

Desarrollo en salud, justicia y bioética en Latinoamérica

Francisco Javier León Correa¹

Resumen:

El objetivo es delimitar los aspectos éticos presentes en el concepto general de desarrollo, analizar la importancia de la atención en salud para lograr un verdadero desarrollo y delimitar los deberes éticos de los sistemas y políticas de salud, por un lado, y de los profesionales de la salud, por otro, en la promoción del desarrollo. En la relación profesional-paciente-instituciones de salud, la justicia debe llevar al profesional a intentar cambiar las estructuras, mejorar las condiciones de igualdad de acceso a los servicios de salud, y servir de contrapeso a la marginación o discriminación que pueden conllevar las actuales reformas de los sistemas sanitarios, o las situaciones de escasez crónica de recursos. Como metodología se trata de analizar cuáles son los fundamentos éticos de esa obligación, tanto a la luz de la Bioética principialista como de la ética del cuidado y solidaridad, así como de los estudios últimos en ética del desarrollo y en ética de las instituciones de salud. En los resultados, ofreceremos los principales campos de promoción del desarrollo, aplicados a la tarea clínica ordinaria de los profesionales de la salud, a la luz de los fundamentos analizados.

Palabras clave: desarrollo, salud, justicia, bioética, calidad de vida, reformas de la salud

Abstract:

The objective is to demarcate ethical aspects present in the general concept of development, analyze the importance of health care for true development to be achieved, and specify, on the one hand, the ethical duties of health systems and policies and, on the other, to promote development. In the professional-patient-institution relationship, justice must lead the health professional to try to change structures, improve conditions to equitable access to healthcare services, and to counterweight make up for marginalization or discrimination that current healthcare system reforms may imply, or the chronic shortage of resources. Methodologically, this is an attempt to

1

identify the ethical principles of that obligation, from a principlist bioethical viewpoint as well as form that of ethics of care and solidarity of said obligation, and based on the latest studies on development and on the ethics of health institutions. The results provide the main fields of development promotion applied to health professionals' regular clinical tasks, based on the principles reviewed.

Key words: *development, healthcare, justice, bioethics, quality of life, healthcare reforms.*

Introducción:

El objetivo del trabajo es delimitar los aspectos éticos presentes en el concepto general de desarrollo, analizar la importancia de la atención en salud para lograr un verdadero desarrollo y delimitar los deberes éticos de los sistemas y políticas de salud, por un lado, y de los profesionales de la salud, por otro, en la promoción del desarrollo. Estos deberes emanan fundamentalmente del principio de justicia, y están más allá de los deberes de relación médico-paciente o enfermera-paciente. En la relación triangular profesional-paciente-instituciones de salud, la justicia debe llevar al profesional a intentar cambiar las estructuras, mejorar las condiciones de igualdad de acceso a los servicios de salud, y servir de contrapeso a la marginación o discriminación que pueden conllevar las actuales reformas de los sistemas sanitarios, o las situaciones de escasez crónica de recursos.

Como metodología se trata de analizar cuáles son los fundamentos éticos de esa obligación, tanto a la luz de la bioética principlista como de la ética del cuidado y solidaridad, así como de los estudios últimos en ética del desarrollo y en ética de las instituciones de salud.

En la discusión, analizaremos los principales campos de promoción del desarrollo, aplicados a la tarea clínica ordinaria de los profesionales de la salud, a la luz de los fundamentos analizados.

1.- Pobreza, desarrollo y sustentabilidad

“La pobreza es el estado o la condición de una persona que no puede ejercer sus capacidades básicas, de tal forma que su vida se frustra en sus niveles más fundamentales. En este sentido se puede hablar de una ‘pobreza humana’, distinta de la pobreza monetaria” (1) como lo hace el PNUD bajo la influencia teórica de Sen (2). En un informe de este organismo del año 1997 se define la pobreza como “la negación de oportunidades y perspectivas fundamentales sobre las cuales reposa todo desarrollo humano” (3: 16).

La pobreza, por tanto, es uno de los factores fundamentales en la exclusión del ejercicio de la ciudadanía, y en la marginación de sectores amplios de la población de las ventajas económicas, pero sobre todo, culturales y sociales, del desarrollo (4) dentro de una economía del bienestar (5), que no es solamente la de los países desarrollados, sino la de sectores también importantes dentro de los países en desarrollo o subdesarrollados (6).

