

Artigos especiais

Esta seção destina-se à publicação de artigos de autores convidados.
Os textos serão publicados no idioma original

Bioética y medicina social: una confluencia necesaria *Bioethics and social medicine: a necessary confluence*

Víctor B. Penchaszadeh

Universidad de Columbia, Nueva York, Estados Unidos de América y Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, Buenos Aires, Argentina.

penchavi@arg.ops-oms.org

Resumen: Este artículo sostiene la necesidad de una confluencia y “fertilización cruzada” entre la medicina social y la bioética para el avance de los objetivos comunes de equidad y justicia en salud. Es imprescindible que la medicina social incorpore en su discurso los conceptos progresistas de la bioética, como: equidad, justicia, interdisciplinaridad, diálogo entre posiciones diferentes para búsqueda de consensos, respeto por la autodeterminación de los pacientes, protagonismo de la comunidad en las decisiones sociales en relación a salud). Además, es indispensable, también, que la bioética se “socialice”, poniéndose en consonancia con las necesidades de las poblaciones marginadas y explotadas del mundo.

Palabras clave: Bioética. Medicina Social. Equidad. Justicia. Salud.

Abstract: This article upholds the need for confluence and cross-fertilization between social medicine and bioethics in order to move forward with the common objectives of equity and justice in healthcare. It is essential for social medicine to incorporate in its discourse the progressive concepts of bioethics, such as equity, justice, interdisciplinarity, dialogue between different positions to search for consensus, respect for patients' self-determination and the leading role of the community in health-related social decisions. Moreover, it is also essential for bioethics to become “socialized” and take a stance consonant with the needs of the marginalized and exploited peoples of the world.

Key words: Bioethics. Social Medicine. Equity. Justice. Healthcare.

Hace varias décadas que las corrientes progresistas de la salud han estado liderando la lucha por el derecho a la salud y la equidad en el acceso a la salud en el mundo entero. En América Latina, el movimiento de medicina social ha sido pionero en liderar las luchas de las organizaciones sociales por la salud de los pueblos, culminando con la creación de Alames (Asociación Latino-Americana de Medicina Social) en los años 1970. En varios países de la región, estos movimientos han sido exitosos en instalar la agenda de la salud colectiva en el tablero de las políticas sociales, llevando a consagrar el derecho a la salud como deber del estado en las constituciones nacionales de diversas naciones, como Brasil, México y Venezuela. En otros países, los movimientos de medicina social han defendido estos principios frente al embate privatizante proveniente de los países centrales y los intereses económicos locales.

Décadas después, la globalización económica neoliberal, con su concentración de la riqueza y poder político en pocas manos en todo el mundo, está siendo enfrentada por la globalización de los movimientos sociales, como el Foro Social Mundial y el Movimiento por la Salud de los Pueblos, este último originado en Bangladesh y extendido luego a todo el mundo. El objetivo principal de los movimientos de medicina social en el mundo ha sido la equidad y la justicia en las actividades de salud, el énfasis en el concepto de salud como derecho humano fundamental que debe ser garantizado y financiado por el Estado, y la activa participación de la comunidad organizada en determinar las prioridades de salud y las modalidades de atención de salud que aseguren respeto a la dignidad, autonomía y necesidades de las personas.

Concomitantemente con el auge de la medicina social, la bioética nace como disciplina moderna en los años 1970 en los países centrales, al calor de necesidades particulares generadas en sociedades afluentes, particularmente por el desarrollo de la tecnología, la afirmación del individualismo por sobre la solidaridad social en las decisiones de salud y las necesidades económicas de diversas industrias con fines de lucro (farmacéutica, tecnología médica, biotecnológica, y compañías de seguros, entre otras). A pesar de este origen, los principios de la bioética (derechos de los pacientes, justicia, equidad, autonomía individual), tienen mucha afinidad con los principios de-

fendidos por la medicina social. Sin embargo, la medicina social es marginada desde el poder económico y académico en la mayoría de los países, porque cuestiona el *status quo* de estructuras sociales y económicas injustas que mantienen las inequidades en salud.

En tanto, la bioética asciende los escalones de la legitimidad académica, sirve los intereses de poderosas industrias a la vez que atiende a aspectos de humanización de la atención médica en las sociedades afluentes y es impuesta intelectualmente desde los países centrales, especialmente anglosajones, a las naciones del llamado Tercer Mundo. Como señalaré mas adelante, esta corriente hegemónica de la bioética anglosajona está siendo cuestionada desde los países periféricos y también desde ámbitos progresistas de los países centrales, con el surgimiento de corrientes bioéticas centradas en los derechos humanos y la justicia social.

En las próximas secciones, revisaré el concepto de salud como derecho, su distorsión por los organismos financieros internacionales y la globalización neoliberal, los orígenes de la bioética y su papel en esos procesos, y la necesaria alianza entre la medicina social y la bioética basada en los derechos humanos con el objetivo de acercarse cada vez mas al ejercicio del derecho a la salud en el mundo.

