



Revista Gerencia y Políticas de Salud

ISSN: 1657-7027

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Jara Navarro, María Inés
Ética de la salud como ética de la vida
Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 1, núm. 1, noviembre, 2001, pp. 86-102
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54510111>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

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

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

Ética de la salud

COMO ÉTICA DE LA VIDA

María Inés Jara Navarro

Resumen

En este artículo se defienden tres tesis: i) el fenómeno de la salud no puede reducirse a las aproximaciones conceptuales que sobre la salud, se tengan, pues una concepción más amplia y menos fragmentaria, implica una visión más complementaria, esto es, una visión que además de pensar en variables y externalidades políticas, económicas, sociales, ambientales –por nombrar algunas– de lo que la salud pueda ser, piense además en sus posibilidades; en lo que permita que la vida sea posible. Como consecuencia de esta tesis, en la ii) pretendo defender la idea de que la salud como *posibilidad* reivindica el derecho a que toda persona tiene de vivir y iii) que no solo se debe actuar éticamente como resultado del cumplimiento de una norma o de un contrato social, sino que el poder de la ética debe estar en la vida misma; es por ello que la ética debe convertirse en una fuerza pública, con validez universal, que tenga como pretensión la preservación y cuidado de la vida misma.

Palabras clave: ética, derecho a la salud, equidad, posibilidad, vida, garantía.

Abstract

In this article three thesis are defended: First, the health subject can not be reduced to the conceptual approaches, since a wider and less fragmentary idea of which health is implies a more complementary vision. That is to say, a vision that besides to think on politics, economic, social and environmental variables, of what health could be, includes its possibilities and what allows that life be possible. As a consequence, in the second thesis defends the idea of health as a possibility to the right of living of every human living, and, third, that not only acting ethically by complejng with a norm or a social contract, but that the power of ethics must be in life by itself. For this reason, ethics should be a public force, with universal validity, aimed to the preservation and care of life.

Key words: ethics, righ to the health, equity, possibility, life, guarantee.



Introducción

El fenómeno de la salud afecta de forma ostensible y permanente tanto a los grupos de población en general como a cada uno de los individuos en particular. La característica de ser permanente y no esporádica, unida a la necesidad de apremio, ha hecho que la salud se valore y considere como un bien común y como una necesidad existencial básica del ser humano.

Dado este carácter, la salud es hoy objeto de intereses científicos, administrativos, filosóficos y políticos, y que las decisiones que día a día se asumen frente a ella comprometen a diferentes sectores y actores. Los profesionales de la salud, los usuarios, los aseguradores, así como los formuladores de políticas, presionados por las necesidades emergentes de salud en la sociedad, toman permanentemente decisiones intentando que los recursos disponibles sean distribuidos de la mejor manera posible, de tal forma que se beneficie tanto a la población en general como a cada uno de los individuos.

La distribución equitativa de los recursos, el interés permanente por disminuir progresivamente las desigualdades (Sen, 1979) y promover el desarrollo y mantenimiento de la salud –entre otros tantos aspectos–, han motivado el análisis de los sistemas de salud desde una perspectiva ética. Este análisis ha sido relevante dada la rapidez con la que están siendo modificados los sistemas de salud en el mundo y debido a los efectos que las reformas han provocado. Sin embargo, se ha desarrollado dentro de unos presupuestos epistemológicos¹ restringidos y reduccionistas que han limitado el campo

de las decisiones sobre los problemas más urgentes de salud. Bajo esta consideración, el presente artículo se constituye en una reflexión que tiene como interés poner de relieve estas limitaciones y ampliar el marco de discusión para el análisis del fenómeno de la salud.