Comprensión filosófica de la pobreza y el desarrollo

La pobreza es concebida filosóficamente, desde la ética, como la falta radical de libertad individual. “El pobre no es únicamente aquel que *de facto* vive ‘mal’, sino sobre todo aquel que no está en posibilidad de vivir diferentemente, que no es libre de alcanzar el bienestar al que tiene derecho”(7: 155) y no sólo un déficit de capacidades de base. “La libertad a este respecto no es meramente la libertad de elección referida a un momento particular de la existencia... sino *la capacidad permanente de llevar adelante, revisar y reformular una opción de vida* cuantas veces sea necesario” (7: 157). Cualquier concepción de la justicia como equidad “debería considerar la pobreza como una preocupación central y fundante, incluso más que la distribución de recursos materiales y la garantía de libertades fundamentales, lo cual sí hace”, por ejemplo en Rawls, y “fijarse más en la falta radical de libertad individual que implica... en la autonomía limitada del pobre, no sólo de la carencia de recursos o la presencia de necesidades básicas insatisfechas” (7: 161). Tal y como desarrolla Amartya Sen, el “principio cero” sería: todos los ciudadanos tienen un derecho igual al libre ejercicio de sus capacidades de base, capacidad de tener un sentido del bien y de la justicia, y las que fundamentan un mínimo de autonomía, de libertad positiva en la búsqueda del bien propio y de la justicia colectiva. Este principio demuestra interés por la libertad real y no sólo teórica (8). Según Sen, la libertad es un medio y un objetivo del desarrollo. “El desarrollo en definitiva, es el proceso de expansión de estas libertades, por lo que su evaluación debe realizarse en función de cada una de ellas” (9).

El concepto de desarrollo va unido al de pobreza, y también a la sustentabilidad del proceso, como ha puesto de manifiesto la crisis medioambiental. El concepto de sustentabilidad implica un ambiente en el que el hombre está instalado, y para que haya un futuro, es decir para que el presente sea sustentable es necesario que esa instalación del hombre sea en equilibrio con la naturaleza y con la propia comunidad de la que forma parte (10: 54). La exclusión socio-cultural de grandes sectores poblacionales los condena a una vida sin horizontes, con el agravante que las condiciones de exclusión tienden a reproducirse en los descendientes. Las desigualdades, la injusticia que no es más que otro nombre de la desigualdad, la exclusión y la marginalidad que no es otra cosa que dejar a los más fuera del círculo en que los privilegiados queremos encerrarnos, impide pensar seriamente la sustentabilidad. Sólo si se interpreta el desarrollo científico-tecnológico como un proceso que interactúa con otros procesos sociales se podrá hablar de un desarrollo sustentable (10: 55).

De todas formas, “la bioética reclama la transformación de la sustentabilidad económica en una de orden ético, al señalar que al problema de consumo prudente de recursos para asegurar su duración, se requiere agregar criterios de ecuanimidad de distribución”, pues el planteamiento sobre desarrollo sustentable a veces se pone “al servicio de la globalización, enfatizando el crecimiento económico y marginando las consideraciones de justicia” (11: 171-172).

“La inseguridad es hoy la palabra clave. Asalariados, funcionarios, jubilados: todos expresan temor a un mañana incierto. El sentido del futuro, al mismo tiempo, se ha invertido. Ya no se lo percibe como el tiempo de la ‘carrera’, del progreso profesional, sino como el de lo aleatorio. Todo parece inseguro en todo momento... es la figura moderna de la denegación de justicia. La crisis es, en última instancia, de orden estructural y se transforma en una crisis antropológica” (12:77-78). Es a la vez, una crisis de la civilización y crisis del individuo. Fallan las instituciones que hacen

funcionar el vínculo social y la solidaridad (crisis del estado providencial), las formas de relación entre la economía y la sociedad (crisis de trabajo) y los modos de constitución de las identidades individuales y colectivas (crisis de la persona) La versión presente del fundamento eterno de la visión social en todas sus formas históricas sigue siendo el acceso diferencial a la libertad.

Encontrar sentido en este mundo de desigualdades es el reto también desde la filosofía, como expone Cristóbal Holzapfel (13): trasfondo es vivir en la cercanía del sinsentido, a los filósofos les corresponde bajar con tesón hasta las profundidades, y encontrar fuentes “dispensadoras de sentido”, amor, amistad, poder, ciencia, técnica, economía y otras, que organizan nuestras vidas de acuerdo a sentidos.

2.- Modelos y propuestas de desarrollo

Las diferentes propuestas de desarrollo en Latinoamérica se han basado en la teoría de la modernización, las teorías del desarrollo y el capitalismo neoliberal.

La primera se basó en aplicar a los países subdesarrollados criterios de occidentalización: desarrollo es igual a modernización y ésta es igual al crecimiento económico: las sociedades atrasadas debían seguir las pautas y los pasos seguidos por los países desarrollados para superar las diferentes etapas del crecimiento económico (14).

En América Latina, esta teoría es superada desde dos posiciones diferentes: el reformismo estructuralista y el marxismo revolucionario. Ambos critican las teorías económicas neoclásicas y el enfoque de la modernización. El primero desde un enfoque histórico estructuralista, se dirige a analizar la relación entre el centro y la periferia, las dificultades de la inserción internacional de nuestros países, así como los condicionamientos estructurales internos del crecimiento y el progreso técnico, como causa de las desigualdades, con una propuesta reformista de las posibilidades de acción planificada desde los estados (15).