Salud: derecho o mercancía?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el "estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad", manteniendo que la salud es un derecho humano y, como tal, inseparable del contexto social de la persona. Si bien esta definición ha sido criticada desde ciertos ámbitos conservadores como "utópica" y más bien una "expresión de deseos", los desarrollos en la segunda mitad del siglo XX no hacen sino corroborar la profundidad y acierto de este concepto integral de salud. En efecto, no es posible entender los grandes dilemas que presentan las sociedades contemporáneas para proteger y reparar la salud de sus ciudadanos sin considerar las complejas dimensiones sociales del fenómeno salud-enfermedad. Como está claramente planteado desde la *Declaración Universal de Derechos Humanos* de las Naciones Unidas de 1948, y el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Socia-*

les y Culturales de Naciones Unidas de 1966, la salud es un derecho humano básico y una responsabilidad de los estados.

Estos instrumentos internacionales - parte de la ley humanitaria internacional - reconocen que los factores que contribuyen a lograr y mantener la salud van más allá de la sola atención médica, e incluyen determinantes muy diversos tales como posición social (absoluta y relativa), estilos de vida, nutrición, ambiente epidemiológico y condiciones de vida y trabajo. La realidad de los últimos decenios nos indica que, además, los factores políticos inciden mucho en la salud: discriminación racial y de género, represión política, guerras, desplazamientos forzados, genocidios etc. Por otra parte, los avances científicos nos indican que también existen factores genéticos individuales que generan mayor o menor susceptibilidad a desarrollar enfermedades en interacción con las circunstancias ambientales.

En 1978 la OMS realizó la *Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud* en Alma Ata, en la entonces Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas - URSS, con el lema de *Salud para todos en el año 2000* (1). Se reconocieron las inequidades en salud existentes en el mundo, en particular en los países en desarrollo, y se propuso la estrategia de la atención primaria de la salud (APS) para lograr un nivel aceptable de salud en el mundo. Es importante destacar que la APS propuesta en Alma Ata no era la concepción estrecha del "primer nivel de atención" o la "atención básica" sino, una atención integral de la salud. Asimismo, se planteó como esencial para brindar salud que ésta fuera parte del desarrollo social de los países, en el espíritu de la justicia social, y resultado de la participación social democrática de la población. La Conferencia de Alma Ata reafirmó que la salud es un derecho humano fundamental y que para lograr salud era necesario un abordaje integral de los determinantes sociales, económicos y políticos de enfermedad, y la responsabilidad ineludible del Estado en la imprescindible transformación de los sistemas de salud para cumplir con esos objetivos.

En el período que siguió a la Conferencia de Alma Ata, las fuerzas económicas y políticas de los países centrales se hicieron sentir con fuerza en las naciones en desarrollo, especialmente en América Latina. Aprovechando la prevalencia de regímenes militares y la ausencia de democracia, los sectores de poder económico de los países centra-

les, especialmente Estados Unidos de América (EUA), necesitados de ubicar sus excesos de capital, promovieron el endeudamiento externo de los países en desarrollo. Los créditos muchas veces ni llegaban a los países, pues se utilizaban para pagar intereses de las deudas crecientes o para gastos suntuarios de las clases con ingresos más altos. Lo cierto es que, después de unos años, los países centrales generaron una crisis económico-financiera mayúscula en los países en desarrollo, que vieron crecer desmesuradamente su deuda externa con intereses usurarios, mientras la actividad productiva no alcanzaba ni a pagar esos intereses.

Desde los países ricos se atribuyó la crisis a la "mala administración, ineficiencia y corrupción" del Estado y se les impuso a través del Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) los programas de "ajuste estructural" como remedio milagroso para la crisis económica que los propios países centrales habían generado (2). Así, se impuso la reducción del Estado y su gasto social, el control de la emisión monetaria y la privatización de los resortes claves de la economía, incluyendo los servicios sociales y de salud. De esta manera, toda empresa del Estado que fuera rentable, o servicio para el cual existiera un sector de población con capacidad para pagarlo, debía pasar a manos del sector privado con fines de lucro. Al Estado sólo se le dejaba la responsabilidad de proveer servicios a aquéllos sin capacidad de pago.

Globalización neoliberal y organismos financieros internacionales

El Banco Mundial impuso, en su política crediticia, la apertura de los "mercados" de salud a corporaciones financieras multinacionales, tales como los seguros privados de salud, atención médica "gerencial" a cargo de entidades prepagas con fines de lucro (2). Esta política se fundamentó en los siguientes preceptos ideológicos:

- La atención de salud es muy costosa;
- La salud es un tema individual, y la atención médica, una mercancía;
- El Estado es por naturaleza ineficiente y su responsabilidad debe ser sólo hacia los que no acceden al mercado;

- La atención de las capas medias y altas debe ser transferida a seguros privados con fines de lucro;
- La responsabilidad del Estado debe reducirse sólo a la atención de los pobres en "paquetes" mínimos de atención primaria selectiva.