La salud, derecho absoluto

La salud ha sido objeto de múltiples definiciones y conceptualizaciones que han orientado y a veces limitado las acciones que de ellas se derivan. *Salud* es un término que puede adoptar significaciones muy diferentes dependiendo del ‘uso’ y ‘contexto’ en que sea utilizado. Wittgenstein (1988, p. 61) llegó a afirmar que “el significado de una palabra es su uso en el lenguaje”. En este sentido, *salud* es una palabra que puede tener distintos ‘juegos lingüísticos’, es decir, puede ser usada en contextos muy diferentes que condicionan poderosamente su significado y las acciones de ella se puedan sustraer. Así, hoy existen diferentes concepciones de salud relativas a un contexto teórico o práctico, desde diversas perspectivas: la filosófica, la médica y la normativa. Como quiera que sea, cabe preguntarnos por la salud de diversas maneras, intentando aproximarnos a lo que como fenómeno pueda ser.

En un contexto filosófico y antropológico, Laín Entralgo define la salud como “hábito psico-orgánico al servicio de la vida y de la libertad de la persona; que consiste tanto en la posesión de una normalidad como en la capacidad física para realizar los proyectos vitales de la persona en cuestión”. En esta misma línea, Diego Gracia considera que la “salud es la capacidad de posesión y apropiación del cuerpo... que es lo contrario de esclavitud y servicio. Sano no está quien mayor bienestar sienta, sino quien más ple-

¹ Doctrina de los fundamentos y métodos del conocimiento científico.



namente es capaz de apropiarse y cultivar su propio cuerpo” (Citado por Sánchez-González, 1998, p. 69).

Blum, desde una perspectiva sistémica² sostiene que:

“el fenómeno de la salud debe entenderse como el proceso continuo de variaciones ininterrumpidas, que acompañan el fenómeno vital del hombre, las cuales son producidas o influidas por factores hereditarios, de comportamiento y ambientales, así como por factores o acciones provenientes de los servicios de salud” (Citado por Bersh, 1990, p. 35).

Algunos sociólogos, por su parte, consideran que la *salud* es una condición necesaria para el cumplimiento del rol social. En este sentido Parsons define la salud “como el estado de capacidad óptima de un individuo para la realización efectiva de los roles y las tareas para los que ha sido socializado” Desde el punto de vista político, la salud puede ser concebida como fundamento de la libertad, de la seguridad, de las relaciones internacionales o de la estabilidad política, y es en este sentido, en el que el Preámbulo a la Constitución de la OMS se reconoce que: “la salud de todos los pueblos es fundamento para el logro de la paz y seguridad” (Citado por Sánchez-González, 1998, p. 69).

Estas aproximaciones –entre tantas otras– de lo que la salud pueda ser, nos permiten sostener que no existe una definición de salud que sea absolutamente mejor que las otras; cada una de ellas involucra aspectos de suma importancia que impiden la exclu-

sión de alguna. Sin embargo, estas definiciones o concepciones de salud conducen a preguntas fundamentales: ¿sobre qué presupuestos básicos se han desarrollado las distintas definiciones sobre la salud?; o lo que es lo mismo, ¿es la salud un estado objetivo que pueda describirse y definirse universalmente con independencia de los juicios de valor?; o ¿la salud es un fenómeno de construcción histórico, social y cultural que se elabora y califica de acuerdo con los valores, la cultura y las normas sociales?

En relación con estos interrogantes se pueden identificar dos posiciones fundamentales: *la positivista*³, es decir la de las ciencias tradicionales, cuya visión se limita a la descripción y explicación anatómica, fisiológica o bioquímica de los estados de salud y enfermedad, aunque de hecho contiene un juicio de valor que está dado por criterios de objetividad científica, entre los cuales cabe mencionar la conocida ‘normalidad estadística’. La segunda posición es la *normativista*, que sostiene que la salud es una norma natural, reconocible tanto en el ser humano, como en los animales y el medio ambiente. Esta tendencia mantiene la idea de que la salud es dependiente de normas y de juicios de valor, así como de la forma como se entienda el funcionamiento de los seres humanos. Así se comprende cómo los criterios que permiten reconocer los fenómenos de salud o enfermedad son valorativos y dependen de las normas y juicios de valor socio-culturales.

2 Sistema es una particular forma de organización de nuestra creencia acerca del mundo, pero también es un concepto organizador que es usado como una forma básica de pensar las situaciones problema (Flood y Jackson, 1993).

