenos (servicios y políticas públicas) son determinantes en las desigualdades en salud. Factores tales como los ingresos en una familia pueden mejorar prácticas dietéticas e incluso higiénicas dentro de los integrantes de una familia, de igual manera en nivel de alfabetización y el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones de las prácticas del hogar son decisivos para el mejoramiento de la salud de los sujetos²¹.

Se observa, con lo anterior, que el problema de la salud es un problema que requiere un abordaje multidimensional pues en él confluyen factores que rodean a la enfermedad y la convierten en un prisma de muchos ángulos.

Hasta aquí se ha seguido la línea que defiende que uno de los factores más primordiales en la mejora de la salud de los individuos es la lucha contra la pobreza, pues ésta origina situaciones que afectan la accesibilidad a los servicios sanitarios, así como genera condiciones directamente relacionadas con el deterioro en el estado de bienestar tanto de individuos como de grupos; sin embargo, hablar de pobreza es igualmente ambiguo; por esta razón, a continuación se ahondará en dicho concepto para determinar su influencia sobre la salud.

3. ¿Qué significa *pobreza*?

Un primer acercamiento a este concepto es el que establece una conexión entre el ingreso y el individuo, así toda persona con un ingreso menor a un dólar veinticinco centavos diarios se considerará que vive en extrema pobreza²².

Por su parte la definición más básica del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española dice que la pobreza es: “falta” o “carencia” y pobre “necesitado, que no tiene lo necesario para vivir”²³.

Así, mientras el primer acercamiento hace hincapié en el factor económico como determinante único de la pobreza, el segundo abre la posibilidad a un acercamiento plural en donde *lo necesario para vivir* puede ser interpretado en sentidos varios.

Amartya Sen, el Premio Nobel de Economía en 1998, dio un panorama más amplio aún sobre la pobreza al relacionarla directamente con las condiciones y capacidades individuales de aprovecharse de las oportunidades que se le presentan²⁴.

De esta manera, la pobreza y su lucha dependerán del empoderamiento de los individuos en los procesos circundantes.

Ciertamente la noción anterior conlleva el riesgo de que, previo al empoderamiento por parte de las personas, exista, *a priori*, una inequidad en el acceso a los servicios y oportunidades. Esto sucede con bastante frecuencia entre las

²⁰ WAGSTAFF, Adam. *Op. cit.*, p. 318.

²¹ *Ibid.*, pp. 319–320.

²² Según la definición de pobreza propuesta por el Banco Mundial.

²³ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española - Vigésima segunda edición* [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de abril de 2013]. Disponible desde: <http://lema.rae.es/drae/?val=pobreza>

²⁴ SEN, Amartya. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta, 2000.

poblaciones vulnerables pues el acceso, para el caso que nos compete, a los servicios de salud es limitado, escaso y de poca calidad, así el rol de los individuos en el mejoramiento de su salud queda circunscripto al ambiente donde se encuentra inserto. No se trata ya únicamente de la obligación de las autoridades de proporcionar servicios de calidad a la población sino del rol que juegan los individuos en la búsqueda y consecución de sus propios bienes. Alasdair McIntyre propone, retomando la ética aristotélica, que dentro de una comunidad se pueden buscar bienes internos o bienes externos. Cuando se procuran los bienes externos que están directamente relacionados con el bienestar individual por encima del comunitario, se cae en una rivalidad que no conduce al mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad; en cambio, cuando se procuran los bienes internos, en realidad se procuran los bienes de la comunidad, es decir, aquellos que generarán mejores condiciones de vida al interior del conjunto de personas que comparten una visión del bien. Ahora bien, esto sólo es posible, cuando el estado fomenta que las comunidades decidan sobre cuáles serán los bienes a alcanzar y para esto se requiere que, previamente cuenten con las condiciones para alcanzar este objetivo, es decir, previo a la consumación de la justicia conmutativa se requiere la justicia distributiva para la satisfacción de las necesidades propias de un grupo social²⁵.

