

## **Responsabilidad social y salud** *Social responsibility and health*

**Salvador Darío Bergel**

Cátedra Unesco de Bioética da Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

[s.bergel@ezabog.com.ar](mailto:s.bergel@ezabog.com.ar)

**Resumen:** El trabajo desarrolla el Artículo 14 de la *Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos*, relativo a "Responsabilidad Social en Salud". Aborda la promoción de la salud y examina sus condicionantes sociales, destacando la contribución de este nuevo enfoque para la bioética.

**Palabras clave:** Equidad. Responsabilidad. Pobreza. Acceso a la salud. Ética. Medicamentos.

**Abstract:** This work develops Article 14 of the *Declaration on Bioethics and Human Rights*, concerning "Social Responsibility on Health". It tackles the promotion of health and examines its social determining issues, emphasizing the contribution of this new approach to bioethics.

**Key words:** Equity. Responsibility. Poverty. Access to health. Ethics. Medicines.

Como es sabido, la bioética es una disciplina de reciente data que se encuentra aún en estado de gestación, en tanto que sus contenidos, métodos y objetivos siguen experimentando cambios que es preciso visualizar para poder apreciar en toda su dimensión el valor del documento que comentamos.

Este campo nació como un nuevo ámbito de reflexión; y tuvo sus primeros desarrollos en los países del Norte, en especial en los de tradición anglosajona, con una marcada tendencia a privilegiar el tratamiento de los problemas y dilemas generados por los recientes avances de las ciencias médicas. En su curso posterior ejerció una gran influencia el principalismo, doctrina formada en torno a los tres principios del Informe Belmont (autonomía, beneficencia y justicia), a los que Beauchamp y Childress adicionaron un cuarto (no-maleficen-

cia) (1), que proponía para el estudio de la bioética un esquema claro para una ética normativa orientada a ser práctica y productiva. Según expresan estos autores, los principios son guías que dejan lugar al juicio particular en casos especiales y que ayudan explícitamente en el desarrollo de reglas y líneas de acción más detalladas (2).

Lo propio de esta multidisciplina en su formato inveterado - señala María Julia Bertomeu - fue aislar los problemas éticos profesionales de sus contextos sociales, históricos, económicos y políticos y construir una ética aplicada las más de las veces eclécticamente enlazada a las teorías éticas normativas (3). Ese aislamiento motivó a Berlinguer, en su hora, a señalar que existiría una profunda distorsión en la propia reflexión bioética, tanto en su objeto como en sus orientaciones, pues la bioética sería esencialmente una disciplina del "Norte del mundo" cuyos problemas más graves estarían sobre todo en el Sur del planeta. Se trataba, por tanto, en su mira, de individualizar temas e ideas que pudieran tener un carácter más universal (4).

Desde la década de los 1990 el debate bioético comenzó a virar lentamente, para incorporar el estudio de los problemas sociales y ambientales, considerados en su conjunto como condicionantes básicos de la salud. Se observó la necesidad de avanzar en el campo de la salud pública, más específicamente en el de las políticas en salud, sin temor a invadir esferas ajenas, ya que como muy bien lo señala Sotolongo "la defensa de una bioética apolítica es un posicionamiento político que tributa objetivamente a favor de una conciliación de intereses dentro del *statu quo* vigente" a lo que agrega:

"La bioética constituye un campo social, conflictual, atañente al desarrollo sostenible de la vida en todas sus manifestaciones, vegetal, animal y humana. Este campo tiene un fuerte e indefectible asidero en las contradictorias - por injustas - realidades del mundo en que nos ha tocado vivir. Son estas realidades contradictorias las que otorgan a la práctica bioética su sentido más legítimo" (5).

En el movimiento orientado a incorporar fuertemente lo social al campo de la bioética y si se quiere - con una expresión más comprometida - politizarla, ocuparon un lugar destacado junto a Berlinguer -

numen y soldado de esta visión renovada - los bioeticistas brasileños, muy en especial Garrafa y Schramm. Berlinguer fue – precisamente - junto a Leonardo de Castro, quien redactó el reporte del Internacional Bioethics Comité (IBC) de la UNESCO sobre la “posibilidad de elaborar un instrumento universal sobre la bioética”, base de la Declaración que estudiamos. Luego de arduos debates en el seno del IBC, fue finalmente aprobada la Declaración, que si bien no satisface plenamente las expectativas de quienes postularon un cambio más radical, al menos incorpora a la agenda de debate temas tan gravitantes como los que motivan este trabajo.

En sus fundamentos podemos leer que “la salud no depende únicamente de los progresos de la investigación científica y tecnológica, sino también de factores psicosociales”, lo que apunta a la necesidad de un replanteo en cuanto a contenidos y fines de la disciplina. Refiriéndose al texto aprobado, anota Garrafa:

“A bioética incursionou pela política para incluir as questões sociais em sua agenda... Esse grande passo trará, sem dúvida, conseqüências positivas e concretas no sentido de ampliar as discussões éticas em saúde, proporcionar melhores condições para implementação de medidas de inclusão social e favorecer a construção de sistemas sanitários mais acessíveis; criando, assim, condição para que as sociedades humanas alcancem qualidade de vida mais justa” (6).

La Declaración y, en especial, el Artículo 14, importó un intento de vincular en forma estrecha la bioética con las problemáticas sociales, las políticas en salud y los derechos humanos, sacándola de la tendencia a centrarse en la asistencia médica y en los derechos individuales de los pacientes, sin prestar mayor atención a la justicia en las poblaciones ni a los patrones sociales de la salud.

### **La promoción de la salud y el desarrollo social**

El inciso “a” del Artículo 14 expresa que: “La promoción de la salud para los pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad”. Para Mann, los con-

ceptos modernos de la salud derivan de dos vertientes relacionadas, pero distintas: la de la medicina y la de la salud pública. La primera enfocada hacia la salud del individuo y la segunda a la salud de la población.

La salud pública se propone asegurar que existan condiciones en las que la gente pueda ser sana. Por lo tanto frente a la medicina, que enfatiza la curación y rehabilitación del enfermo, la salud pública tiene metas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, la discapacidad y la muerte prematura. El concepto moderno de salud va más allá de la atención médica para abarcar las dimensiones sociales más amplias del bienestar individual y colectivo (7).

Aunque parezca extraño, la salud es un tema que había estado ausente de la bioética. Berlinguer se quejaba de ello, señalando que "le es negado comúnmente el título de nobleza como objeto de la bioética y en el mejor de los casos le es atribuido el valor (que para algunos es considerado filosóficamente irrelevante e intelectualmente plebeyo) de cuestión social" (8).