3 Consiste en no admitir como válidos científicamente conocimientos que no procedan de la experiencia, rechazando, por tanto, toda noción *a priori* y todo concepto universal y absoluto. El hecho es la única realidad científica y, la experiencia y la inducción, los métodos exclusivos de la ciencia. En su lado negativo, el positivismo es negación de todo ideal, de los principios absolutos y necesarios de la razón, es decir, de la metafísica.



Estas dos posiciones fundamentales sobre la salud permiten reconocer: i) que no se puede prescindir del *carácter científico positivista* de la salud, condición necesaria pero no suficiente para la comprensión del fenómeno de la salud dado su carácter y pertinencia y, ii) el *carácter relativo de la salud*, es decir, la comprensión de la salud en un contexto socio-político y económico.

Este doble carácter de la salud permite vislumbrar un tercero y es el relativo a *los derechos fundamentales a la salud*. La posición científica positivista permite reflexionar en relación con las condiciones del derecho fundamental a la asistencia médica o derecho a la atención de la salud, y la posición normativista vislumbra el carácter valorativo de la salud, esto es, que la salud es un valor de norma natural y no un valor en tanto que opuesto a un hecho, lo cual nos conduce al reconocimiento de *la salud como derecho individual, social y obligación moral*.

Este reconocimiento de la salud como un derecho ha sido tema de gran importancia y debate desde hace ya bastante tiempo. En la mayor parte de las discusiones, *el derecho a la salud* ha sido considerado como un derecho humano básico. Si bien no se puede garantizar a ningún ser humano una perfecta salud en el sentido estricto de la palabra, no menos importante es que se debe respetar y proteger la salud tanto del individuo, como de la sociedad en su conjunto. Este respeto y protección a la salud deben ser garantizados tanto por los individuos y la colectividad como por el Estado.

El *derecho a la salud* pone de relieve varios aspectos fundamentales:

1. Si bien la salud es un derecho natural de todos los seres humanos, con mucha razón lo “es que la vida es principio de todo otro derecho y de todo lo demás. Este

principio (*principum*) de los derechos humanos, es un principio que, no por su propio punto de partida, sino por sus consecuencias, tiene implicaciones muy *peligrosas*” (Maldonado, 1999, pp. 38-39). Esto significa que si aceptamos el derecho a la vida, también debemos aceptar que lo debemos respetar y proteger.

2. El respeto y protección a la vida nos coloca ante una tarea nada fácil, porque si bien el derecho a la salud es un derecho absoluto, o por lo menos básico, su ejercicio varía en función de los medios que disponga la sociedad para, precisamente, garantizar la atención y protección en cada época y lugar. Pero no solo de los medios, sino también –y de manera más fundamental– de la igualdad de condiciones para planificar la vida.

Los *peligros* a los que seguramente hace referencia Maldonado están relacionados precisamente con las limitaciones, desviaciones, pérdida de sentido que se puedan tener, para ser consecuentes con el *derecho a la salud* o lo que es lo mismo, con el *derecho a la vida*, pues siempre hemos visto la salud como una preocupación única y exclusivamente humana, olvidando que a la comprensión de la salud corresponde en realidad una comprensión más amplia, que no es otra que la del sistema o de la cadena de la vida en el planeta. Dicho en otras palabras, la verdadera preocupación por la salud corresponde en realidad a la comprensión misma de la vida en términos del balance entre el individuo, la especie y el planeta.

En este sentido, el *derecho a la salud* no es otra cosa que el derecho mismo a la vida. Lo que aquí se defiende es *el derecho que se tiene a tener una buena calidad de vida o de una vida de calidad y el deber que tiene el Estado de cuidar la vida en todas sus formas y absolutamente*. Así, nunca serán suficientes las políticas en torno a la salud pública, mientras no se con-



serve la vida en todas y cada una de sus expresiones.

Por lo tanto, no podemos seguir ocupándonos solo de las variables y externalidades de la salud en términos del Derecho Positivo, de deberes y obligaciones, de políticas económicas, sociales y sanitarias; sino que además, y de manera complementaria, debemos pensar en la salud como posibilidad de vida, lo que significa el reconocimiento de que la posibilidad de la vida del hombre está determinada por la posibilidad de la vida en el planeta en todas sus formas y manifestaciones.