Otra teoría con fuerte incidencia en América Latina es la de la dependencia. La producción y riqueza de algunos países está condicionada por el desarrollo y las condiciones coyunturales de otras naciones a las que quedan sometidas. El desarrollo de unos provoca el subdesarrollo del resto. Esta teoría aglutinaba a algunos marxistas ortodoxos (16,17) y neomarxistas (18), que optaban por la ruptura más o menos revolucionaria de la situación de dependencia, proponiendo alternativas al atraso económico desde la comprensión de la realidad latinoamericana, promoviendo los procesos de liberación de los países. Liberación es así un concepto opuesto al de desarrollo, y consideran fundamental los procesos de transformación social y política de una sociedad más justa. El principal principio ético es el de justicia social.

El modelo neoliberal, que comenzó a implementarse en varios países de América latina en la década de los ochenta, propone el ajuste estructural, la privatización, la desregulación, el libre comercio, el monetarismo y el desarrollo centrado en el crecimiento económico y en la expansión del mercado, con reducción del Estado. En definitiva, una sociedad que estimule la libertad de elegir -según Milton Friedman (19) -, o la libertad como “no coacción” –según Friedrich Hayek (20) -, que serían sinónimos de desarrollo, y el principio ético de autonomía sería el fundamento de la propuesta social y política, una propuesta manifiestamente insuficiente por su reduccionismo.

“La realidad de América Latina exige una concepción más amplia de la economía, del desarrollo, del ser humano y de la libertad” (21:142-143). Desde el comienzo de este debate, surgen posiciones que quieren ampliar la visión y entender el desarrollo como un proceso más amplio que el mero progreso económico, un “desarrollo integral armónico” como propone por ejemplo Le Bret (22), con un papel fundamental de la ética como articuladora del desarrollo de todos los seres humanos y en todo el ser humano, no sólo en el aspecto económico.

También en este sentido se ha desarrollado la posición de la Iglesia Católica, ampliamente presente en Latinoamérica: “Tampoco es posible pasar por alto la situación en que van quedando miles de seres humanos en el mundo. Por esta razón, la Iglesia llama a un nuevo orden político, social y económico que promueva la dignidad del ser humano... De esta manera, el desarrollo estaría al servicio del ser humano y no de un grupo o una nación económicamente poderosos. El desarrollo debe ser el esfuerzo de todos los seres humanos y de todas las naciones” (21:87).

El desarrollo como un proceso de expansión de la libertad real, propuesto por el economista y filósofo Amartya Sen, aporta elementos significativos que permiten superar estas concepciones reduccionistas, desde el propio campo de la teoría económica y la reflexión filosófica. Lo veremos con más profundidad.

3.- Amartya Sen: Desarrollo como libertad

La propuesta de Amartya Sen (8) comprende el desarrollo como un proceso de expansión de la libertad real de que disfrutaran las personas, como fin y medio del propio desarrollo. Así, se puede superar la ruptura conceptual que existió en los setenta entre desarrollo, por un lado, y liberación, por otro, como conceptos enfrentados en gran parte de la filosofía y la teología de la liberación en Latinoamérica. Distingue entre libertades fundamentales para la vida de las personas y libertades instrumentales. Entre las primeras, están algunas capacidades básicas: poder evitar privaciones como la inanición, la desnutrición, la morbilidad evitable y la prematura, la capacidad de leer, escribir, calcular, la participación política y la libertad de expresión. Entre las libertades instrumentales, estarían al menos las políticas, los servicios económicos, las oportunidades sociales, las garantías de transparencia y la seguridad protectora. Lo principal para el desarrollo es eliminar las principales fuentes de privación de la libertad: la pobreza, la tiranía, la escasez de oportunidades económicas, las privaciones sociales sistemáticas, el abandono en que pueden encontrarse los servicios públicos y la intolerancia o el exceso de intervención de los Estados represivos.

Como vemos, el ámbito de la prevención en salud entra de lleno en estas libertades fundamentales: la nutrición suficiente para poner remedio a enfermedades tratables, el agua limpia, los servicios de saneamiento; y también la ausencia de programas epidemiológicos o de sistemas organizados de asistencia sanitaria (23: 61-78).

En contraposición a la evaluación hecha a partir de las utilidades (bienestar) y a la de los bienes primarios (Rawls), Sen propone las libertades fundamentales como criterio de evaluación de la justicia.

4.- La calidad de vida y el desarrollo

“No podemos negar que en estos más de sesenta años que tomamos de referencia la sociedad ha podido incorporar mejoras en su calidad de vida, la humanidad cuenta o conoce alternativas para mejorar sus condiciones de habitabilidad, educación, formación, salud, pero es la accesibilidad a esas ventajas la que hoy está vedada a la mayoría de la población mundial”(24:95).