No obstante el hecho que el Documento omita mencionar en forma explícita a la salud pública, cabe destacar que al vincular la promoción social de la salud con el desarrollo de los pueblos, da por sentada dicha referencia. La promoción - que no debe ser confundida con la prevención - apunta básicamente a los condicionantes económicos y sociales de la salud, condicionantes que figuran en el inciso siguiente del Artículo.

Las intervenciones en salud deben responder a mucho más que a la mera necesidad expresada en el momento y puesta de manifiesto en un síntoma o enfermedad particular. Es esencial avanzar y corregir los riesgos desproporcionados vinculados con la pobreza y no sólo los efectos asociados a estos riesgos (9). La acción del Estado sobre los condicionantes de la salud es el mejor antídoto contra la enfermedad. Al diseñar el tipo de sociedad aceptable en la actual coyuntura, Berlinguer habla de una sociedad que en lo posible no obligue a la medicina al triste deber de empeñarse en una actividad reparadora, tardía y comúnmente inútil, de los daños ocasionados fuera de su campo de acción (8).

Es que - claramente - la promoción de la salud opera en campos ajenos al sanitario. De nada vale tener servicios sanitarios de exce-

lencia - tanto en lo profesional como en lo material - si la pobreza, la marginación, la polución ambiental y el analfabetismo condicionan decisivamente a las poblaciones a una vida sin horizontes, sin esperanzas y sin calidad. De aquí que desarrollo social y promoción de la salud sean conceptos convergentes a una finalidad común. En un mundo caracterizado por profundas desigualdades, en el que el progreso de las ciencias y de la tecnología lejos de disminuirlas contribuye a diario a acrecentarlas; en el que millones de seres viven con ingresos inferiores a un dólar diario y que hacen denodados esfuerzos por sobrevivir, no es posible hablar de salud sin referirnos a la equidad, a la solidaridad y, por natural consecuencia, a la justicia social.

El desarrollo social y la promoción de la salud no constituyen sino dos caras de una misma moneda, por lo que pretender estudiar los problemas de la salud pública desconectado de las contingencias económicas y sociales que afectan a las poblaciones es - simplemente - desentenderse de la realidad. La aplicación de la moral y la filosofía política al complejo campo de las desigualdades sociales de salud obliga a considerar la tensión entre la influencia de los factores sociales y de las relaciones biológicas (10). En tanto los gobiernos pretendan ignorar los condicionantes sociales de la salud, considerando a los estragos de la pobreza y de la marginación como temas que le son ajenos o que afectan a seres distantes en la geografía y en los sentimientos, resulta muy difícil hablar de promoción de la salud.

La historia enseña que la promoción de la equidad en salud requiere una acción pública a escala mundial que articule su valor y movilice el compromiso político hacia su consecución. Se torna necesario que todos, gobiernos y pueblos, tomen conciencia de pertenecer a una comunidad mundial cuyo destino está indisolublemente unido y que su desconocimiento importa un acto de arrogancia a la par que pone en peligro su propia existencia.

Hoy existe la convicción que la salud de los habitantes de un país o de una región no se protege si, al mismo tiempo, no nos hacemos cargo de los problemas sanitarios de los demás países de la Tierra. La "aldea global" no sólo es funcional para incrementar riquezas y poder sino, también, para universalizar riesgos. El ex-Director General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Kofi Annan, al recibir el Premio Nobel de la Paz expresó que: "Hoy no hay muros que puedan

crear una división entre las crisis humanitarias o de los derechos del hombre en una parte del mundo y las crisis de seguridad en otras". La forma en que quedó redactada finalmente la Declaración sobre este particular, no satisface plenamente las exigencias del presente.

El inciso "a" correctamente señala que "...la promoción de la salud y el desarrollo social para los pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad". En el inciso "b", luego de una introducción absolutamente compartible - a la que hemos hecho referencia - baja súbitamente el tenor del discurso para enunciar que los progresos de la ciencia y la tecnología "deberían fomentar", para luego pasar a enumerar una serie de condicionantes económicos y sociales de la salud. Ese deberían fomentar es una postulación carente de fuerza de convicción. A continuación, enuncia los condicionantes más relevantes de la salud: el acceso a la atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, a la alimentación, al abastecimiento de agua potable, a la mejora del medio ambiente, a la superación de la marginación y exclusión por cualquier motivo y a la reducción de la pobreza y el analfabetismo.

Un documento que pretenda expresar con carácter universal una serie de principios dirigidos a los estados y orientados "cuando proceda para las decisiones o prácticas de individuos, grupos, comunidades, instituciones, empresas públicas y privadas" (inciso "b" del Artículo 1º), no puede redactarse en los términos referidos. Estamos refiriendo una *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* y si, desde esta instancia, no existe la posibilidad de denunciar la falta de las prestaciones más elementales que hacen al resguardo de la dignidad y de los derechos humanos relativos a la vida y a la salud de grandes masas de población, la bioética corre el riesgo de continuar encerrada en una caja de cristal, sin comprometerse con los problemas que afectan a los segmentos más vulnerables del género humano (11).

Entiendo que el logro de consensos en un documento destinado a ser refrendado por todos los países integrantes del sistema de Naciones Unidas es una tarea ardua y que es preciso, para llegar a tal consenso, ceder en algunos enunciados; por ello, es justo señalar que las críticas precedentes se dirigen al Documento y no a quienes participaron en su redacción, que sabemos que debieron sortear importantes escollos para que sea finalmente suscripto. De todas formas, la crítica

al documento es válida y apunta fundamentalmente a continuar, sin prisa y sin pausa, la tarea de mejorarlo en una dirección correcta y de aunar esfuerzos para que este valioso instrumento, que es la bioética, se conecte con posiciones más radicalizadas, que apunten a la justicia social en una dirección universal.

### **El disfrute del nivel más alto de salud**

El apartado "b" del Artículo 14 comienza por señalar que "el disfrute del nivel más alto de salud que se puede alcanzar es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, condiciones políticas, condición económica o social." Conceptos casi idénticos lucen en el preámbulo del Estatuto de la Organización Mundial de la Salud (OMS): "El beneficio de gozar de elevados niveles de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de razas, religión, de credo político, condición social o económica".