Desde este punto de vista, la sincronización entre los organismos vivientes se convierte en una importante medida de salud, puesto que los organismos se influyen mutuamente y se comunican a través de la coordinación de sus ritmos, lo que les permite a su vez integrarse a los ritmos más amplios de su entorno. *Estar sano significa, por consiguiente, estar en sincronía con uno mismo y con otras formas de vida que nos rodean*, pues no existen dos cosas: la salud y la vida. Se trata siempre de una misma cosa, porque la salud y la vida se implican. Pensar así la salud supone, de hecho, la superación de una racionalidad clásica, –dualista, binaria, dicotómica–, que no acepta términos medios y que separa, desarticula, lo que por naturaleza esta unido. En este sentido, Occidente tiene mucho que aprenderle a las culturas no Occidentales, a las nuevas formas de lógicas no clásicas⁴ y a un tipo de racionalidad que nos enseñe a pensar en síntesis, mejor aún, a

aprender que no solamente no existe una división entre sujeto-objeto de la investigación, sino además, y de manera complementaria, a sintetizar la realidad misma.

En consecuencia la *posibilidad* de tener una vida saludable, no es otra que la *responsabilidad que tenemos de mantener la vida del planeta*, pues sin lugar a dudas el deterioro del medio ambiente ha traído consigo un aumento paralelo de los problemas individuales y colectivos de salud. *La posibilidad de la salud* está en el cuidado de la vida en todas sus formas y expresiones e implica un *equilibrio dinámico-momentáneo* entre el individuo, la colectividad y el entorno lo que en otro término se denomina *Gaia*, que no significa otra cosa que el complejo entrecruzado de sistemas vivos y no vivos en una misma red, tan intensamente vinculados con el entorno que juntos constituyen un proceso autopoieticos⁵.

Por lo tanto el *derecho a la salud* es un *derecho absoluto a la vida*, pues tanto los individuos como la colectividad tienen derecho a la vida en condiciones de salud o vida digna. Sería un contrasentido afirmar que la vida es un bien fundamental y considerar que una expresión de ella no tenga el mismo carácter. Sería tanto como desconocer la conexión entre las partes y el todo. Si la vida es el ser viviente, la salud está, en igual forma, relacionada con otros derechos, sobre todo con aquellos que de manera directa hacen posible la vida.

4 Las lógicas no clásicas pueden ser divididas en dos grupos: aquellas que compiten con la lógica clásica y aquellas que la generalizan. En el primer grupo encontramos las lógicas multivaluadas (Rescher), lógica parcial, lógica libre, lógica intuicionista (Gabbay, Guenther) y lógica difusa; en el segundo grupo encontramos las lógicas modales que se especializan en lógica temporal, lógica dinámica y

otras (Gabbay, Guenther). Las lógicas que extienden la lógica clásica son caracterizadas por teoremas que generalizan los de la lógica clásica.

5 La teoría de la *Gaia* ha sido descrita por James Lovelock y Lynn Margulis. El modelo es la expresión de auto-organización: la idea de que el planeta Tierra, como un todo, es un sistema auto-organizador vivo.



De manera más exacta podría decirse que el *derecho a la salud* es un objeto jurídico concreto del derecho a la vida; lo mismo ocurre cuando se refiere al derecho a la integridad física. Se trata entonces de concreciones del derecho a la vida, no de bienes jurídicos desligados de la vida, en todas sus formas y manifestaciones, porque su conexidad es inmediata e imposible de desconocer. Un claro ejemplo de esta conexidad está en la *Bioética*⁶ que en el curso de las últimas décadas ha tenido un gran desarrollo, atribuido a los avances acaecidos en el campo de la biología molecular y la de la ecología humana, y por la creciente preocupación por el futuro de la vida sobre nuestro planeta.