Si se toma la primer definición de pobreza y se le relaciona con la salud, entonces ésta se limitará al acceso a los servicios de salud, para diagnósticos o tratamientos y a la adquisición de medicamentos y productos sanitarios; sin embargo, como se ha dicho desde el principio, la salud no abarca únicamente la atención de las enfermedades cuando éstas surgen sino también la prevención de las mismas y para ello, la educación, el grado de escolaridad, el ingreso

suficiente y la calidad de vida de las comunidades son de gran ayuda en el mantenimiento o mejora de la salud.

Por lo anterior, resulta pertinente resaltar que, al hablar de justicia, es preciso superar las definiciones tradicionales que de ella se han dado como la búsqueda del bien común, la tomista acerca de dar a cada quien lo suyo y algunas otras históricas; es preciso concebir, pues, a la justicia en su dimensión social²⁶, es decir, como el resultado de la armonía entre todas las esferas en que se mueve la persona humana y dicha armonía, necesariamente, deberá venir de que sus necesidades más básicas estén cubiertas por un lado, y, por el otro, del hecho que pueda tener un desarrollo profesional, económico, educacional adecuado a sus capacidades y conseguir, con ello, los estándares más altos de calidad de vida; esto es, que tenga igualdad, respecto de otros, en el acceso y respeto a sus derechos humanos.

En el año 2001, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, considerando lo anterior, acordó que la pobreza era: “una condición humana que se caracteriza por la privación continua o crónica de los recursos, la capacidad, las opciones, la seguridad y el poder necesarios para disfrutar de un nivel de vida adecuado y de otros derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales”²⁷.

Es por lo anterior, que, en ocasiones los problemas de salud de los individuos van unidos a la violación de otros derechos que afectan directa-

²⁶ Al respecto, el término de justicia social fue utilizado, por primera vez por el sacerdote jesuita italiano Luigi Taparrelli en 1843 en su obra “Ensayo teórico sobre el derecho natural apoyado en los hechos”. El tono en que se erige esta concepción es aquel que clama por la igualdad de todos los seres humanos en lo tocante a los derechos humanos. Cf. MURILLO, Javier y HERNÁNDEZ, Reyes. Hacia un concepto de justicia social. REICE, *Revista latinoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*. 2011, vol. 9 (4), 8–23.

²⁷ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Op. cit.*, p. 8.

²⁵ MCINTYRE, Alasdair. *Tras la virtud*. Barcelona: Critica, 1987.

mente a su estado de salud, como por ejemplo los migrantes que son contratados para realizar labores que conllevan determinados riesgos físicos y que además tienen otras dificultades tales como el idioma, la cultura, la vivienda y la información que los limitan en el acceso a los servicios de salud.²⁸

Algunas problemáticas que aumentan la incidencia de violación a los derechos humanos en las comunidades pobres son: la concepción cultural de la mujer que la hace sujeta de ataques, discriminación y violencia, la concepción cultural de la figura de autoridad en el hogar que provoca violencia psicológica, verbal y física, las prácticas culturales nocivas tales como la clitoridectomía que son consideradas ritos de iniciación en algunas comunidades, la falta de acceso a la educación, la insuficiente o nula protección social y la falta de registro de nacimientos y/o documentos de identidad.²⁹

Como queda constatado, la pobreza es un factor que está estrechamente ligado a otros que determinan el estado de salud de los individuos por lo que el abordaje que se haga de la misma y las estrategias que se planteen deberán ser multifactoriales y transversales para que ataquen no únicamente la condición económica sino todo lo que rodea a la condición de pobreza.

4. Estrategias y propuestas de mejoramiento

A partir de una visión integral de la salud se pueden diseñar diversos ejes de acción que permitan atacar los factores que la ponen en riesgo, particularmente el de la pobreza que, como se ha abordado a lo largo de este documento, resulta ser el más contraproducente para su conservación y/o mejoría.

A continuación se presentan algunas propuestas denominadas por la OMS como *estrategias de reducción de la pobreza*³⁰.

- 1) Participación. Este eje se considera vital y de primera instancia para el mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos y de las comunidades ya que representa la información y educación que todo individuo debe tener con respeto a aquello que lo afecta directamente e indirectamente a sus iguales y esta información debe traducirse en un empoderamiento por parte de los sujetos involucrados y en su consecuente toma de decisiones con respeto a sus propios procesos de vinculación con las autoridades, diseño de estrategias a implementar, creación de programas y acciones enfocadas a su continua y cada vez mayor mejoría y calidad de vida.