Aparecen nuevas formas del capital, según Allardt (25): existe un capital cognitivo, simbólico, cultural, humano, pero también un capital social, que es la capacidad de negociación, participación, confianza, compromiso; y asimismo un capital institucional: la capacidad para actuar y tomar decisiones en las organizaciones, la resiliencia del tejido institucional, la capacidad de monitorear el entorno y aprender de la propia experiencia, a partir de intercambio permanente con el entorno. El desarrollo es la generación y acumulación de estos capitales en una sociedad, con organizaciones que consoliden los vínculos asociativos.

5.- Desarrollo y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Datos relevantes para el análisis ético.

Los países de América Latina y el Caribe han mejorado mucho en las condiciones de salud y en la atención médica en estas últimas décadas. “La expectativa de vida al nacer de la región aumentó de 61 años en la década del 70 a 73 años, y actualmente sólo es inferior a la del conjunto de los países ricos y de la OCDE. En 2001, la región gastaba en promedio 7,1% del PIB en salud, valor sólo igualmente superado por los países ricos y de la OCDE, que gastaban alrededor de 7,7%”(27). Estos datos pueden dar la sensación de que los problemas de salud están en vías de solución, pero las diferencias con los países con sistemas de salud desarrollados es grande en dos aspectos: primero, en la enorme heterogeneidad regional en los indicadores y las condiciones de acceso a los servicios de salud, con unas diferencias aún enormes en los ingresos, y una conducción poco eficiente, efectiva y resolutiva de las políticas sociales y sanitarias; en segundo lugar, la elevada proporción del gasto sanitario directo del bolsillo y la relativamente baja participación del gasto público, que ha generado una enorme precariedad en los sistemas de protección social para los más pobres

“Cualquiera que sea la forma de clasificar a los países de América Latina y el Caribe, según los grados de desarrollo a través de variables demográficas, económicas, sociales y de pobreza o equidad, queda claro que los de menor nivel de desarrollo presentan niveles mayores de necesidades en salud, lo que no sólo se refleja en la magnitud de su carga de enfermedad, sino también en condiciones de salud peores para los tres grandes grupos de enfermedades: comunicables, no comunicables y por causas externas”(27:495).

La organización institucional de los sistemas de salud es determinante del gasto en salud. Un grupo de países pequeño –la mayoría de los del Caribe y Cuba- tienen una alta incidencia del gasto público directo en el sector de salud, de más del 50%, sin apenas sistemas de seguros. Otro grupo de países –Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, Panamá y Uruguay- tienen una alta participación de las estructuras de seguros públicos y privados, de más del 50%, con gastos elevados en salud, salvo Bolivia. Un tercer grupo, la gran mayoría, son países con estructura poco definida, pero con fuerte

gasto de los gastos de bolsillo y gastos en salud relativamente bajos, salvo las excepciones de Brasil, México y Colombia (27:498). Es importante el gasto público, pues juega siempre un papel corrector de las desigualdades e inequidades.

En la década de los noventa se introdujeron reformas a la salud en la mayoría de los países de la región, para tratar de resolver la cobertura y equidad después de la crisis de la década anterior, con desigual efectividad (28,29). Los objetivos eran redefinir las estructuras de financiamiento de los sistemas, ampliar su cobertura y acceso, especialmente en los sectores más vulnerables, y el incremento en la eficiencia en la prestación de los servicios.

No es el momento de analizar la situación en cada país (27:502-509), pero en general las mayores deficiencias son: el papel pasivo de los usuarios, con una gran asimetría de información respecto a los proveedores; un papel no suficientemente activo o claramente contrario de los gremios médicos y entidades profesionales; la frágil defensa de las reformas por parte de los Ministerios de Salud (30); la impaciencia al esperar resultados urgentes con políticas que son de largo plazo.

En un estudio reciente bien completo de Bernardo Kliksberg, sobre los sistemas públicos de salud en “un continente paradójico” (31), donde se dan las mayores desigualdades y unos regresivos umbrales de desigualdad, junto con mejoras importantes en los indicadores promedio de salud, este autor muestra como las desigualdades impactan fuertemente en las condiciones de pobreza, y ésta tiene unos costes sociales enormes muy directamente en las condiciones de salud. Son los condicionantes sociales de la injusticia en la atención en salud, que se muestran en las brechas entre países y dentro de cada país en la mortalidad infantil, en las brechas étnicas, o en la mortalidad materna (31:139-144).

Algunas direcciones estratégicas, propuestas por Kliksberg, son las siguientes: se necesita más investigación, legitimar el gasto en salud; fomentar la salud pública como clave para la lucha contra la desigualdad, impactar y fortalecer las agendas y políticas públicas, mejorar la calidad de la gestión, y construir alianzas entre las políticas públicas y la sociedad civil. “Se necesita impulsar la acción por enfrentar las inequidades y lograr mejorar la salud de todos los latinoamericanos, dentro de un marco de referencia de la gran necesidad que tiene este continente de recuperar una visión ética del desarrollo” (31:180).