No cabe duda entonces que el *derecho a la salud* sea un derecho fundamental a la vida. Es por ello que no existe razón alguna para que el Estado, que es social y de derecho, no cumpla con los deberes que le corresponden frente a quienes son titulares de derechos fundamentales. Si la salud es un derecho fundamental, no solo el Estado sino toda persona, también la persona del médico, debe hacer efectivo ese derecho específico. Es por ello que la distribución de los recursos para el sector salud debe hacerse siempre teniendo en cuenta que no se está frente a simples prerrogativas otorgadas por parte del Estado, sino a derechos fundamentales que son inherentes a la dignidad de todo ser humano, de todo ser vivo.

En este sentido, organismos mundiales como la OMS, la OPS y la CEPAL, entre otros, a través de declaraciones e investiga-

6 El término de *bioética* es un neologismo introducido en el idioma inglés por Potter en el año 1970. La forma misma como Potter proyectó esta nueva disciplina combina el conocimiento biológico con el conocimiento de los sistemas de valores humanos. «Elegí **bio-** para representar el conocimiento biológico, la ciencia de los sistemas vivientes; y elegí **ética** para representar el conocimiento de los sistemas de valores humanos». Potter (1975, p 35).

ciones han puesto de manifiesto los peligros que las desviaciones, la pérdida de sentido sobre la comprensión de este derecho fundamental, puedan tener. Conscientes de este hecho, desde hace ya bastantes años han reflexionado sobre la forma de garantizar el respeto del derecho a la salud del individuo, la colectividad y la sociedad. En el trasfondo de sus declaraciones e investigaciones, se vislumbra un afán permanente por superar las desigualdades, las inequidades, las injusticias entre la población mundial, de tal manera que se logre llevar una vida más decorosa y socio-económicamente productiva, pero fundamentalmente una *vida saludable*, esto es, una vida con garantías de ser vivible⁷.

7 Este interés se vislumbra por ejemplo en los contenidos planteados en la *Carta de Punta del Este* de 1966. En esta declaración los gobiernos miembros de la OEA se comprometieron a “lograr una existencia más decorosa” en igualdad de oportunidades, para lo que se consideró necesario redistribuir los beneficios del progreso económico con especial interés en los ingresos y el nivel de vida de los sectores más necesitados de la población. Para tal efecto, se consideró indispensable “poner los beneficios del progreso económico a disposición de todos los sectores económicos y sociales, mediante la distribución más equitativa del ingreso nacional, elevando con mayor rapidez los ingresos y niveles de vida de los sectores más necesitados de la población”.

En este mismo sentido, a finales de los años setenta y comienzos de la década de los ochenta, las desigualdades en salud según condiciones de vida fueron tema de preocupación de los organismos internacionales, preocupación que se tradujo en declaraciones internacionales entre las que se destacan: la *Asamblea Mundial de Salud (1978)* en la cual se estableció que la Atención Primaria era la clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, como parte del desarrollo general y de acuerdo con el espíritu de justicia social; el *Black Report sobre Inequalities in Health (1980)*; la *Declaración de Ottawa de 1986*; los trabajos de la OMS sobre *Desigualdades en Salud en Europa (1990)*; v) el trabajo de la Cepal sobre magnitud de la pobreza en América Latina: *Salud y transformación productiva en América Latina y el*



Colombia tampoco ha estado lejos de estos análisis. Ello se refleja en la Constitución Política de 1991, en sus formulaciones sobre derechos sociales, en los cuales hace de los servicios públicos de salud, seguridad social y educación, obligaciones estatales. En este orden de ideas se reconoce que todos los habitantes del país, sin discriminaciones, tienen derecho a mantenerse saludables y a tener acceso sin limitaciones a los servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud, no desconociendo la diversidad cultural y la heterogeneidad social que caracterizan a la población (Capítulo 1 *De los Derechos Fundamentales* Artículos 11, 13, 23; Capítulo 2, *De los Derechos Económicos y Sociales*, Artículos 43, 44, 48 y 49 y el Capítulo 5, *De los Deberes y Obligaciones*). Esto implica establecer prioridades y formular políticas sectoriales para disminuir progresivamente las desigualdades y promover el desarrollo y mantenimiento de la salud.