Los tres principales elementos de las prescripciones del Banco Mundial fueron: la introducción de aranceles a pagar por el usuario para su atención médica; la segmentación de los sistemas de salud - atención pública para los pobres y privada para los ricos (sancionando un doble estándar reñido con la bioética), y; comercialización de la atención, en manos de grandes corporaciones. Como consecuencia de las políticas del BM, aumentaron en América Latina las inversiones de corporaciones multinacionales en la industria de seguros privados con fines de lucro en la salud y la seguridad social. Esto, a su vez, llevó a la privatización de servicios públicos de salud, aumento de costos por intermediación y sobrefacturaciones, y transferencia de capital al sector privado: 39 mil millones de dólares fueron transferidos al mercado privado de capital sólo en América Latina en la década de los 1990 (3). La contracara de esta "reforma del sector salud" fue la desfinanciación del sector público, las barreras a la atención médica por arancelamiento de los servicios, la caída de la calidad de atención y la reducción de presupuestos públicos para programas de prevención (caída de la cobertura de inmunizaciones, disminución de programas de control de tuberculosis, sida, diarrea infantil y muchos otros).

Al comienzo del milenio, las consecuencias de las políticas del Banco Mundial en América Latina se evidencian en las cifras siguientes (3):

- 230 millones de personas (46% de la población) no tienen cobertura de salud;
- 150 millones de personas (30%) no tienen acceso a agua potable y saneamiento básico;
- 125 millones de personas (25%) no tienen acceso permanente a los servicios de salud;
- 17% de los nacimientos no están atendidos por personal calificado;

- 700 mil niños no completan la vacunación triple;
- Las mejoras en indicadores de salud (mortalidad infantil, expectativa de vida) ocurridas en las décadas de la globalización (1980 y 90) fueron inferiores a las ocurridas en las décadas de los 1960 y 70 (4).

Por otro lado, los indicadores macroeconómicos internacionales a comienzos del milenio revelan desigualdades económicas crecientes:

- El Ingreso Nacional *per capita* de los 50 países más pobres del mundo (700 millones de personas) era de sólo US\$ 295, mientras que en los países industrializados superaba los US\$ 30 mil;
- La brecha de ingresos entre el 20% más rico y el 20% más pobre fue ensanchándose con el tiempo, pasando de 30:1 en 1960, a 60:1 en 1990, y en 1997 a 74:1;
- En 1997, el 20% más rico de la población mundial acaparaba el 86% de los recursos, mientras que el 20% más pobre disponía solo del 1% de las riquezas;
- En EUA, en 1976, el 1% más rico poseía el 22% de la riqueza; en 1998 poseía el 38% (5).

De acuerdo a datos de la Comisión Económica para América Latina - Cepal (3), el desempleo creció en la región de 6.9% en 1990 a 10% en 2004 y aumentó la pobreza: en 2005, el 39,8% de la población vivía en condiciones de pobreza (209 millones de personas) y 15,4% de la población (81 millones de personas) vivía en la pobreza extrema o la indigencia. Paralelamente, aumentó la inequidad, con el 10% más rico de la población acaparando el 36% del ingreso económico, mientras el 40% más pobre recibió sólo el 13.6% del ingreso.

Los resultados de las políticas económicas recetadas por los organismos financieros internacionales controlados por los países centrales fueron, en el mejor de los casos, magros. En efecto, el crecimiento de la economía se desaceleró: la tasa promedio de crecimiento anual del Producto Interno Bruto (PIB) en América Latina, en el período 1990-2004 fue sólo del 2.7%, comparado con 5.5% en el período 1950-

1980 (3). Por otra parte, las políticas de ajuste estructural impuestas por el capital financiero transnacional dieron por tierra con la capacidad del Estado de asegurar equidad en la prestación de servicios. En efecto, hubo un traspaso de sumas millonarias del sector público al sector privado en el área de servicios sociales y de salud. Estos servicios fueron presa de intereses económicos transnacionales, que con los recursos y las facilidades que recibieron del Estado encarecieron los servicios o crearon industrias parásitas con fines de lucro y con mínima o nula inversión, como la de los servicios privados de jubilación y de seguros de salud (4).

En el área de salud, los resultados de la "reformas del sector" fueron nefastos (5, 6). Bajo el apoyo técnico de expertos de fundaciones privadas, organismos financieros internacionales (BM, FMI) y agencias de cooperación al desarrollo de los países centrales, se desnaturalizó el concepto de atención primaria integral de la salud ligada al desarrollo social, y aparecieron programas verticales de atención primaria "selectiva" destinados a los "pobres" o a patologías específicas, junto con programas de "reducción de pobreza". Así, se diseñaron paquetes mínimos de atención e intervenciones técnicas limitadas, como por ejemplo los de "supervivencia infantil", basados en rehidratación oral, lactancia materna, inmunizaciones. Bajo la cobertura de "atención a los pobres" se subvencionaron emprendimientos privados, nacionales e internacionales, que atomizaron la capacidad del Estado de brindar servicios de salud con equidad (6, 7).

La salud colectiva a comienzos del milenio

Como se mencionó arriba, los condicionantes políticos y económicos mencionados han determinado, en el mundo y especialmente en América Latina y demás países en desarrollo, una concentración cada vez mayor de la riqueza en menos manos y un aumento de las inequidades sociales. A la vez, se produjo el vaciamiento de los estados y una franca disminución de su capacidad de establecer programas de promoción y protección de la salud de la población con equidad. Esto se ha evidenciado por deficientes presupuestos para salud y una asignación inequitativa de estos escasos recursos, que muchas veces van a subsidiar al sector privado en lugar de fortalecer los sistemas públicos

de salud. Como consecuencia, muchos indicadores de salud en la región están evidenciando una mejoría mucho más lenta que lo esperado, o están experimentando franco estancamiento o deterioro (7).