La salud, es sabido, es un concepto complejo y abarca múltiples dimensiones, a través de cada una de las cuales pueden describirse desigualdades (12). Obviamente que el nivel requerido sólo puede alcanzarse en la medida que se tomen en consideración los condicionantes económicos y sociales de la salud, lo que paralelamente conduce a un debate sobre equidad en salud. La preocupación por la equidad en salud, surgida en los últimos años, parte del reconocimiento que la salud no es un simple problema individual relacionado con la carga biológica y el comportamiento, sino que ante todo depende de las circunstancias sociales y de una amplia gama de políticas públicas.

Según Brian Barry, la equidad es un principio comparativo, un criterio sobre la situación que la persona o grupo de personas ocupan con relación a los demás. Por otra parte, cabe considerar que las disparidades en salud parecen extenderse en todo el mundo, sea entre naciones como dentro de cada nación. Las oportunidades para gozar de buena salud son muy desiguales, tanto en los países ricos como en los pobres y tanto si el estado sanitario global de cada uno de ellos es alto o bajo (13).

La aplicación de criterios de justicia rígida, indiferenciada, que se



aparten de la observancia de los matices concretos que presenta cada situación en particular, sólo conduce en los hechos a consagrar verdaderas injusticias. Si lo que se pretende es llegar a todos con un sistema de atención efectiva y eficiente, no queda otro camino que partir de la consideración de las diferencias que se observan en el seno de una sociedad. La premisa es que la equidad en salud no puede ser un concepto apolítico, acultural, tecnocrático, limitado al campo de la asistencia sanitaria o al de la salud pública. La mejor forma de considerar la equidad en el campo de la salud no es como objetivo social en sí mismo, aislado, sino como algo inherente a la búsqueda de una forma amplia de justicia social.

Patrão Neves considera que el principio de equidad apela a la solidaridad como condición de su efectivización: "La igualdad de derechos entre todos los hombres sólo puede ser reestablecida de hecho si también todos los hombres redistribuyen todos sus bienes entre sí, y la salud no puede constituir una excepción a esos criterios generales" (14).

Asegurar el "nivel más alto de salud" implica el ejercicio de una multiplicidad de acciones convergentes: asegurar una alimentación adecuada, condiciones de higiene aceptables, acceso al agua potable, educación, condiciones ambientales compatibles con la vida, cohesión familiar, condiciones de trabajo saludables, acceso irrestricto a los servicios de salud y a los medicamentos.

### **El acceso a una atención médica de calidad**

Berlinguer diferencia el derecho a la salud en sentido propio del derecho a la asistencia sanitaria en caso de enfermedad, derecho, éste último, que presenta aristas complejas en cuanto se relaciona con la organización y funcionamiento de los servicios asistenciales. Indica las acciones médicas efectuadas para reconocer y curar las enfermedades en su faz precoz o para impedir su agravamiento. Se vincula con el derecho a la salud en tanto las curas pueden atenuar, abreviar o eliminar los estados mórbidos y el sufrimiento personal por ellos provocado; o sea, porque el negar la cura puede determinar el empeoramiento, la prolongación en el tiempo, la aparición de consecuencias invalidantes o el triunfo letal de una enfermedad. El poder curarse,



como mínimo, se ha transformado en una función directa, legítima y explícita del dinero; y se afirmó por esto, en la práctica y a veces en las leyes, un derecho de atención médica y a la salud proporcional a la riqueza (8).

Esto se explica si tomamos en cuenta los espectaculares avances que ha experimentado la medicina en lo tocante a diagnóstico y tratamiento de dolencias: desarrollo de tecnologías sofisticadas, diagnóstico por imágenes, tomografía, drogas de alto costo, intervenciones en salas de terapia intensiva que cuentan con complejos equipos de monitoreo y personal altamente capacitado, análisis genéticos etc, avances que de común no llegan a los sectores carenciados.

La carencia o el declive de los servicios públicos hospitalarios crea, a los pobres, condicionamientos que ponen en serio riesgo su vida y su salud. Las esperas interminables para someterse a intervenciones quirúrgicas, la privación al acceso de medios diagnósticos y terapéuticos adecuados, que con el avance de las ciencias médicas y la creciente complejidad y costos se tornan prohibitivos, llevan a una atención deficiente y cuestionable de la salud que en los hechos conduce a establecer una división entre quienes pueden acceder a una atención eficiente en tiempo oportuno y con medios adecuados y quienes, careciendo de medios, sólo gozan de un derecho formal a la vida y a la salud, que les es negado en los hechos.

La relación entre las necesidades de prestación de los servicios sanitarios de la población y la limitación de los recursos destinados a ella conduce a un tema complejo y discutible cual es el de la distribución de los recursos para la salud. En este campo, la equidad constituye una noción bacilar, reconocida como principio, en cuanto a la idea reguladora del accionar humano y del procedimiento de las instituciones políticas y sociales. Así, la equidad se refiere a una aplicación casuística del principio de justicia que, ratificando la igual dignidad de todos los hombres, establece una igual accesibilidad a los cuidados de la salud a través de la redistribución diferenciada; esto es, atribuyendo más a quienes tienen menos y atribuyendo lo mismo a quienes se encuentran en iguales condiciones (14).

Desde una posición crítica, Berlinguer señala que demasiado seguido el discurso se limita al reparto de los gastos para las curas médicas, es decir, a una ética distributiva concebida de un modo muy

restringido; se limita al examen de las prioridades en medicina, antes que al impulso necesario para obtener que, en una jerarquía de las necesidades humanas, cualquiera tiene el poder decisivo de otorgar a la salud la misma prioridad que le atribuyen médicamente las personas (8). Aquí cabe reiterar que la atención médica de calidad no puede desentenderse de una respuesta adecuada a los condicionantes económicos y sociales de la salud. Resulta inútil un dispendioso presupuesto para la atención médica si paralelamente no se combaten los estragos de la pobreza extrema, de la mal nutrición o de la contaminación ambiental. Las políticas de salud deben integrarse y complementarse con procederes políticos en el campo social. A pesar de las abrumadoras pruebas que la necesidad de asistencia sanitaria es mayor en las poblaciones empobrecidas, es habitual que los servicios de salud sean más escasos y de peor calidad en las zonas correspondientes a poblaciones desfavorecidas y que el acceso a ellos sea más difícil: es la llamada ley de asistencia inversa (15).

La Declaración habla de "acceso a una atención médica de calidad", lo que nos mueve a preguntarnos qué significado atribuir a calidad en este contexto. Callahan considera que la medida de alta calidad importa proporcionar a cada paciente algo más que un nivel mínimo adecuado de cuidado; significa dar a cada uno muy buen cuidado. Pero, a medida que avanza el progreso médico, el estándar de lo que se considera cuidado de calidad continúa elevándose de la misma manera que lo hace el estado de calidad de un automóvil, de una computadora o de un avión (16).