En el artículo 13, el elemento más sobresaliente hace referencia a la igualdad de derechos que se legitima en el reconocimiento constitucional de la desigualdad entre grupos sociales, y en la necesidad de dar respuesta a esta diferencia injusta por vía de la igualdad, puesto que “todas las personas gozarán de los mismos derechos, libertades

y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lenguaje, religión, opinión política o filosófica” (Constitución Política de Colombia, 1991).

La reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud mediante la Ley 100 de 1993, se propuso mejorar las condiciones de salud de la población colombiana enfrentando el desafío de superar las inequidades y lograr la universalización. En el artículo 153 de la Ley (libro segundo) el Sistema de Seguridad Social en Salud se compromete a “proveer gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independientemente de su capacidad de pago” y agrega que “para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para la población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa”.

Con esta reforma el énfasis de las normas constitucionales y de las políticas gubernamentales en materia de equidad, renace el interés por las inequidades en el sector y por un análisis ético de este panorama. Una de las investigaciones centradas en dicha preocupación ha sido la realizada en el contexto del Estudio Nacional de Salud, las demás han sido generalmente aplicaciones de los datos de este trabajo pionero y de otras investigaciones orientadas al diseño de políticas gubernamentales de focalización del gasto social en salud⁸.

Caribe (1994); los de Coplamar sobre necesidades esenciales de salud en México; los trabajos de Behm en relación con determinantes de la salud, y el de CEAS sobre las desigualdades de salud en el Ecuador. Pero el tema sobre la relación entre las condiciones de vida y las de salud, ha sido también una preocupación de las agencias internacionales. Un ejemplo de ello fue la XIII Conferencia Sanitaria (OPS), en la que se examinó la disparidad en la distribución de la riqueza y la falta de integración de una parte importante de la población, a los niveles más elementales de bienestar social. En esta conferencia se consideró de vital importancia tener en cuenta como elementos fundamentales de cuidadoso análisis, la salud y la lucha contra la pobreza.

8 No lejos de este tema se encuentra el informe sobre *Bases éticas de la normatización en salud (1990)* y los trabajos de investigación y grado realizados en los Programas de Posgrado de Administración de Salud y Seguridad Social de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana entre los que se destacan: Cardona, Hernández y Vega (1994); De la Hoz, Gómez y Pabón (1995); Hernández (En ejecución) e Hidalgo y Mayorga (2000).



En este contexto, el ministerio de Salud ha desarrollado importantes reflexiones en torno al tema de la equidad, a la que define como “las oportunidades de todo los seres humanos para realizar su potencial de salud... que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en tanto pueda evitarse significa que la gente con necesidades diferentes sea tratada de manera diferente y tenga oportunidades de acceso a los servicios básicos de salud que se corresponde con sus necesidades” (Ministerio de Salud, 1993, p. 16). Un ejemplo de ello fue el Seminario internacional sobre *Ética y reforma a la salud* (1998), el cual profundizó, entre otros aspectos, en el análisis de la Reforma desde el derecho a la salud y desde la justicia.

Son otros ejemplos de esta intención por ahondar más en estos temas el foro *Salud pública* (1998) organizado la Secretaria de Salud del Distrito y la Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá DC, el cual acometió entre otros temas el de equidad y salud; el foro *Política de salud, equidad y atención primaria* (2001) desarrollado en la Universidad Javeriana y el seminario internacional *El derecho a la salud y la equidad en los servicios de salud* (2001) organizado por la Universidad Nacional, la Universidad Javeriana y otras entidades nacionales e internacionales.

Sin embargo todos estos supuestos internacionales y nacionales guardan en su trasfondo una limitación bastante importante para el desarrollo, la enseñanza y la promoción de lo que la salud pueda ser. Me refiero aquí al hecho de que la gran mayoría de las declaraciones son fundamentalmente antropocéntricas. Si bien es importante el derecho a la salud, este derecho no debe circunscribirse solo al hombre, porque la garantía de este derecho implica un derecho a la vida en todas y cada una de sus manifestaciones. En otras palabras, garantizar el derecho a la vida no humana es tam-

bién garantizar el derecho que cada ser humano tiene a la vida y a la vida saludable, porque vida humana y no humana se implican mutuamente.