Sumado a los procesos macroeconómicos y políticos mencionados, el mantenimiento y reparación de la salud de la población se ha ido haciendo cada vez más complejo y caro. Por un lado, las condiciones económico-sociales van generando cada vez más patologías o aumentando las existentes. Este es el caso de pandemias como la malaria, la tuberculosis, el sida, así como de enfermedades crónicas no-transmisibles como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad mental, diabetes y obesidad, para mencionar sólo algunas de las principales causas de morbi-mortalidad cuya prevalencia está en directa relación con determinantes sociales y económicos. Por otro lado, la tecnología médica diagnóstica y terapéutica sigue desarrollándose a pasos cada vez más acelerados aunque no siempre en la dirección más racional, aumentando los costos de la atención de salud en todo el mundo (8). También, el fenómeno demográfico de envejecimiento de la población mundial, con aumento progresivo de la proporción de adultos de tercera edad con sus necesidades médicas de alto costo, impone una carga económica cada vez mayor a la sociedad. Estos fenómenos vienen a agudizar las falencias de los sistemas públicos de salud y la incompetencia del sector privado fundamentado en el lucro, en asegurar la salud de la gente.

Esta crisis de los sistemas de salud ocurre en momentos en que los movimientos sociales por el derecho a la salud y las organizaciones de pacientes están tomando conciencia de su capacidad de influir en las políticas de salud y están haciendo oír su voz en forma cada vez más efectiva en defensa de sus derechos. De esta manera, se están definiendo las líneas de fuerza y los principales actores que definirán en el futuro próximo el camino de la salud colectiva. Por un lado, están el movimiento de medicina social, los movimientos sociales por el derecho a la salud, las organizaciones de pacientes, los profesionales de salud conscientes de que es necesario revertir las tendencias regresivas en salud de las últimas dos décadas y, en algunos países, gobiernos con voluntad política para hacer las inversiones necesarias y tomar medidas para mejorar el estado de salud de la población.

Del otro lado, están los intereses del capital financiero internacio-

nal agrupados en la poderosa industria parásita de los seguros privados de salud con fines de lucro (9, 10); la también poderosa industria farmacéutica que contribuye a medicalizar la vida con productos de dudosa validez o que atienden las necesidades frívolas de los sectores acomodados (estimulantes de "potencia sexual", antidepresivos etc) en lugar de investigar y producir medicamentos para las enfermedades que afectan a las mayorías en el mundo, a la vez recurre a conductas violatorias de principios éticos para maximizar su lucro (11, 12); y las industrias biotecnológica y de equipos médicos, que presionan para incorporar tecnologías sin validez comprobada a la atención médica (como algunas pruebas genéticas predictivas, bancos de células de cordón y muchas otras). La profesión médica se encuentra en medio de estos campos en pugna, y es cortejada sobre todo por la industria farmacéutica a través de prebendas reñidas con la ética profesional (12).

Medicina social y derecho a la salud

La salud es una de las más importantes condiciones para la vida humana y un prerrequisito fundamental para el desarrollo de la capacidad humana. Como tal, entonces, es un ingrediente esencial del progreso social y no meramente económico. El derecho a la salud ha sido consagrado en numerosos documentos internacionales, comenzando por la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, promulgada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1948, que en su Artículo 25 proclama:

"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...".

Es importante destacar que el derecho a la salud no se agota con la atención a las enfermedades, sino que incluye la prevención, promoción y protección de la salud (salud pública). En efecto, el *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (Pidesc), promulgado por las Naciones Unidas en 1966, dice en su Artículo 12 que "los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona

al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" y que "entre las medidas que deberán adoptar los Estados para asegurar la plena vigencia del derecho a la salud, estarán las necesarias para:

- "La reducción de la mortinatalidad y la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y el medio ambiente;
- La prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole;
- La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad" (13).

En el Comentario General nº 14 sobre las estipulaciones del PIDESC, elaborado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (14) se establece detalladamente la responsabilidad de los estados en la vigencia del derecho a la salud, de manera que no puede soslayarse con pretextos de ninguna naturaleza. El derecho a la salud, por otra parte, no puede concebirse en forma aislada, sino dentro del contexto general de la justicia social (distribución y usos de la riqueza, oportunidades para el desarrollo de las capacidades humanas). El derecho a la salud ha sido refrendado en varias convenciones internacionales, como la *Convención para Eliminar Todas las Formas de Discriminación Racial*, Asamblea General, ONU (1965), la *Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Asamblea General, ONU (1979), y la *Convención sobre los Derechos del Niño*, Asamblea General, ONU (1989).