No obstante, la importancia de este eje transversal, como afirman las autoridades: este enfoque no está exento de riesgos. La participación exige una disposición para compartir el poder y la información sobre una base no discriminatoria. La participación es por consiguiente un desafío político y logístico³¹.

El tema de la marginación o exclusión es aún un punto álgido en las políticas de participación ciudadana que puede ser abordado mediante la creación de grupos o instituciones cuyo fin sea representar íntegra y fidedignamente a los ciudadanos involucrados sin importar condiciones que los hagan posibles sujetos de discriminación³².

³⁰ *Ibid.*, p. 20.

³¹ *Ibid.*

³² Ejemplos de esta estrategia puesta en práctica son el caso de Perú con los *Comités locales de administración de la salud (CLAS)* cuyo objetivo es revisar la distribución de los recursos de salud en las distintas comunidades y asegurar la equidad en la misma. Otro ejemplo es el caso de Ucrania con la organización *Proyecto La Voz* puesto en operación en 1999 que pretende, como su nombre lo indica, lograr una mayor participación tanto local como municipal y hacer escuchar la voz de los ciudadanos en la toma de

²⁸ *Ibid.*, p. 30.

²⁹ *Ibid.*

- 2) **Análisis.** En esta estrategia se pretende generar un análisis del estado de salud de la población específica o bien, del país en cuestión para determinar primeramente la regulación jurídica al respecto y, en un segundo momento, las causas inmediatas, subyacentes y estructurales que provocan un detrimento en el estado general de salud de la población.

En este análisis, pues, se determinan variantes tales como el acceso a los servicios de salud, la disponibilidad de elementos tales como agua limpia y potable, alimentación adecuada, medicamentos adecuados y accesibles, desigualdades en distribución de recursos así como índices de mortalidad y morbilidad en los sectores poblacionales, prácticas culturales de riesgo sanitario con el objetivo de dictaminar sus causas y atacarlas.

- 3) **Transparencia de la información y rendición de cuentas.** Mediante esta acción se pretende dar seguimiento a la participación ciudadana y al nivel de involucramiento de los distintos agentes encargados de la promoción de la salud dentro de las comunidades; es decir, la participación debe ir acompañada de la rendición de cuentas para que sea efectiva y verdaderamente erradique las causas del deterioro en materia de salud. Este rubro de estrategias incluye también la protección y el amparo correspondiente a quien ha sido agraviado en su derecho a la salud, así; de las estrategias planteadas ésta representa un reto transversal pues incluye modificaciones

las decisiones que los afectan como comunidad. Por su parte en Noruega el Parlamento Saami, población indígena de Noruega, representan dicho sector de la población en las decisiones gubernamentales y asegura la eficaz entrega de peticiones y detección de necesidades de estos pueblos originarios ante las autoridades correspondientes.

tanto en la esfera administrativa–local como en la judicial–política y social finalmente.

- 4) **Información, conocimientos y desarrollo de habilidades.** Tan importante es la participación en el mejoramiento de la salud y calidad de vida como lo son los conocimientos y habilidades que la dirigen y enfocan de una manera más integral, así, entonces, esta estrategia plantea la impartición de conocimientos para la toma de decisiones y participación efectiva empezando por el conocimiento fundamental del derecho a la protección de la salud de todos los individuos. Es relevante que los agentes involucrados conozcan mecanismos, acciones, procedimientos, formas y reglamentación para que puedan decidir pertinentemente y que sus decisiones tengan un impacto alto en la mejora de su calidad de vida³³.
- 5) **Revisión de reglamentación y propuesta de nuevas políticas públicas.** Si bien el derecho a la protección de la salud se encuentra regulado jurídicamente en distintos documentos nacionales e internacionales, estos no siempre se encuentran vigentes o han sido ratificados por los gobiernos y/o autoridades locales o estatales por lo que es conveniente diseñar un plan de revisión de la misma que incluya el nivel de participación de los Estados, las observaciones periódicas que realizan organismos internacionales, así como sus consecuentes recomendaciones y el cumplimiento de las mismas.