No es posible seguir pensando que la salud del ser humano es lo más importante de la creación y de la práctica justificada que se deriva de esa creencia, que consiste en el consiguiente enseñoramiento de la naturaleza para el beneficio de los seres humanos. Esto sería continuar no solo en un error de percepción sino además en continuos errores de acción, pues sin lugar a dudas existe una relación directa entre la salud del ser humano con las otras formas de vida no humana⁹.

Garantías y derecho a la salud

La última década ha significado el agravamiento de la desigualdad, la ampliación de la pobreza, la disminución del gasto social y, específicamente, del gasto público en salud, situación que necesariamente supone el crecimiento de las carencias en infraestructura básica y de servicios públicos, perpetuándose con ello la insuficiente respuesta a las necesidades esenciales de sectores mayoritarios de la población.

Pero paralelamente a este fenómeno, también ha implicado un deterioro de la naturaleza atribuida a la crisis del vínculo y del límite del hombre con ella. Crisis que se expresa en el hecho de que el hombre haya perdido, por un lado, la noción de saber cuáles son los factores que unen al ser humano con la naturaleza, que sería la crisis

⁹ En este orden de ideas para nadie es desconocido la directa relación que existe entre los perfiles epidemiológicos de la población y las condiciones (agua, aire, etc.) de vida en las cuales vive la población.



del vínculo, y por otro la noción de qué es lo que nos distingue de los animales o crisis de límite¹⁰. El problema consiste en que el ser humano ya no tiene claro de qué manera depende de la naturaleza; el vínculo se le ha perdido, sin poder así ver, y mucho menos asumir, las implicaciones de esta pérdida.

Aunque la salud se considera desde hace ya bastante tiempo como un derecho básico, en las circunstancias actuales de pobreza en algunos países del mundo y del continuo deterioro del medio ambiente, no ha sido posible garantizarla totalmente. Si bien el derecho a la atención de la salud comprende según Roemer (1989) una variada gama de servicios: como protección ambiental, prevención y promoción de la atención ambiental, prevención y como promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación, también lo es que este derecho no se ha limitado a la aplicación de tratamientos médicos, ni a la combinación de tratamientos y promoción de la salud, sino que a su vez han incluido la protección de la integridad física del individuo y de su dignidad, lo cual entraña también la obligación moral de evitar los perjuicios a la propia salud.

Siguiendo a Ruth Roemer, la salud es un derecho natural de todos los seres humanos, e incluye el derecho a la salud, que es un derecho tanto individual como social. La salud como derecho individual debe incluir la protección integral del individuo y la salud como derecho social implica que la sociedad es responsable de la protección de la salud de sus ciudadanos y del suministro de servicios.

10 Con respecto al límite Ost dice "es frontera, mojón, confín y lindero... marca una diferencia que no se puede llenar... [pero puede ser]... al mismo tiempo, valla y transgresión. Aunque asegura la posibilidad de separar, también permite el paso". OST (1996, P. 35).

Si el derecho a la salud es un derecho básico y absoluto, lo es también que su ejecución depende de las condiciones (morales, sociales, políticas, económicas y medio ambientales) en que se encuentre la sociedad. Por lo tanto, aunque el derecho sea válido en todo momento y lugar, su posibilidad varía en función de las condiciones y recursos limitados de los que disponga la sociedad para brindar un nivel determinado de atención y protección en cada época, lugar y contexto.

El derecho a la atención de la salud consagrado en las constituciones y en las disposiciones legales se convierte en una promesa de asistencia a los ciudadanos, en una obligación del Estado de tomar medidas encaminadas a este fin, pero, hoy por hoy, y dadas las circunstancias de escasez, las fórmulas que solo abordaban la distribución de la atención y que suponen que "se necesitaría recursos modestos para mantener el sector salud, y estos recursos (y otros adicionales) se distribuirían de acuerdo con el crecimiento económico" (Fein, 1986; Roemer, 1989), entran en discusión, dado que el derecho a la atención de la salud ya no debe fundamentarse en los medios económicos de que disponga la población para pagar esos servicios, sino en otras tantas necesidades sociales, ambientales, políticas y culturales.