Este tal vez sea uno de los mayores desafíos en la lucha contra la enfermedad, pero paralelamente constituye la única forma en que los frutos del progreso y el acceso a la ciencia y a la tecnología lleguen a todos los individuos sin distinción alguna. Por otra parte, el costo de atención de la salud resquebrajada por la enfermedad puede conducir al empobrecimiento del paciente o, lo que es más, al de su grupo familiar. Los gastos de asistencia sanitaria pueden empujar a los individuos a la pobreza, si el paciente de una enfermedad grave o crónica debe sufragar por sí una parte sustancial por el tratamiento. La importancia de los gastos originados en la enfermedad como causa principal del empobrecimiento, se confirmó en un estudio mundial sobre 60 mil personas. La meta a alcanzar en este terreno es el acceso

a una asistencia sanitaria de calidad que no altere la situación social del paciente ni la de su núcleo familiar.

### **Acceso a los medicamentos esenciales**

Para hablar del acceso a los medicamentos esenciales debemos partir de la doble caracterización de los mismos. Desde el análisis económico, es indudable la pertenencia a la categoría de mercancía, en tanto se comercializan, poseen un concreto valor de cambio y constituyen el objeto de una de las industrias más florecientes del planeta. Desde otra órbita, deben ser considerados como bienes sociales y públicos, ya que se vinculan al goce de derechos fundamentales tan valiosos como la vida y la salud humanas, en tanto constituyen la intervención terapéutica más frecuente para el tratamiento de las enfermedades.

A esta doble pertenencia, hay que añadir que los medicamentos se encuentran íntimamente ligados a la disciplina de la propiedad industrial en tanto constituyen el género económicamente más relevante de las invenciones patentables.

Las naturales tensiones que se crean entre el mercado y la tutela de la salud pública en este campo, tornan necesaria la implementación de políticas públicas adecuadas al cumplimiento de los fines perseguidos por el Estado en la protección de la salud. Tal vez el tema más polémico sea el del costo, que a la postre se convierte en el principal condicionante de su suministro. Una de las políticas más efectivas en esta materia es la implementación, por parte del Estado, de planes sobre medicamentos genéricos cuando cae en el dominio público la especialidad médica patentada, lo que contribuye a una considerable reducción del precio.

Un problema íntimamente ligado a la bioética es el que presentan los denominados medicamentos huérfanos, expresión utilizada para designar las drogas potencialmente útiles para el tratamiento de enfermedades, las que no provee el mercado por no resultar lucrativas para la industria; y que, por extensión, se aplica a la inexistencia de medicamentos para combatir dolencias propias de los países pobres. No se trata aquí de barreras existentes para el acceso a medicamentos disponibles en el mercado, sino de falta de producción o distribución

de medicamentos para combatir las enfermedades que, a juicio del mercado, no ofrecen una rentabilidad aceptable.

En 1975, ante la crisis que afligía a los países en desarrollo provocada, entre otros factores, por el alto costo de los medicamentos, que imposibilitaba su acceso a las poblaciones carenciadas, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS adoptó una resolución en la que por primera vez se introdujo los conceptos de "política farmacéutica nacional y medicamentos esenciales" en el vocabulario de la salud pública internacional.

Acorde con este mandato, en 1981 la OMS creó el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales - término que emplea la Declaración que comentamos - entendiendo por tales a aquéllos que satisfacen las necesidades del cuidado de la salud de la mayoría de la población y que deben, por tanto, estar disponibles en todo momento, en cantidades adecuadas y en presentaciones apropiadas, a un precio que la comunidad pueda pagar. El garantizar el acceso a los medicamentos esenciales es considerado hoy como una de las responsabilidades indelegables del Estado y constituye un tema incluido permanentemente en la agenda de los diversos países y organismos internacionales. El numeral 17 de las Metas de las Naciones Unidas para el Milenio establece específicamente la necesidad de "propiciar el acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo" (17).

No obstante las acciones desarrolladas en esta dirección, la OMS señala que aún hoy un tercio de la población mundial continúa sin un acceso regular a estos medicamentos. Tomando en cuenta que en las poblaciones pobres el 60% de las muertes son producidas por infecciones parasitarias, tuberculosis y malaria, para todas las cuales el acceso oportuno a los medicamentos es decisivo para prolongar la vida y reducir el sufrimiento, podemos advertir la importancia que inviste el hecho que un tercio de la población mundial carezca aún de acceso a ellos.

Tal como señalamos, el obstáculo más relevante para el acceso a los medicamentos lo sigue constituyendo el sistema de propiedad intelectual, que si bien ha experimentado una cierta flexibilización después de la *Declaración de Doha*, muestra serias restricciones traducidas en la imposición de precios exorbitantes y en el aprovechamiento de la estructura monopólica de los mercados, junto a las barreras que

impone los *Acuerdos sobre Propiedad Industrial* (ADPIC) a la producción local en los países subdesarrollados.

Ya en 1996 la Asamblea Mundial de la Salud había examinado la relación entre salud pública y los Acuerdos ADPIC. Las resoluciones adoptadas en 2001 apuntaron a la necesidad de evaluar el impacto de los ADPIC sobre el acceso, la capacidad de fabricación local y el desarrollo de nuevos medicamentos. El cuarto período de sesiones de la Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio (OMC) examinó la precitada relación en un momento difícil en el cual se temían atentados terroristas con armas biológicas y, al mismo tiempo, diversas multinacionales farmacéuticas habían demandado a Sudáfrica por violación de los Acuerdos ADPIC; aún reconociendo que el país había actuado en defensa de la vida y de la salud de sus habitantes.

Como fruto de la presión ejercida por los países subdesarrollados, en especial Brasil y países del grupo africano, al concluir sus deliberaciones la Conferencia produjo el 14/11/2001 la denominada *Declaración de Doha*, que implicó un avance significativo en la lucha de los países subdesarrollados por brindar a sus poblaciones medicamentos accesibles en términos económicos. La Declaración comienza por marcar la gravedad de los problemas de salud pública que afligen a muchos países en desarrollo y reconoce que el Acuerdo sobre los ADPIC no impide, ni debería impedir, que los miembros adopten medidas para proteger la salud pública, agregando que dicho Acuerdo puede y debe ser interpretado y aplicado de manera que apoye el derecho de los miembros de la OMC a proteger la salud pública y, en particular, a promover el acceso de medicamentos para todos. Cabe señalar la relevancia que cobra esta Declaración, ya que por primera vez un organismo clave del sistema económico internacional reconoce y privilegia los intereses de la salud pública, colocándolos por encima de los derechos de propiedad industrial.