³³ Esta estrategia representa un reto cultural pues en algunos países como Etiopía y en otros del Medio Oriente la mujer no tiene acceso a la información y, por ende, su propensión a adquirir enfermedades contagiosas fácilmente prevenibles aumenta considerablemente. Cf. ALSOP, Ruth; BERTELSEN, Mette & HOLLAND, Jeremy. *Empowerment in practice: from analysis to implementation*. Washington: Banco Mundial, 2006. p. 40.

En caso de detectarse una falta de actualización en la reglamentación correspondiente, deberá procederse a la modificación de la misma mediante la planeación e implementación de políticas públicas enfocadas a la solución problema detectado. Resulta pertinente resaltar que “la obligación del gobierno de respetar el derecho a la salud conlleva el deber de abstenerse de interferir, ya sea de forma directa o indirecta, en el disfrute de este derecho”³⁴. Con lo anterior, cualquier acción u omisión que obstaculice el pleno goce del derecho a la protección de la salud quedará fuera del marco normativo y, por ende, será imperante modificar dicha conducta con carácter de urgencia.

- 6) **Financiamiento.** La reducción de la pobreza debe ser entendida como un problema global y no únicamente de los países en vías de desarrollo de tal suerte que la cooperación internacional debe asegurar la destinación de fondos para la adquisición de recursos sanitarios, para la educación de los profesionales o agentes de salud en las comunidades, la asignación de fondos a los organismos públicos y privados encargados de la atención de la salud.

Como se mencionó en este texto, en la medida en que los fondos de los países se destinan, en su mayoría, para la cobertura de las deudas externas, los individuos y las comunidades se vuelven más vulnerables ya que quedan desprotegidos en sus derechos fundamentales en donde se encuentra el derecho a la protección de la salud; así, una estrategia que incluya acciones conjuntas y coordinadas entre países desarrollados y países en vías de desarrollo dará resultados cada vez más favorables para el deterioro de la salud por factores externos a la genética individual tales como la pobreza y

los que la rodean que han sido ya abordados en páginas anteriores.

El tema de las asignación de recursos en un marco de justicia social ha sido ampliamente abordado por varios autores dentro de los que es pertinente destacar la propuesta de Walzer para quien, en su teoría sobre las esferas de justicia³⁵, existen bienes que deben ser distribuidos justamente y la manera de hacerlo, es recurriendo a distintos criterios que permitan su lógica y equitativa distribución; lo interesante resulta del hecho de que, cada bien, tiene un criterio distinto, así por ejemplo, para distribuir los recursos en salud, el criterio será la necesidad pero para hacer lo mismo en el campo de la educación, el criterio serán los talentos y, esto, bajo la premisa fundamental de que ninguna esfera puede dominar a otra y de que ningún bien puede ser usado como medio de dominación. Bajo esta óptica, una justa distribución de los recursos económicos destinados a la salud deberá tener como principio general el nivel de urgencia y necesidad real existente en cada región. Resulta interesante traer a la discusión el pensamiento de Nancy Fraser³⁶ en tanto que, para ella la injusticia no se desprende únicamente de la mala distribución de los recursos o de la redistribución de los mismos sino también de la falta de reconocimiento que se haga de la persona o de los grupos sociales; así la injusticia económica redundará en una injusticia cultural. Así, el hecho de que la pobreza determine, en gran medida, el deterioro de la salud de los individuos implica también que la sólo redistribución de los recursos no será medida paliativa suficiente sino que, más bien, habrá que trabajar sobre el reconocimiento ya que lo grupos vulnerables económicamente lo serán también ideológicamente. La pobreza

³⁴ *Ibid.*, p. 37.

³⁵ WALZER, Michael. *Las esferas de la justicia: una defensa del pluralismo y la igualdad*. México: Fondo de Cultura Económica, 2001.

³⁶ FRASER, Nancy. *¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época postsocialista* [en línea] Biblioteca virtual de Ciencias Sociales. [Fecha de consulta: 15 de abril de 2013]. Disponible desde: <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/Fraser%20cap1.pdf>

conlleva, además de la escasez de recursos una carga cultural e ideológica que lleva, a su vez, a la marginación y exclusión social, factores que también implican un detrimento de la salud del individuo en tanto que afectan a su autoestima e imagen de sí mismo³⁷.