De acuerdo con la legislación internacional, el derecho a la salud implica más que sólo servicios de atención médica, más que un "paquete mínimo de servicios" y otorga herramientas a individuos y comunidades para hacer valer su voz en las decisiones que definen, controlan o afectan su bienestar (15). Por otra parte, es un derecho exigible (justiciable) ante las cortes internacionales, lo que ha sido utilizado por individuos y por organizaciones sociales que llevan a juicio a estados que incumplen con estos derechos (14).

El movimiento de la medicina social ha tenido expresiones im-

portantes en varias regiones del mundo, as través del Foro Mundial Social, el Movimiento por la Salud de los Pueblos y la Campaña a Favor del Acceso a Medicamentos. Por su parte, en América Latina, la Asociación Latino-Americana de Medicina Social (Alames), aglutina al pensamiento social en salud de la región desde la década de los 1970. Es en esta región, precisamente, que la resistencia de los movimientos sociales a las políticas neoliberales en salud ha logrado en algunos casos revertir la promoción de sistemas de salud controlados por el mercado, y comienzan a surgir nuevas concepciones que intentan implementar políticas de salud con equidad, como parte de la justicia social en general. Recientemente, los representantes de la sociedad civil ante la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, han llegado a un consenso plasmado en su Informe a la Comisión, donde le instan a reconocer: que la salud es un derecho inalienable y un bien público, no una mercancía; que el logro de la salud no gira exclusivamente alrededor de intervenciones biomédicas, sino, sobre todo, en torno a una intervención integral sobre los determinantes sociales estructurales de la salud, como la seguridad alimentaria, el acceso al agua potable, el saneamiento, la vivienda y las condiciones laborales (16).

A pesar del renacimiento actual de la medicina social, especialmente en países periféricos, todavía adolece de marginación por parte de instituciones académicas y sanitarias. Por otra parte, desde los movimientos sociales y de pacientes, la medicina social ha sido vista equivocadamente como mas preocupada por las situaciones sociales y económicas macro-estructurales, que por las características específicas de los servicios de salud y las necesidades de trato humano y atención médica concreta de los pacientes. La atención de la medicina social a las preocupaciones particulares de los pacientes podrá venir de una alianza con una bioética "re-socializada" y lista para enfocar los graves problemas que afectan a las poblaciones de los países periféricos (17-19). Analizaré ahora el nacimiento de la bioética en EUA en la década de los 1970 y su papel en priorizar la atención de dilemas éticos individuales en la atención médica propios de sociedades afluentes, en desmedro de los graves problemas que afectan a las mayorías en las poblaciones de los países periféricos.

Orígenes y papel de la bioética

La bioética nace en los años 1970 en EUA (20) al calor de una serie de acontecimientos. Por un lado, ocurren adelantos significativos en el conocimiento biomédico con aplicaciones a la atención médica: nuevas técnicas quirúrgicas, transplantes, nuevos fármacos, nuevas tecnologías reproductivas, descubrimiento de genes determinantes de enfermedades y muchos otros. Las aplicaciones de estas nuevas tecnologías a la medicina generan dilemas de diverso tipo: mantenimiento de la vida por métodos artificiales, preocupación por los altos costos médicos, conciencia de las limitaciones de la medicina y del paternalismo médico, movimientos de pacientes y nueva valoración de la autonomía personal.

La bioética nace, entonces, para enfrentar estos dilemas y buscarles solución sin cuestionar las bases del liberalismo anglosajón y la medicina "de mercado" prevalente en Estados Unidos, donde el *status quo* exige mantener una estructura de atención médica basada en el individualismo y en las leyes del mercado. En la concepción de la bioética anglosajona, se priorizan problemas límite provenientes del ejercicio de la autonomía individual y del uso de alta tecnología: prematuridad extrema, problemas al final de la vida, clonación, uso de embriones, genómica etc. (21). Están muy desdibujados, en cambio, los análisis de los problemas de la salud colectiva, del principio de justicia, de las desigualdades en salud, de la falta de vigencia del derecho a la salud, de la pobreza etc. Esta bioética tradicional anglosajona pretende ser "neutral", se escuda en la retórica discursiva y su enfoque individualista contribuye de hecho a legitimar el *status quo*. Se apoya excesivamente en un principialismo rígido, donde el principio de justicia queda siempre subordinado al de la autonomía individual. Por otra parte, el auge de la bioética en EUA ha ido paralelo a la actividad de la industria farmacéutica, que tuvo que resignarse a aceptar que sus prácticas, muchas veces reñidas con los principios éticos de las investigaciones clínicas, sufrieran el escrutinio de comités de ética de la investigación de las instituciones en la que se desarrollan los ensayos de nuevas drogas. Creada la necesidad de revisión ética de los ensayos clínicos controlados por la creciente desconfianza de la sociedad sobre las prácticas prevalentes en los mismos, la

bioética pasó a ocupar un lugar preeminente en el escenario de la producción de nuevos medicamentos. Sin embargo, la bioética que se aplica a estas investigaciones es de *base individual*, con énfasis en la *autonomía personal* y el *consentimiento informado*. Sin desmerecer estas cuestiones, lo cierto es que ese tipo de bioética se ha ido transformando en poco más que una industria al servicio de la producción farmacéutica.