La lucha por el acceso universal a los medicamentos en condiciones razonables que no importen agravar la situación económico-social de los países menos desarrollados, ni infligir a las poblaciones carenciadas mayores sacrificios y padecimientos, no sólo constituye una decisión política con indudable sustento ético, sino que paralelamente debe comprometer los esfuerzos dirigidos al logro de una

mayor solidaridad entre naciones y pueblos. Si más allá de los logros obtenidos en Doha se torna necesario flexibilizar los Acuerdos de ADPIC, excluir a los países pobres de su régimen, o posibilitar la fabricación y comercialización de medicamentos esenciales, ningún acuerdo ni ley podría constituir un obstáculo para ello.

### **Los condicionantes sociales de la salud**

La salud - lo hemos señalado - es un concepto complejo que resulta difícil delimitar. La definición que en su hora dio la OMS al caracterizarla como "un estado de completo bienestar físico, mental y social", mereció críticas en tanto envuelve una utopía difícil de alcanzar. Tanto la "prevención primaria" como la "promoción de la salud" se proponen, conjuntamente, prevenir las enfermedades y mejorar las condiciones psicofísicas de los individuos. Este tipo de prevención - a juicio de Berlinguer - tiende a movilizar la capacidad preventiva, que es fruto de decisiones llevadas a cabo en otros campos (8). Pretender circunscribir el cuidado de la salud a la actuación médica, constituye un grave error de apreciación que envuelve la intencionalidad política de querer exculpar a la sociedad de los aspectos más relevantes que contribuyen a resquebrajarla o mutilarla.

La salud, resulta obvio reiterarlo, está condicionada por factores económico-sociales, en primer término por la pobreza y su abanico de consecuencias, por la carente o inadecuada alimentación, por los problemas medioambientales, por la educación, por la marginación y exclusión social, por las relaciones de trabajo. Pasamos a desarrollar algunos de estos condicionantes, que refiere la Declaración.

### **La reducción de la pobreza y del analfabetismo**

Pese a figurar en el último término de la enumeración que hace el inciso "b" del Artículo 14, la pobreza es el más relevante de los condicionantes de la salud y prácticamente reconoce vínculos con todos ellos. A juicio de Schramm, la indigencia es el principal problema de la bioética en el campo de la salud (4). Alrededor de la pobreza se forma un círculo perverso que lleva a la desnutrición, al deterioro del medioambiente, a la marginación, a la disgregación social, a la

delincuencia, al analfabetismo, a la pérdida de la autoestima; círculo que difícilmente permite salir a quien ingresa en él, en tanto tienden a reproducirse los condicionantes y extenderse a los descendientes. Cabe admitir, entonces, que la pobreza es un factor que inhibe el bienestar e influye en múltiples facetas del modo de vida. A lo largo de la existencia se presentan efectos sanitarios acumulativos que son consecuencia de vivir en la pobreza persistente (9). Estudios recientes indican que el estrés psicosocial que provoca la pobreza resulta altamente lesivo para la salud (18).

El tema, que ha merecido numerosos e importantes estudios de investigadores pertenecientes a los más diversos campos del saber, es complejo en su contenido como así en el examen de las políticas orientadas a su erradicación o al menos al logro de una reducción significativa, confluyendo en su análisis áreas diversas del conocimiento: economía, sociología, antropología, filosofía etc. Para Amartya Sen - uno de los más destacados científicos que abordaron el tema - la pobreza debe ser caracterizada como "privación de capacidades básicas" y no solamente como una falta de ingresos, que es el criterio habitual con el que se la identifica. La persona pobre carece de libertades esenciales que necesita para llevar el tipo de vida que, con justicia, valora (19).

El índice de desarrollo humano introducido por Mahbub Ul Haq y sus colegas en 1990, refleja los logros de las posibilidades humanas más elementales - gozar de una vida prolongada, adquirir conocimientos y disfrutar de un estándar decente de vida - que se puede representar como salud, educación e ingresos, los cuales son por cierto los tres pilares del desarrollo humano (20). Estos tres pilares básicos son negados al individuo pobre. El pobre no sólo carece de renta que le posibilite una vida digna a él y a su familia, sino que adicionalmente - o tal vez prioritariamente - carece de la posibilidad de capacitarse y romper de alguna forma el cerco de hierro que oscurece su presente y condiciona su futuro y el de sus descendientes.

Los problemas relacionados con la pobreza no operan en forma aislada sino que presentan al examen múltiples interacciones que en definitiva conducen a la marginación del individuo. El estudio de la interrelación pobreza-salud no puede prescindir del análisis de los efectos del desempleo. Sen señala que existen abundantes pruebas de que el paro produce muchos efectos trascendentes, además de la



pérdida de la renta; entre ellos, los daños psicológicos, la pérdida de motivación para trabajar, la pérdida de confianza en sí mismo, el aumento de las enfermedades y de la morbilidad (e, incluso, de la tasa de mortalidad), la perturbación de las relaciones familiares y de la vida social, el aumento de la exclusión social y el empeoramiento de las tensiones sociales y de las asimetrías entre los sexos (19).

Las consecuencias y secuelas de la pobreza extrema parecieran no interesar ya a los individuos que han logrado emerger y que, con frecuencia, ignoran los datos de la realidad o - lo que es más grave - lo toman como una fatalidad programada, respecto de la cual nada puede hacerse. Cuando establecemos la conexión entre pobreza, salud y vida, es posible acercarse a la realidad a través de datos y cifras que impiden desconocer sus efectos.

Mediante una reseña de trabajos empíricos sobre la materia, Wagstaft describe cuatro hallazgos claves: 1) Los patrones de salud muestran casi siempre que los pobres están en desventaja: mueren más jóvenes y padecen mayor morbilidad; 2) Las desigualdades tienden a ser más pronunciadas en los indicadores objetivos de mala salud como las mediciones de mal nutrición y mortalidad; 3) La extensión de la desigualdad en salud tiene grandes variaciones en los estudios entre países aunque ellos varían según los índices usados; 4) Las desigualdades socioeconómicas en salud parecen estar ampliándose más que estrechándose en todo el mundo, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados (20).