La pobreza es un problema que requiere soluciones globales y esfuerzos coordinados, continuos y enfocados a la participación e involucramiento de todas las personas.

5. Conclusiones

La salud de individuos y poblaciones es un estado que involucra la consideración de distintos factores que lo conducen o bien a su mejoría o bien a su detrimento; así la salud no es el resultado único y exclusivo de la intervención sobre agentes patógenos sino más bien la armonía entre el individuo y su comunidad y de ésta con su entorno.

Dentro de los factores que más influyen en la conservación, mejoría o deterioro de la salud están los de tipo económico, entre ellos, el estado de extrema pobreza juega un papel crucial para la calidad de vida de las personas pues en él convergen medidas de accesibilidad y políticas de distribución que empeoran el estado general.

El principio bioético de la justicia cobra, aquí, especial relevancia y plantea un escenario donde los demás principios, a saber, autonomía, beneficencia y no maleficencia quedan subordinados a él de tal manera que, la discusión sobre el bienestar tanto individual como grupal

representa un problema de distribución de recursos y acceso a los servicios.

Desde el punto de vista bioético la pregunta ética se centra en lo que representa la vida y la dignidad de las personas aun estando éstas en condiciones de miseria extrema pues, si consideramos que el actuar ético es a-circunstancial, entonces la reflexión llevaría al compromiso de mejorar la calidad de vida de todos los individuos por igual con independencia de que puedan o tengan acceso a los servicios de atención; con esto, actuar frente a los índices de pobreza se convierte en un imperativo ético y de cooperación internacional.

La pobreza conlleva en sí misma, no únicamente la ausencia o falta de medidas y recursos humanos y materiales para atender a los individuos y sus comunidades sino también elementos circundantes que pueden ir desde la situación geográfica de determinadas poblaciones hasta la propensión a respirar gases tóxicos o a contraer enfermedades de distinta índole por carencia de información, o bien, por prácticas culturales de alto riesgo sanitario.

Por lo anterior resulta de especial relevancia atacar las situaciones que provocan que las personas vivan en extrema pobreza y para hacerlo, es preciso implementar políticas y medidas que favorezcan el involucramiento de los mismos individuos en sus propios procesos y el entendimiento de sus propios riesgos y maneras de prevenirlos; también es importante crear estrategias nacionales que de forma coordinada y gradual se conecten con estrategias internacionales para facilitar la solución a los problemas de accesibilidad y distribución de recursos en las comunidades más pobres. Para esto será necesario tener y establecer claramente criterios para que dicha distribución sea justa y equitativa tomando en

³⁷ Esto resulta evidente para Axel Honneth para quien nuestra identidad depende del reconocimiento de parte de otras personas. Cf. HONNETH, Axel. Integrity and disrespect: principles of a conception of a morality based on the theory of recognition. *Political Theory*. 1992, vol. 20 (2), 187-201.

cuenta que en los procesos de salud–enfermedad la responsabilidad atañe tanto a los individuos para con ellos mismos y para con sus semejantes como al estado que deberá garantizar condiciones de desarrollo igualitarias. Este es un tema de justicia y de procuración de medios de desarrollo social en que deberán entrar tanto la reflexión ética como el actuar político.

De esta manera, atender la salud será atender las condiciones de pobreza que la deterioran y entender, sobre todo, la estrecha relación entre éstas y aquella, pues, si no se resuelve el problema de fondo, paliar las incidencias nunca será suficiente pues seguirán apareciendo en la medida en que no se mejoren las condiciones que las originan.

La salud no puede quedar sujeta a las leyes del mercado pues representa un derecho humano fundamental, por lo que los mecanismos y materiales para protegerla y conservarla deberán estar siempre al alcance de todos y será responsabilidad de los gobiernos y demás autoridades locales y mundiales asegurarse de que todos los individuos, sin excepción, tengan dicho derecho cubierto en todo momento considerando que la atención de la salud incluye la fase preventiva, curativa, de rehabilitación y paliativa.