Entre los temas que la bioética hegemónica estadounidense ha sido remisa en abordar están:

- La preeminencia del fin de lucro en la atención de la salud;
- La inmoralidad de las desigualdades en salud y la inacción de los estados en garantizar la salud como un derecho;
- Los determinantes sociales de la salud: pobreza, condiciones de vida y trabajo, deterioro ambiental;
- Los abusos de la industria farmacéutica en las investigaciones, las prácticas de patentamiento que llevan a la generación de monopolios, las prebendas a los médicos, el *marketing* directo a los pacientes y la comercialización de medicamentos que no tienen prioridad de salud pública y que no mejoran sustancialmente la atención médica;
- El papel nocivo de la industria alimentaria que promueve alimentación "basura", sustrato de las actuales epidemias de diabetes y obesidad.

De esta manera, la bioética hegemónica de EUA ha estado alejada de los principales problemas de la medicina social y de las necesidades de las poblaciones de los países periféricos. Esta bioética ha hecho creer que los principales dilemas bioéticos se presentan en las investigaciones biomédicas, en gran medida para satisfacer el requisito de la Agencia de Drogas y Medicamentos de Estados Unidos – *Food and Drugs Administration* (FDA) de que todos los ensayos clínicos controlados tengan revisión ética, aún cuando se realicen en terceros países. Lamentablemente es esta bioética, que atiende a las necesidades de la industria farmacéutica (12), la que más se ha difundido a los países periféricos. Desde los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos y varias universidades estadounidenses proliferan cursos y

programas de "capacitación" en ética de la investigación destinados a profesionales de la salud en América Latina. Si bien estas actividades han contribuido a generar conciencia de que la experimentación en seres humanos debe estar ceñida a normas éticas rigurosas, en gran medida han contribuido a crear una "industria" de la bioética bajo la forma de comités de ética privados pseudo-independientes que esencialmente le hacen el trabajo a la industria farmacéutica de conseguir pacientes y consentimientos informados para sus ensayos clínicos (22). El problema ético fundamental consiste en determinar si esas medicaciones "nuevas" son realmente necesarias para la salud y, si, de serlo, estarán accesibles a quienes las necesiten. Este dilema no suele ser la preocupación esencial de la bioética tradicional, que sí insiste en el "consentimiento informado" como "certificado ético" de las investigaciones, mas por razones de cobertura legal que ética.

Como reacción a la bioética tradicional anglosajona principalista e individualista, han surgido enfoques críticos que plantean que los ejes de la bioética deben ser los derechos humanos, la justicia y la equidad, y que las políticas sociales y de salud deben examinarse éticamente con perspectiva de derechos humanos (19, 22-30). Algunos autores hablan de Bioética de Intervención (25), mientras otros hablan de la necesidad de "re-socializar" la bioética (29). En América Latina estos enfoques están siendo liderados por la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la Unesco - Redbioética (www.redbioeticaunesco.org.mx). Las propuestas de los enfoques que pudiéramos denominar de "bioética social" se basan en premisas refrendadas por la reciente *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la Unesco (31), como las siguientes:

- Los principios bioéticos son universales, aunque se expresan en contextos particulares de acuerdo con la historia, la cultura y el desarrollo económico y social de las diferentes comunidades del mundo;
- La bioética debe enfocar el contexto de la salud pública en los países pobres y sus determinantes sociales;
- El mayor dilema bioético de nuestro tiempo concierne las disparidades obscenas entre exceso de atención para unos pocos y falta de atención para muchos;

- Los enfoques bioéticos deben estar comprometidos con la justicia y la equidad, y basados en la defensa del derecho a la salud como derecho humano fundamental;
- La bioética tiene que encontrar un discurso y una acción en consonancia con los grandes problemas de la salud pública global.

Es preciso tener en cuenta que, si bien, la bioética es una disciplina que enseña a pensar en forma pluralista, buscando consensos sobre los dilemas que confronta la sociedad en las áreas de la vida y la salud, es también un campo de confrontación ideológica entre visiones diferentes de la sociedad, la vida y la salud. Para que sea relevante a la realidad de salud de las mayorías, tanto en países periféricos como en los centrales, debe unir fuerzas con la medicina social y los movimientos sociales por el derecho a la salud.

Confluencia de la bioética con la medicina social

La intersección de la bioética con la medicina social y la salud pública ha comenzado a ser motivo de análisis y producción académica en los últimos años (27, 32, 33). Los grandes problemas de la salud pública global que presentan dilemas éticos formidables incluyen los siguientes:

- Grandes desigualdades en el riesgo de enfermar y morir de acuerdo al nivel socioeconómico, género, etnia, raza y otros factores sociales;
- Falta de respeto al derecho a la salud;
- Acceso inequitativo a los programas de promoción, protección y reparación de salud;
- Dificultades del Estado en definir las prioridades de salud pública e investigación para la salud, al igual que ejercer la autoridad política para implementar esas decisiones;
- Tensiones entre los objetivos de proteger la salud y el bienestar individual (medicina clínica) y poblacional (salud pública);
- Vigilancia de la salud colectiva: recolección y diseminación de información sanitaria y uso para el beneficio de la salud de la

- población;
- Aseguramiento de la privacidad de la información médica individual y colectiva;
 - Adecuada prevención y respuesta del sistema sanitario a emergencias de salud;
 - Adecuado equilibrio de riesgos y beneficios en las intervenciones poblacionales de salud;
 - Predicción de riesgos de salud por tamizaje en personas sanas;
 - Aspectos sanitarios de la violencia, la guerra y las poblaciones desplazadas.