Muurinen y Le Grand, en un estudio realizado en 1985, llegaron a la conclusión que los pobres, al poseer pocos activos, dependen esencialmente de su propia salud para producir y consumir, mientras que los más ricos dependen más del capital humano y el financiero. De allí establecieron que la mala salud está correlacionada con la pobreza y que esa correlación muy difícilmente habrá de desaparecer si no se hace algo con respecto a la pobreza (20). Por otra parte, la mala salud no sólo afecta desproporcionadamente a los pobres, sino que también causa pobreza. En un análisis de estudio de casos, el Banco Mundial (1993;1995) estableció que la raíz principal y más común del empobrecimiento de individuos y hogares es la enfermedad y el daño o muerte que causa la enfermedad (20).

Particularmente, en el campo de la bioética, sorprende sobrema-

nera que la pobreza extrema no haya sido materia de investigación o de debate, que simplemente se la considere como una cuestión social. Pocas veces - y con limitado eco - se la menciona, cuando a mi entender es el condicionante más relevante de la salud, que pone al desnudo la inequidad y la falta de solidaridad de nuestro tiempo. Mientras se han volcado litros de tinta debatiendo sobre fecundación médica asistida, clonación reproductiva, selección de sexo, terapias génicas, autonomía del paciente, retiro del soporte vital; temas todos ellos interesantes que incitan a la imaginación, pero que - cabe reconocerlo - carecen de una dimensión universal o, en su caso, sólo interesan a grupos selectos de personas pertenecientes en su inmensa mayoría al primer mundo; la pobreza queda relegada a la condición de un simple fenómeno económico y social que sirve para mediciones estadísticas o en contados casos para generar declaraciones que contienen propuestas fantasiosas en las que nadie seriamente cree:

"Es que los pobres mueren en salas de hospital que carecen de medicamentos, en aldeas que carecen de mosquiteros para prevenir la malaria, en casas que carecen de agua potable. Mueren en el anonimato sin que se haga pública su muerte. La mayor parte de la gente ignora la lucha diaria por la supervivencia y los miles de personas empobrecidas de todo el mundo que pierden esa lucha" (21).

Bienvenida, entonces, esta mención de la pobreza en una declaración de la importancia de la analizada, aún cuando sea en el renglón final y aún cuando sea como una expresión de buenos deseos. Tal vez sirva para despertar conciencias adormecidas y para instalar - de una vez por todas - un debate profundo y esclarecedor sobre los condicionantes sociales en salud en el ámbito de la bioética. No podemos, en este terreno, seguir trabajando con el individuo aislado que reivindica su autonomía como paciente, que logra que se reúna un comité de ética hospitalario para decidir si es moralmente aceptable el practicar tal o cual cirugía o para resolver acerca de la dimensión de los cuidados paliativos.

El otro condicionante que enuncia el último inciso es el analfabetismo. El cuidado de la salud está íntimamente ligado al nivel de la

educación. El individuo educado cobra un mayor conocimiento de su cuerpo y de los procesos vitales que repercuten no sólo sobre la prevención de enfermedades, sino en una respuesta más rápida y eficaz frente a las mismas. Esto no constituye solo una formulación teórica sino que, estadísticamente, se ha comprobado que la matrícula escolar es uno de los indicadores de buena salud, en tanto se ha verificado una evolución paralela entre el descenso de las tasas de mortalidad y el aumento del nivel educativo (20).

La producción y difusión más equitativa de los conocimientos sanitarios depende en primer lugar de una opinión pública educada e informada. En este sentido, se ha señalado que es fundamental lograr la educación primaria universal, de forma tal que todas las personas puedan convertirse en agentes de su propia salud (22).

### **Subalimentación**

El hambre, tal como lo señalara Kofi Annan en la última Cumbre Mundial sobre Alimentación, es una de las peores violaciones a la dignidad humana. A pesar de la abundancia de víveres que posibilitan los adelantos en las técnicas agrícolas, existen 800 millones de hambrientos en el planeta; cuatro millones de ellos mueren al año por hambre y la ayuda internacional, pese a las expresiones de buenos deseos, no se concreta en términos convincentes.

El reciente informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez (UNICEF) contiene datos que tornan inútil todo comentario. Cada minuto mueren diez niños menores de cinco años por causa del hambre y 146 millones de niños viven desnutridos y, en los últimos 15 años, pese a las reiteradas promesas, el porcentaje de niños desnutridos no ha tenido una baja significativa (23).

En África, más de un cuarto de la población infantil tiene un peso inferior al que le corresponde por su edad. Es sabido que la subalimentación o la desnutrición crónica tienen un efecto sumamente negativo en el desarrollo de la persona, vulnerando derechos fundamentales (24). Diversos estudios desde la década de los sesenta establecieron una asociación entre la desnutrición en los primeros años de vida y las alteraciones permanentes de las funciones cerebrales. La desnutrición infantil reduce la velocidad de división de las células, la

síntesis del ADN y el número de neuronas, además de interferir en el proceso de mielinización, efectos todos de los que da cuenta la UNICEF en un documento en el que destaca que la desnutrición perjudica el intelecto, la productividad y el potencial, no sólo individual sino de toda una sociedad.

Souza e Azevedo señalan que la Asociación Americana de Retardo Mental (AMB) identificó en un estudio cinco causas de retardo mental, cuatro de las cuales están directa o indirectamente asociadas a la subalimentación y a la pobreza (24). Hasta los tres años de vida, la falta de aporte nutricional pone en riesgo la salud del niño para toda su existencia. Cabe advertir que a los defectos físicos - traducidos en la pérdida de talla o malformaciones congénitas - la desnutrición temprana añade el retardo mental. Para los investigadores, mucho más que el fruto de un determinismo genético, la especie humana es el fruto de un determinismo ambiental. El ambiente es superior a la biología, ya que no existen genes que aseguren el crecimiento y el desarrollo en ausencia de un ambiente adecuado. La ausencia de condiciones mínimas de alimentación requeridas por el organismo humano, funciona como anulador de las potencialidades genéticas, conduciendo a la persona a la muerte precoz, precedida de un vivir sub-biológico (24).

La desnutrición y el hambre constituyen los efectos más nefastos de la pobreza en tanto afectan al hombre en su vida, en su desarrollo físico e intelectual y en el de sus potencialidades, relegándolo a una existencia que vulnera su dignidad como ser humano.

### **La mejora de las condiciones de vida y del medioambiente**

La calidad de vida depende de las necesidades que uno tiene o siente como tales y sabemos que las necesidades no son, a su vez, realidades inamovibles ni medios objetivos de los que podamos derivar un conjunto de bienes básicos e indiscutibles. No obstante, existe un mínimo para la vida de calidad, que son los mínimos de la justicia. Los derechos sociales indican cuáles son los bienes a los que todos tienen derecho. El Artículo 25 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* establece:

"Todos tienen derecho a un nivel de vida adecuado para su

salud y bienestar propio y de su familia, incluyendo alimentación, ropa, vivienda y atención médica, además de los servicios sociales necesarios y el derecho de seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez u otra escasez en su vida debido a circunstancias fuera de su control".