Sólo con estrategias transversales y de alto impacto los pobres dejarán de ser los sujetos cuya salud sea más débil y vulnerable y si lo es no será ya por falta, carencia o predisposición a riesgos prevenibles, sino, por cuestiones genéticas que van más allá del actuar humano; no obstante esto, la comunidad global debe entender su compromiso en la búsqueda y construcción de condiciones más justas e igualitarias que permitan que la salud sea el pilar sobre el que descansa la vida de las personas.

Bibliografía

1. ALSOP, Ruth; BERTELSEN, Mette & HOLLAND, Jeremy. *Empowerment in practice: from analysis to implementation*. Washington: Banco Mundial, 2006.
2. FRASER, Nancy. *¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época postsocialista* [en línea] Biblioteca virtual de Ciencias Sociales. [Fecha de consulta: 15 de abril de 2013]. Disponible desde: <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/Fraser%20cap1.pdf>
3. GAVI ALLIANCE. Web site: <http://www.gavi-alliance.org>
4. HONNETH, Axel. Integrity and disrespect: principles of a conception of a morality based on the theory of recognition. *Political Theory*. 1992, vol. 20 (2), 187–201.
5. LAURELL, Asa Cristina. La salud: de derecho social a mercancía. En: LAURELL, Asa Cristina y BLANCO GIL, José (Eds). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco – Fundación Friedrich Ebert, 1994.
6. MARCHIORI BUSS, Paulo. Globalización, pobreza y salud. *Salud Colectiva*. 2006, vol. 2 (3), 281–297. ISSN 1851-8265.
7. MCINTYRE, Alasdair. *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica, 1987. ISBN: 978-848-432-170-5.
8. MURILLO, Javier y HERNÁNDEZ, Reyes. Hacia un concepto de justicia social. *REICE, Revista latinoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*. 2011, vol. 9 (4), 8–23. ISSN: 1696-4713.
9. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Derechos Humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza*. Ginebra: OMS, 2009.
10. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA. *El Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo* [en línea]. [Fecha de consulta: 22 de enero de 2013]. Disponible desde: <http://www.fao.org/hunger/es/>
11. PONTE, Carlos. *Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente* [en línea]. Asturias: Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Asturias. [Fecha de consulta: 17 de enero de 2013]. Disponible desde: http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf

12. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española - Vigésima segunda edición* [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de abril de 2013]. Disponible desde: <http://lema.rae.es/drae/?val=pobreza>
13. SEN, Amartya. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta, 2000. ISBN 978-840-803-524-4.
14. SIGERIST, Henry. *Medicine and Human Welfare*. New Haven: Yale University Press, 1941. Citado por: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Promoción de la salud en las Américas. Informe Anual del Director – 2001* [en línea]. Washington: OPS, 2001. [Fecha de consulta: 17 de enero de 2013]. Disponible desde: http://www.paho.org/spanish/d/DO302_TOC.pdf
15. THE WORLD BANK. *Investing in Health* [en línea]. Washington: World Bank and Oxford University Press, 1993. [Fecha de consulta: 18 de enero de 2013]. Disponible desde: http://wdronline.worldbank.org/worldbank/a/c.html/world_development_report_1993/abstract/WB.0-1952-0890-0.abstract1
16. WAGSTAFF, Adam. Pobreza y desigualdades en el sector salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002, vol. 11 (5/6), 316–326. ISSN 1020-4989.
17. WALZER, Michael. *Las esferas de la justicia: una defensa del pluralismo y la igualdad*. México: Fondo de Cultura Económica, 2001. ISBN: 978-968-166-394-0.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission of Social Determinants of Health*. Génova: World Health Organization, 2008.
19. _____. *Notas descriptivas*. 2007, número 326 [en línea]. [Fecha de consulta: 17 de enero de 2013]. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/es/>
20. _____. *Carta de Ottawa. Para la promoción de la salud*. 1986 [en línea]. [Fecha de consulta: 17 de enero de 2013]. Disponible desde: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
21. _____. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata 1978* [en línea]. [Fecha de consulta: 17 de enero de 2013]. Disponible desde: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>