André Medici, en una extensa obra coordinada por Fernando Henrique Cardoso y Alejandro Foxley, expone las políticas que podrían aumentar la respuesta del sector salud (27:512-545):

- la universalización y la jerarquía de los principios constitucionales
- la relación entre lo público y lo privado: reinterpretar las evidencias.
- La ética en la función pública
- Financiamiento para la universalización con equidad y calidad
- Descentralización y regionalización en salud
- El acceso a medicamentos e insumos esenciales
- Las funciones esenciales de la salud pública y la coordinación intersectorial
- Gestión, capacitación y remuneración de los recursos humanos
- Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y la participación ciudadana: una carretera de doble vía.
- Globalización, mercados regionales y rol de las agencias de desarrollo

6.- Justicia y recursos en salud

“La justicia sanitaria exige respetar ciertos derechos individuales (derecho a la salud) y garantizar un bienestar mínimo a todos, asegurando una distribución imparcial de los recursos sanitarios”, aunque esto no resuelve todos los problemas actuales: costosos recursos para intervenciones quirúrgicas sofisticadas, tratar enfermedades derivadas directamente de hábitos nocivos mantenidos conscientemente, endeudarse socialmente para ofrecer excelentes servicios de salud transfiriendo el coste a las generaciones futuras, en definitiva, si existe un límite racional del gasto sanitario, o cualquier coste está justificado si mejora, aunque sea mínimamente, nuestra calidad de vida” (32).

“Cualquier principio de justicia distributiva ha de ser capaz de resolver la asignación de recursos escasos entre personas que los consideran valiosos y los demandan con la pretensión de que los merecen y, por tanto, se niegan en principio a renunciar a ellos voluntariamente, como harían si fueran perfectos altruistas” (32:164). El objetivo es justificar racionalmente decisiones distributivas difíciles, con argumentos convincentes, y que sean eficaces para la estabilidad y la paz social (33). “Principios como la santidad de la vida humana, la asignación en función de la necesidad, y otros derivados de la ética médica, son completamente inútiles para determinar el nivel de gasto sanitario, el tipo de sistema de salud, y otras decisiones sociales semejantes. Y serían contraproducentes si llegaran a aplicarse como principios políticos” (32:165).

Como expone Dworkin, el “principio de rescate” afirma el valor supremo de la vida humana, mayor que cualquier otro bien, incluido el material o el dinero; y el médico, o el sistema sanitario, debe seguir en la distribución de su ciencia la regla de la necesidad, sin importar otras circunstancias como la riqueza, el estatus social, etc. Estas ideas inspiran la ética médica y los códigos deontológicos, y están asimiladas como principios jurídico-políticos de una sociedad justa en lo que se refiere a la salud. Pero de hecho, este principio de rescate, “no es el principio político-sanitario de ninguna sociedad actual” (34), por las circunstancias demográficas y tecnológicas actuales. Propone Dworkin el “principio del asegurado prudente”: las limitaciones en la cobertura del sistema público de salud no se verían como compromisos o renunciaciones a las verdaderas exigencias de la justicia, sino como derivadas de ese mismo principio de justicia social: lo que haría la persona prudente, lo que la sociedad considera razonable en las circunstancias actuales, el exceso de cobertura sería tan injusto e irracional a la luz de este principio como lo contrario, una falta de la cobertura mínima. Llama la atención sobre el nivel razonable de gasto sanitario, medido por la prudencia y autonomía de una persona media, en un hipotético entorno exento de desigualdades radicales.

También en este mismo sentido, Norman Daniels propone un modelo de ahorro y de “transferencias prudentes y racionales” después de un proceso de deliberación que se hará desde “el velo de la ignorancia” (35), aunque sería obligatorio y -en cierto modo- consecuencia del deber de protección de los más vulnerables, ofrecer a todos un nivel mínimo de salud necesario para poder decidir sobre los propios proyectos de vida razonables (36:83).

Las consecuencias para la política sanitaria serían evidentes: el sistema de provisión de seguro de salud más justo es un sistema público; y se requerirá racionar los servicios sanitarios con principios justos, con racionamiento justo, por ejemplo, en situaciones de emergencias o catástrofes, protocolizado; o “al lado de la cama” sin

rígidos protocolos, por parte del médico; con debate público de las políticas de salud, “con criterios explícitos y públicamente discutibles, no ocultos en la opacidad de las bienintencionadas decisiones profesionales ni en la mala conciencia de los gestores” (32:192).