La norma expresa los componentes de una vida de calidad y su ausencia importa un desconocimiento de derechos humanos fundamentales. Sabemos que grandes núcleos poblacionales carecen de una parte considerable de estos derechos y que se ven obligados a llevar una existencia que lesiona su dignidad. El reto moral de estos tiempos importa que gobiernos y ciudadanos asuman su responsabilidad en este terreno. El asegurar un mínimo de bienes para posibilitar a cada individuo una vida de calidad - aún concebida en los términos mínimos que referimos - importa un gran reto y un gran desafío a la solidaridad y a la justicia social. En la construcción de este objetivo dirigido a la mejora de las condiciones de vida, la bioética debe ocupar un lugar en primera fila. Creer que la calidad de vida o el disfrute de una vida de calidad es un tema ajeno a sus cometidos, es desconocer los fines y los objetivos de la disciplina. La norma que examinamos menciona al medioambiente.

En ningún otro período de la historia hemos asistido a un proceso tan devastador de la biosfera, nuestro hogar común. Las voces de alerta se han hecho escuchar desde hace tiempo, pero el proceso continúa y las medidas imaginadas para mitigar sus efectos avanzan a un ritmo que nunca podrá alcanzar el que impulsa la destrucción.

Sería muy largo enumerar los problemas existentes en este campo que lamentablemente se vinculan a acciones u omisiones de países y poblaciones ricas como asimismo de países y poblaciones pobres. El crecimiento industrial desmedido - que no debe confundirse con desarrollo - ha llevado a degradar la calidad de la atmósfera, a destruir bosques y ecosistemas húmedos, a la desertificación, a la pérdida sostenida de la biodiversidad, a la contaminación con gases de efecto invernadero y a la contaminación química.

Estos no son paisajes del futuro, sino problemas actuales cuya consecuencia afecta a los hombres de hoy, con entidad suficiente para comprometer la vida y las condiciones de subsistencia de las genera-

ciones futuras. La contaminación atmosférica constituye un grave problema de salud en Europa y es causante de 310 mil muertes prematuras anuales (25); la desertificación amenaza la vida de 1.200 millones de personas en un centenar de países; un estudio de las Naciones Unidas establece que el impacto de la desertificación se ve exacerbado por las políticas de marginalización de las tierras secas más pobres y por el escaso desarrollo en el ámbito de la salud y la educación (26). La devastación de la selva amazónica - el pulmón de nuestro planeta - es constante; desde los años 1960 han desaparecido 680 mil kilómetros cuadrados y la tendencia va en aumento pues la deforestación, en 2004, fue el 6% superior a la del 2003 y amenaza gravemente el futuro de un lugar que almacena el 20% del agua dulce del planeta (27).

Las Academias de Ciencias más caracterizadas del mundo, en un documento de Junio de 2005, advirtieron que ya se están produciendo cambios en el clima, que son inevitables más alteraciones en el futuro y que los países deben prepararse para ello (28). El presidente de la Royal Society señaló que está claro que los líderes mundiales no pueden utilizar más la incertidumbre acerca de algunos aspectos del cambio climático como una excusa para no emprender acciones urgentes para condenar emisiones de gases de efecto invernadero.

Se estima que la mitad de las especies del mundo viven en unas 25 áreas tropicales, en su mayoría forestadas, donde la acción humana ya ha eliminado más del 70% de la vegetación natural. Las tasas de extinción de animales y plantas son mucho mayores de lo que cabría esperar a tenor de los datos fósiles y moleculares: se acercan a mil veces el valor "natural". Debido a estas desapariciones, la Tierra corre el peligro de empobrecerse en forma irresistible (29).

Con relación a la polución química, cabe destacar la declaración final de la reunión, convocada por la UNESCO en París, en Mayo de 2004. Allí se señaló que el desarrollo de nuevas enfermedades es consecuencia de la degradación ambiental y que la polución química constituye una amenaza general para los niños y para la supervivencia del hombre; añadiendo que las sustancias contaminantes son cada vez más numerosas y que un gran número de esos productos contaminan la atmósfera, el agua y la cadena alimenticia (30). Estos datos - que simplemente constituyen ejemplos de un universo mucho más extenso - nos alertan acerca de las condiciones adversas en que

desarrollan su vida los hombres del presente, lo que necesariamente incidirá sobre las generaciones futuras.

El vínculo salud-medioambiente es indiscutible y a esta altura de los tiempos resulta igualmente inadmisibile que los temas medioambientales no formen parte de la agenda bioética. Casi una de cada cuatro muertes (el 24% según estudios de la OMS) se debe a factores medioambientales. Su proporción es casi la misma, el 23% si se analizan las personas enfermas. Los factores de riesgo ambiental contribuyen a producir o agravar 85 de las 102 enfermedades, grupos de enfermedades y traumatismos analizados durante varios años por expertos de todo el mundo (31).

### **La responsabilidad social en salud: conclusiones**

Concluyendo, volvemos al punto de partida. En los considerandos de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* se advierte que

“... es conveniente elaborar nuevos enfoques de la responsabilidad social para garantizar que el progreso de la ciencia y de la tecnología contribuya a la justicia y a la equidad y sirva al interés de la humanidad.”

La realidad histórica del período que va desde la finalización de la Segunda Guerra Mundial al presente, nos muestra un mundo con marcados contrastes. En medicina se han logrado metas sorprendentes: nuevas armas terapéuticas como los antibióticos; erradicación de enfermedades como la viruela o la reducción drástica de otras como la parálisis infantil; nuevas armas diagnósticas; cirugías reparadoras; transplantes de órganos; terapias génicas etc. Junto a estos logros indiscutibles, subsisten y se acrecientan las inequidades en salud traducidas en muertes y discapacidades, fruto de la desidia, de la falta de solidaridad, de la indiferencia y del abandono de políticas públicas en la materia. Frente a este panorama tan contradictorio como injusto, la Declaración nos invita a pensar sobre “responsabilidad social en salud”. ¿Responsabilidad de quién y respecto de quiénes?