Todos estos grandes problemas éticos tienen raíces y determinantes en la estructura social y son territorio de estudio y práctica de la medicina social. Como se ha planteado repetidamente en este artículo, el dilema bioético fundamental en salud es asegurar la vigencia de los derechos humanos y, en particular, el derecho a la salud. Por lo tanto, la justicia y la equidad deben convertirse en los barómetros éticos para evaluar las acciones de salud (19, 24). Por ejemplo, siempre existirán dilemas éticos entre salud individual y colectiva, por las tensiones entre derechos individuales y derechos sociales en políticas de salud. Estos conflictos se plantean, por ejemplo, en las contraposiciones del derecho a la privacidad y la responsabilidad pública en el control de VIH/Sida; o en el caso de las políticas sociales con respecto al aborto, observadas, por un lado, desde el punto de vista del ejercicio de los derechos reproductivos, y por el otro, como resultado de eventuales políticas eugenésicas del Estado, violatorias del derecho a la reproducción.

Otro tipo de contraposición entre lo privado y lo público ocurre cuando el Estado desarrolla campañas masivas de inmunizaciones para controlar o erradicar una enfermedad infecciosa: el beneficio predecible para la población se contrapone a los riesgos eventuales individuales. Si bien no existen recetas fáciles para el abordaje ético de estos genuinos dilemas, la aplicación de enfoques de derechos humanos y el aseguramiento de la máxima participación ciudadana y democrática en la toma de decisiones de políticas de salud asegurará el máximo de beneficio.

Quizá no hay dilema ético de mayor magnitud en medicina social

y salud pública que las decisiones de asignación de recursos para la salud (27). ¿Cómo se equilibran las prioridades en función de la carga de enfermedad en la población y la relación costo/beneficio de las acciones propuestas? Si sólo importara la carga de enfermedad, quedarían sin atención adecuada centenares de enfermedades poco frecuentes que afectan individualmente a un pequeño número de población. ¿Cómo se concilian éticamente políticas públicas que promueven servicios reparativos de alto costo, como por ejemplo la atención del recién nacido de extremo bajo peso, con la prevención de la prematuridad mediante una adecuada atención a la embarazada? ¿Cómo se equilibran las políticas de prevención de enfermedades no transmisibles (cáncer, cardiovasculares, diabetes, obesidad y otras) basadas en principios y prácticas probadas de salud pública destinadas a toda la población, con aquéllas basadas en el uso de pruebas genéticas predictivas para detectar susceptibilidades individuales y la provisión de "medicina a la carta" a aquéllos con susceptibilidad genética aumentada? ¿Qué ejes éticos intervienen en el análisis de la violencia como fenómeno social y problema de salud?

La bioética tiene que desarrollar enfoques de análisis ético de las conductas de los estados y los sistemas sociales y económicos que influyen en la salud colectiva (17, 18, 23, 24, 28, 29, 34). Es hora, por ejemplo, de que las políticas de financiamiento del sector salud impuestas por los organismos financieros internacionales y seguidas por los gobiernos, sean tomadas como lo que son: experimentaciones sobre la salud de la población y pasen por el escrutinio ético que deben pasar todas las experimentaciones en seres humanos (consideración de riesgos y beneficios, participación de la comunidad en las decisiones y consentimiento de la misma para las acciones planteadas etc.).

Conclusión: bioética y medicina social unidas en el compromiso con los derechos humanos y la salud colectiva

La bioética y la medicina social deben unirse en la lucha por el derecho a la salud, como parte de la lucha por los demás derechos económicos, culturales y sociales, es decir por la justicia social y la equidad. Se deben enfrentar las políticas de las grandes corporaciones que quieren vender los espejitos del mercado y el concepto de

salud como responsabilidad individual, con políticas participativas por la salud colectiva como bien público y derecho de los pueblos. Por otra parte, se deben confrontar las políticas abusivas de la industria farmacéutica, asegurando el respeto a los principios éticos y a los derechos humanos en las investigaciones biomédicas (30) y el acceso a los beneficios de las investigaciones y a los medicamentos esenciales sin barreras comerciales artificiales. Finalmente, es fundamental la democratización de las decisiones de políticas de salud, dando relevancia a los movimientos sociales por el derecho a la salud y las organizaciones de pacientes.

La bioética con compromiso social no tiene todavía un ascendiente grande entre algunos académicos que están más interesados por lo discursivo y retórico que en asegurar equidad y justicia en salud (29). Frente a críticas de que el pensamiento social en bioética es una manifestación de "política" más que de "ética", cabría citar a Rudolph Virchow, el padre de la patología celular y de la medicina social del siglo XIX, quien, según relatan DeWalt y Pincus, dijo: "La medicina es una ciencia social, y la política es medicina en gran escala" (35). Parfraseando a Virchow, hoy podríamos decir: "La bioética es una ciencia social, y la política es bioética en gran escala" y agregar que el accionar de la bioética y la medicina social deben unirse en procura de la justicia social y el bienestar colectivo.