El contractualismo ofrecería un criterio sustancialmente equivalente al del principio del asegurado prudente (37). Otros enfoques, como el de Walzer, enfatizarían la necesidad como criterio de distribución, y su resultado estaría probablemente más cerca del principio de rescate. El utilitarismo es posiblemente la doctrina moral que subyace a los intentos de racionalizar el gasto sanitario intentando llevar en análisis de costes y beneficios al campo de la medicina (38).

En el ámbito europeo, de sistemas de seguro social de la salud generalizados, se considera que la salud es un bien primario para la persona, del que deriva un deber social, puesto que “es un bien que todos deberían tener para poder llevar adelante un ‘plan racional de vida’-como comenta Jesús Conill-; es, pues, una de las ‘capacidades mínimas’ para ser ‘miembro cooperante de la sociedad’ y para tener la oportunidad de ejercer una ‘libertad real’” (39: 148-150).

Desde el momento en que la medicina pasa a ser asunto público y, en concreto, cuando los estados sociales en forma de estados de bienestar incrementan los gastos sanitarios de modo acelerado y alarmante, es decir, al convertirse la salud en un problema público, cuando antes era una cuestión privada, la asistencia sanitaria pasó a ser un asunto de justicia social en lo que toca a la distribución y asignación de los recursos sanitarios.

“Por eso, si la medicina gestionada quiere actuar por razones de justicia, por razones éticas, habrá de evitar destruir valores propios de las profesiones sanitarias, como es el caso de la confianza en las relaciones terapéuticas. Porque si desvirtúa estas relaciones, convirtiendo a los profesionales en agentes dobles... forzados a vivir en un permanente conflicto de lealtades (al bien y/o voluntad del paciente, a la Administración pública y a los incentivos económicos) entonces se estarán corrompiendo las relaciones profesionales, lo cual a su vez va en detrimento de la eficiencia sanitaria. No todo consiste en reducir el gasto, sino que, para que la gestión sea legítima y justa, es preciso saber por qué, cómo y para qué” (39:157).

Por eso, importa corregir los defectos de una visión economicista de la empresa sanitaria desde esa tradición de corte aristotélico, que tiene en cuenta las metas de la sanidad, sus bienes internos, pero también desde la tradición de corte kantiano, a la que podríamos caracterizar como universalismo deontológico, que está presente en relevantes éticas contemporáneas de la justicia, que se esfuerzan por precisar unos mínimos de justicia, sean los bienes primarios (J. Rawls), el mínimo decente (N. Daniels), las capacidades mínimas (A. Sen), los mínimos contextualizados den las diversas esferas de la justicia (M. Walzer), los intereses universalizables reconocidos desde la competencia comunicativa (K.O. Apel, J. Habermas). “Y todo ello requiere además -a juicio de Jesús Conill-, una nueva visión de la profesionalidad sanitaria, sin la cual será muy difícil -por no decir imposible- que se haga efectiva realidad un mayor grado de justicia en la sanidad” (39:159). Se trata de articular de modo eficiente la dimensión clínica, la organizacional y la profesional.

Los agentes del desarrollo son los ciudadanos, y en el ámbito de la salud, los profesionales de la salud: “Ser ciudadano -en palabras de Dufour- es contar con capacidad para e entendimiento, la percepción y la discriminación del conocimiento

pertinente al territorio, poseer el compromiso con el medio ambiente, reconocer la temporalidad de los procesos y la recuperación de la memoria histórica. Es también, poder construir reglas que profundizan una armónica convivencia, es comprender el pasado, el presente y el futuro, haciéndose cargo de las tensiones sociales que generan los conflictos de intereses, y, resumidamente, ‘ser con otros’” (24:58).

7.- Principios éticos para un desarrollo sustentable en salud

Sólo recientemente la bioética ha comenzado a preocuparse de los aspectos éticos del desarrollo en su relación con la asistencia en salud (40). Pensamos que los principios éticos que podemos aplicar en el ámbito de una ética del desarrollo son los mismos ya contemplados en la bioética clínica, aunque adaptados al contexto. En primer lugar, el clásico “*primum non nocere*”, el principio de no maleficencia, con especial hincapié -en este ámbito de salud pública e instituciones de salud- en evitar y atacar la corrupción y la falta de eficiencia que imposibilitan cualquier desarrollo equitativo y que perpetúan el subdesarrollo (41).

El principio de beneficencia, aunque engloba muy diferentes matices, como vimos en la propuesta del primer capítulo, sería, sobre todo, la difusión del conocimiento en general y de la educación en salud, en particular, como medios imprescindibles para el desarrollo de las personas y comunidades (42).

El principio de autonomía debe ser entendido no solamente como la capacidad de autodeterminación, más allá de situaciones de vulnerabilidad o de simple y dura falta de autonomía personal, sino también como desarrollo de la capacidad de determinar la propia vida, como libertad integral más competencia y capacidad de agencia, en un desarrollo entendido fundamentalmente como promoción de la libertad, como expone Amartya Sen (8). Esta promoción de la libertad lleva consigo la liberación de las coacciones exteriores e interiores, y puede servirnos para complementar dos visiones con mucha frecuencia entendidas en Latinoamérica como opuestas, la del desarrollo y la de la liberación (43).