La responsabilidad por la promoción, prevención y atención de la salud (incluyendo a los factores condicionantes externos) tanto individual como colectiva, tanto en el orden interno de un Estado como en el planeta, es un asunto que nos concierne a todos, sin exclusión alguna: a la comunidad de naciones, a los estados, a las organizaciones públicas y privadas, a los dirigentes políticos, gremiales, empresariales etc., bien como al individuo del común. Esta responsabilidad importa involucrarse en los problemas de la salud y tomarlos como propios, con seriedad, como parte de los deberes que nos competen por el solo hecho de pertenecer al género humano.

Esta responsabilidad debe orientarse y dirigirse a todos los seres humanos, sin distinción de nacionalidad, raza, género, educación, condición económica o social. Todos los seres humanos tienen derechos que reclamar de todos sus congéneres en este campo. La responsabilidad social por la salud ha ido descendiendo progresivamente en el escenario global, llegando en la actualidad a ser también presa del "mercado". Con la excusa poco creíble de que el Estado es indudablemente ineficiente en el cuidado de la salud, se parte de convencer a la sociedad de que sólo aquéllos cuyo objetivo es ganar dinero pueden diseñar sociedades eficientes y ocuparse de la salud. Por otra parte, el énfasis en la tecnología y en lo individual afecta también las concepciones de causalidad de las enfermedades, privilegiando en forma dominante los aspectos biológicos por sobre los sociales (8).

En este terreno, la bioética no puede quedar ausente. Si se excluyen los problemas de la salud y sus condicionantes del ámbito que se le asigna, simplemente habremos mutilado una disciplina que nació con otros horizontes y con otro vuelo, al seccionarle uno de los capítulos más nobles y humanos. La salud es un derecho humano básico y en consecuencia la equidad en salud debe ocupar un lugar de honor. Los valores humanos como la universalidad, la solidaridad social y la justicia social proporcionan una base moral efectiva para la equidad sanitaria mundial.

La inclusión de un capítulo sobre responsabilidad y salud en la Declaración, es un hecho auspicioso que debemos celebrar ya que más allá de las críticas constructivas que hemos realizado, puede contribuir a instalar definitivamente un debate profundizado sobre temas que nunca debieron estar ausentes de la bioética.

## Referencias

1. Beauchamp, TL. & Childress, J. *Principios de ética médica*. Barcelona: Masson, 1999.
2. Pessini, L & Barchifontaine, C. Bioética: do principalismo a busca de una perspectiva latinoamericana. In: Costa, SIF; Garrafa, V & Oselka, G (eds.). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 81.
3. Bertomeu, MJ. Bioética, ética social y filosofía política: una mirada crítica. In: Garay, O: *Bioética y medicina*. Buenos Aires, Edit. Ad Hoc, (en prensa).
4. Schramm, RF. *A terceira margem da saúde*. Brasília: Edit. UnB, 1996. p. 228.
5. Sotolongo, PL. ¿Es una bioética separada de la política menos ideologizada, que una bioética politizada? *Revista Brasileira de Bioética* 1(2), 2005. p. 133.
6. Garrafa, V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética* 1(2). p. 122.
7. Casas Zamora, JA. Los retos de la bioética en América Latina. In: Stepke, FL. (ed) *Bioética: equidad, solidaridad y derechos humanos*. Washington, Edit. OPS, 2000. p. 19.
8. Berlinguer, G. *Ética de la salud*. Buenos Aires: Lugar Editora, 1996. pp. 8, 64, 85, 88, 10.
9. Evans, T; Whitehead, M; Diderichsen, F; Bhuiya, A & Wirth, M. Introducción. In: Evans, T et alli. *Desafío a la falta de equidad en salud*. Washington: Edit. OPS, 2002. p. 6.
10. Peter, F & Evans, T. In: Evans, T. et alli (orgs.) *Dimensiones éticas de la equidad en salud*. Washington D.C., Edit. OPS-Fundación Rockefeller, 2002, p. 27.
11. Levine, RJ. The international dialogue on health policy, ethics and human values. In: Bankowski, Z & Bryant, JH. (orgs.) *Poverty, vulnerability, the value of human life and the emergence of bioethics*. Ginebra: Edit. CIOMS, 1994. p. 234.
12. Anand, S. et alli. Medición de las disparidades en salud. In: Peter, F & Evans, T. (orgs.) *Op.cit*, p. 53.
13. Barry, B. En: Peter, F & Evans, T. (orgs.) *Op. cit.* p. 29.
14. Patrao Neves, MC. Alocação de recursos em saúde. Considerações éticas. *Bioética* 7(2), 1999. p. 159-63.
15. Whitehead, M. et alli. Construcción de una respuesta política a la falta de equidad en salud: una perspectiva mundial. In: Peter, F & Evans, T. (orgs.) *Op.cit.* p. 345.
16. Callahan, D. La inevitable tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes. In: Lolas Stepke, F. *Bioética y cuidado de la salud*. Washington: OPS, 2000. p. 91.
17. Seúba, X. *Medicaments, beneficis per la salut*. Barcelona: Associació per

- las Naciones Unidas, 2005. p. 55.
18. Sapolsky, R. Pobreza y enfermedad. *Revista Investigación y Ciencia*. Madrid, febrero, 2006, p. 26.
19. Sen, A. *Desarrollo y libertad*. Buenos Aires: Edit. Planeta, 2000. p. 114-33.
20. OPS. *Salud, crecimiento económico y reducción de la pobreza*. Washington D.C., Edit. OPS, 2003. p. 5, 47, 48, 55, 45.
21. Sachs, J. *El fin de la pobreza*. Buenos Aires: Edit. Debate, 2006. p. 25.
22. Chen, N & Berlinguer, G. Equidad en salud en un mundo que marcha hacia la globalización. In: Peter, F & Evans, T. (orgs.) *Dimensiones éticas de la equidad en salud*. Washington D.C., Edit. OPS - Fundación Rockefeller, 2002, p. 46.
23. UNICEF. Panorama para la infancia: un balance sobre nutrición. *El País*, 03-05-06.
24. Souza, M & Azevedo, E. *O direito de vir a ser após o nascimento*. Porto Alegre: Edit. Edipucrs, 2000. p. 60.
25. El País. Madrid, 21-02-05.
26. El País: Madrid, 17-06-05.
27. El Mundo. Madrid, 16-07-05.
28. El País. Madrid, 08-06-05.
29. Pim, S. & Henkis, C. Conservación de la biodiversidad. *Revista Investigación y Ciencia*. Madrid, noviembre 2005, p. 34.
30. Benkimon, P. Un appel international contre les dangers de la pollution chimique. *Le Monde*. Paris, 08-05-04.
31. El País. Madrid, 16-06-06.

Recebido: 19/10/2006 Aprobado: 15/12/2006