Partes de este texto corresponden a una conferencia pronunciada en el Seminario Internacional de Bioética y Salud Pública, organizado por el Curso de Doctorado de Salud Pública de la Universidad de Colombia, Bogota, 23-24 de noviembre de 2006, y publicada en el libro: Franco Agudelo S. (Editor): Bioética y Salud Pública: Encuentros y Desencuentros, Universidad de Colombia, Bogotá, 2007. Las opiniones expresadas aquí son del autor y no coinciden necesariamente con las de la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad de Columbia.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Declaración de Alma Ata. 1978. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
2. Banco Mundial. Informe sobre desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud.

Washington: Banco Mundial. 1993.

3. Cepal. Comisión Económica para América Latina. Panorama social de América Latina 2006. Santiago de Chile: CEPAL. 2006. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/>

4. Lerner L, García-Raggio A. El discurso neoliberal en las políticas sociales. Cuadernos Médico Sociales 1991, 58: 33-46.

5. Laurell AC. La reforma contra la salud y la seguridad social. México, DF, Ediciones Era. 1997.

6. Laurell AC, López O. Market commodities and poor relief. The World Bank proposal for health. International Journal of Health Services 1996, 25:1-18.

7. Feo-Istúriz O. Repensando la salud. Respuestas para salir de la crisis. Maracay: Universidad de Carabobo, 2003.

8. United Nations Development Programme. UNDP. Human Development Reports. 2006. Disponible En: <http://hdr.undp.org>

9. Bodenheimer T. Should we abolish the private health industry? International Journal of Health Services 1990, 20:199-201.

10. Iriart C, Merhy,EE, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. Cadenas de Saúde Pública 2000, 16:95-105.

11. Bodenheimer T. The industrial revolution in health care. Social Justice 1995, 22:26-42.

12. Angell M. The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it. New York: Random House, 2004.

13. United Nations. UN. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. UN Doc. A/6316, 1966 (entró en efecto el 3 de enero de 1976).

14. United Nations. UN. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14: The right of the highest attainable standard of health, E/C.12/2000/4, 12 de agosto 2000.

15. Maastricht Guidelines. The Maastricht Guidelines on violations of economic, social and cultural rights. Human Rights Quarterly 1998, 20:691-705.

16. Informe de la Sociedad Civil ante la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Medicina Social 2(4), Octubre 2007. Disponible en: www.medicinasocial.org

17. Berlinguer G. Ética de la Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1996.

18. Berlinguer G. Bioethics, health and inequality. Lancet 2004, 364: 1086-1091.

19. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. Bioética 1997, 5(1):27-33.

20. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1971.

21. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Fifth Edition. New York: Oxford University Press, 2003.

22. Tealdi JC. Historia y significado de las normas éticas internacionales so-

- bre investigaciones biomédicas. In Keyeux G, Penchaszadeh VB, Saada A (orgs.): *Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia /Unesco, 2006. p. 33-62.
23. Annas GJ. The impact of health policies on human rights. In: Mann JM et al. (eds.). *Health and human rights. A reader*. London / New York: Routledge, 1999. p. 37-45.
24. Gostin L, Mann JM. Toward the development of a human rights impact assessment for the formulation and evaluation of public health policies. In: Mann JM et al. (eds.). *Op.cit.* p 54-72.
25. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* 2003, 17(5-6):399-416.
26. Brock D. Broadening the bioethics agenda. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2000, 10:21-38.
27. Daniels D. Justice, care and health care. In: Rhodes N, Battin M, Silvers A. (eds.) *Medicine and social justice*. Oxford. Oxford University Press, 2002. p. 6-23.
28. Farmer P, Campos NG. Rethinking health and human rights: Time for a paradigm shift. *Journal of Law and Medical Ethics* 2002, 30:655-666.
29. Farmer P, Campos NG. Rethinking medical ethics: a view from below. *Developing World Bioethics* 2004, 4 (1):17-41.
30. Vidal SM. ¿Ética o mercado?, una decisión urgente. In: Keyeux G, Penchaszadeh VB, Saada A (eds.) *Op. cit.* p. 191-232.
31. United Nations. Un. *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*, 2005. Disponible en: www.unesco.org
32. Fortes PAC, Zoboli, ELCP. *Bioética e Saúde Pública: entre o individual e o colectivo*. In: Fortes PAC, Zoboli, ELCP. (orgs.): *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Loyola, 2003. p. 11-24.
33. Franco-Agudelo S. *Bioética y salud pública. Encuentros y desencuentros*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2007.
34. Schramm FR. A saúde é um direito ou dever? Autocrítica da saúde pública. *Revista Brasileira de Bioética* 2006; 2(2):187-200.
35. DeWalt DA, Pincus T. The legacies of Rudol Virchow: Cellular medicine in the 20th century and social medicine in the 21th century. *Israel Journal of Medical Science* 2003, 5: 395-397.

Recebido: 2/4/2007 Aprovado: 7/5/2007