En cuanto a la justicia, pensamos que debe mantenerse como contraste permanente de cualquier política de desarrollo, en varios ámbitos: el de la promoción y protección de los derechos humanos y sociales de todos, sin discriminaciones injustas; en la equidad en el acceso a los cuidados y la atención en salud; en la exigible y adecuada distribución de los recursos en salud, y en la definición concreta del mínimo ético exigible en cada país. Y más allá de esto, o quizás previamente, la justicia como protección, para conseguir efectivamente un nivel adecuado de justicia con los más vulnerables o ya vulnerados, en la atención de salud o en la investigación biomédica (44), que pueda calmar “la sed de ética” de Latinoamérica, en palabras de Kliksberg (45).

También pertenece a la justicia y al desarrollo el deber de eficiencia a nivel profesional, institucional o del propio sistema de salud. Es exigible la eficiencia a los profesionales que trabajan en el sistema de salud, a las instituciones privadas o públicas que están dentro de una medicina gestionada que debe necesariamente racionalizar el gasto. Aquí es primordial poner el fin de la salud –propio del profesional y del sistema– por encima del fin económico, y de los índices de desarrollo, importantes, pero secundarios.

Es de justicia finalmente asegurar la continuidad de la atención, tanto entre centros de salud y hospitales, como del médico tratante, en lo posible. A nivel institucional, es un deber asegurar la sostenibilidad del sistema y la continuidad de la atención al usuario. Y es un deber de justicia prioritario para el sistema de salud asegurar la sostenibilidad de las prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos, por encima de las posibles crisis económicas, detenciones o retrocesos en el proceso de desarrollo.

Nos parece fundamental también la solidaridad en una ética del desarrollo. No solamente de los países desarrollados con los demás, ni del Norte con el Sur, sino dentro de nuestros propios países, entre “nuestro” primer mundo y “nuestro” tercer o cuarto mundo, entre esos sectores con enormes recursos económicos y los de extrema pobreza, como vimos en el segundo capítulo. Pensamos que debe ser la solidaridad el impulso que haga nacer la auténtica preocupación ética por el otro, por los otros, especialmente por los más vulnerables.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Ponce León F. El principio cero de la sociedad justa: cómo la pobreza desafía a la justicia. En: Durán V, Scanone JC, Silva R (Ed.) *Contribuciones filosóficas para una mayor justicia*. Buenos Aires: Siglo del Hombre Editores; Bogotá; 2006: 147-164.
- 2.- PNUD. *Construir una vida mejor. Cumplir los compromisos. El PNUD en acción 2009-2010*. París: PNUD; 2010.
- 3.- PNUD. *Rapport mondial sur le développement humain, 1997*. París: PNUD; 1997.
- 4.- Domingo Moratalla A, Lisón Buendía JF (eds) *Ética, ciudadanía y desarrollo*. Patronat Sud-Nord, Universitat de Valencia, 2008.
- 5.- Doménech A. Ética y economía de bienestar: una panorámica. En: Guariglia O (Ed.) *Cuestiones morales*. Editorial Trotta, Buenos Aires, 1ª reimp. 2007: 191-222.
- 6.- Faletto E. *Dimensiones sociales, políticas y culturales del desarrollo*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores y CLACSO; 2009.
- 7.- Mella, Pablo. Un nuevo desafío de justicia política: definir la pobreza de manera universal. En: Durán, Vicente; Scanone, Juan Carlos; Silva, Ricardo (Ed.) *Contribuciones filosóficas para una mayor justicia*. Buenos Aires: Siglo del Hombre Editores; Bogotá; 2006: 165-181.
- 8.- Sen A. *Development as Freedom*. Oxford University Press; 1999.
- 9.- Ferrer M. Ética de la investigación en seres humanos., sociedad y desarrollo. En: Villarroel R. *Ética aplicada*. Santiago: Editorial Universitaria; 2009: 230-234.
- 10.- Pfeiffer ML, Murguía D. Ecología y sustentabilidad: el fantasma de la pobreza. *Rev. Medicina y Humanidades*. Vol. II n° 1, 2010: 54.
- 11.- Kottow M. *Bioética ecológica*. Bogotá: Universidad El Bosque; 2009.
- 12.- Roth MC En la búsqueda de sentido en un mundo de desigualdades. En: Roth MC (Coord.) *Pensar-se humanos*. Buenos Aires: Biblos; 2009.
- 13.- Holzapfel C. *A la búsqueda de sentido*. Santiago: Editorial Sudamericana; 2005.
- 14.- Rostow WW. *Las etapas del crecimiento económico*. México: FCE; 1963.
- 15.- Bielschowsky R (Comp.) *60 años de la CEPAL Textos seleccionados del decenio: 1998-2008*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2010.
- 16.- Cardoso FH, Faletto E. *Dependencia y desarrollo en América Latina. Un ensayo de interpretación sociológica*. México: FCE; 1971
- 17.- Cardoso FH, Foxley A (Editores) *A medio camino. Nuevos desafíos de la democracia y del desarrollo en América Latina*. Santiago: Uqbar Editores y CIEPLAN; 2009.
- 18.- Hinkelammert F. *Dialéctica del desarrollo desigual*. Buenos Aires: Amorrortu; 1974
- 19.- Friedman M, Friedman R. *La libertad de elegir*. Barcelona: Grijalbo; 1980.
- 20.- Hayek F. *Camino de servidumbre*. Madrid: Alianza Editorial; 1978.
- 21.- Roa J. *Desarrollo y liberación*. Madrid: Dykinson; 2009.

- 22.- Lebret LJ. *Ética y desarrollo*. Buenos Aires: Latinoamérica Libros; 1966.
- 23.- Sen A, Kliksberg B. *Primero la gente*. Barcelona: Ediciones Deusto; 2007.
- 24.- Dufour G. Por una economía más humanizada. En: Roth MC (Coord.) *Pensar-se humanos*. Buenos Aires: Biblos; 2009.
- 25.- Allardt E. Institutional welfare and state interventionism in the Scandinavian countries. Frankfurt am Main: Sonderforschungsbereich 3 Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik; 1985.
- 26.- Nussbaum M, Sen A (Coord.) *La calidad de vida*. México, Fondo de Cultura Económica, 1ª reimp.; 1998.
- 27.- Medici A. Salud: de pacientes a ciudadanos. En: Cardoso FH, Foxley A (Edit.) *A medio camino. Nuevos desafíos de la democracia y del desarrollo en América Latina*. Santiago: Uqbar Editores; 2009.
- 28.- Medici A. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe. En: Sánchez H, Zuleta G. *La hora de los usuarios: reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*. Washington DC.: BID; 2000..
- 29.- Maceira, Daniel. *Actores y reformas en salud en América Latina y el Caribe. Nota técnica de Salud n° 1*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2007
- 30.- Jayasinghe S. Contracts to devolve health services in fragile states and developing countries: do ethics matter? *J. Med. Ethics* 2009; 35: 552-557.
- 31.- Kliksberg B. América Latina. El caso de la salud pública. En: Sen A, Kliksberg B. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008: 121-185.
- 32.- Francés Gómez P. Justicia y gasto sanitario. En: Gómez-Heras JM, Velayos C (Edit.) *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid: Tecnos; 2005: 163-194.
- 33.- Arboleda-Flórez J. Equidad y asignación de recursos: donde la ética y la justicia social se interceptan. En: Lolas F (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. Santiago: Programa Regional de Bioética OPS/OMS y LOM Ediciones; 2000: 53-68.
- 34.- Dworkin R. *Taking Rights Seriously*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1977.
- 35.- Outomuro D. Bioética, APS y Salud Pública. Algunas consideraciones sobre la justicia distributiva. En: Seminario-Taller Internacional. *Atención Primaria de Salud: a 25 años de Alma Ata*. Buenos Aires: OPS; 2003: 113-123.
- 36.- Schramm FR. A bioética da protecao em saúde pública. En: Carvalho Fortes PA, Pavone Zoboli EL (orgs.) *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Centro Universitario São Camilo, Edições Loyola; 2003: 71-84.
- 37.- Dworkin R. Justice and the High Cost of Health. En: *Sovereign Virtue*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 2000: 307-319.
- 38.- Austin S.E. *Medical Justice*. Nueva York: Peter Lang; 2001.
- 39.- Conill J. Justicia sanitaria. En: Gª Gómez-Heras JM, Velayos C (Edit.) *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid: Tecnos; 2005: 147-161.
- 40.- Vidal S. Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina. *Revista RedBioética/UNESCO*; 2010, 1 (1). Web: <http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/es/revista/sumario.html> (Revisado 22 septiembre 2010)
- 41.- Aula de Ética. *Eficiencia, corrupción y crecimiento con equidad*. Bilbao: Universidad de Deusto; 1996.

- 42.- Mujika Alberdi A (Coord.) *Conocimiento para el desarrollo*. San Sebastián: Universidad de Deusto; 2005.
- 43.- Roa J. *Desarrollo y liberación. Política, economía y religión*. Madrid: DYKINSON; 2009.
- 44.- Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Río de Janeiro, 2001, 17 (4): 949-956.
- 45.- Kliksberg B. La sed de ética. En Kliksberg B (Compilador). *Ética y desarrollo. La relación marginada*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo y BID; 2002: 445-465.