Las discusiones en relación con la distribución de los recursos existentes hoy en el mundo parecen dividirse en dos tipos. El primero, y el más conocido, es el de las exigencias de *redistribución*, que buscan una distribución más justa de bienes, servicios y recursos en el sentido más amplio de la palabra¹¹. Empero, en un mundo abierto a la diferencia, cuando la asimilación a una mayoría o a unas normas culturalmente predominan-

11 Por razones obvias el reciente resurgimiento del pensamiento del libre mercado ha colocado a los proponentes de la redistribución a la defensiva.



tes en las cuales no existe precio que deba pagarse para obtener respeto, surge la segunda tendencia *discursiva*, que se centra en las exigencias de reconocimiento de las perspectivas peculiares de las minorías étnicas, raciales y de las diferencias de género.

En algunos casos esta disociación se ha convertido incluso en una polarización. Algunos de los proponentes de la redistribución rechazan la exigencia del reconocimiento. Consideran esa exigencia como una falsa conciencia, como un obstáculo en la búsqueda de la justicia social. Por su parte, los proponentes del reconocimiento celebran el relativo eclipse de la política distributiva como parte integral de un materialismo anticuado, que no puede articular ni controvertir las experiencias claves de la injusticia.

Pero las discusiones no han parado ahí. Un ejemplo de ello es la realizada en el marco de una de las comisiones presidenciales de los Estados Unidos¹², que después de examinar varias teorías sobre acceso equitativo a la atención de la salud sostuvo que “el asunto debería enfocarse desde el punto de vista de la naturaleza de la atención de la salud y del deber moral que tiene la sociedad de garantizar la equidad” (1983, p. 24). Desde esta perspectiva, la Comisión adoptó el enfoque *pragmático* de los “estándares mínimos”, basado en la idea de que el acceso equitativo a la atención de la salud requiere que todos los ciudadanos dispongan de un nivel adecuado de atención acorde con los recursos disponibles. En el plano de esta discusión, el derecho a la atención de la salud constituye un

tema altamente controvertido. Dicho de otro modo, la cuestión fundamental es cómo garantizar a todos el acceso a un paquete de beneficios que tenga impacto sustancial sobre la salud a costos razonables.

Siguiendo otras tendencias de este debate, se encuentran los *libertarios*, quienes consideran que la atención médica es solamente una necesidad más individual, como sería la vivienda, la educación y la recreación. En este orden de ideas el individuo debe libremente saber cómo utilizar sus recursos para satisfacer esas necesidades (Donabedian, 1976). Esta es tal vez una de las razones de peso por la cual los libertarios son partidarios de aplicar reglas de mercado libre al área de la atención de la salud.

Según esta doctrina, la distribución justa de los recursos es una consecuencia de los intercambios justos entre los individuos, por lo cual no existe fundamento para defender los derechos positivos del Estado benefactor, puesto que estos son vistos como un barril sin fondo.

En un sentido contrario a los libertarios están los partidarios del *igualitarismo*, quienes ponen de relieve la igualdad de oportunidades y redefinen la libertad como la posibilidad de estar en igualdad de condiciones para efectuar la elección. Donabedian explica esa doctrina señalando que la salud es un requisito para el éxito, y que la competencia, para ser justa, debe garantizar a todos los competidores un nivel de salud razonablemente igual. De allí que la atención de la salud no debe basarse en la capacidad económica del individuo. Por otra parte, la enfermedad y la atención médica están fuera del alcance del individuo y requieren de la acción colectiva, ya sea pública o privada.

El *utilitarismo*, por su parte, sostiene que un acto o una regla es correcto solo si maximiza

12 *Securing Access to Health Care. A Report on the Ethical Implications of Differences in the Availability of Health Services*, Vol. 1. Informe de la Comisión Presidencial para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina, Biomedicina, e Investigaciones sobre Comportamiento Humano (Estados Unidos), Capron, Alexander M., Director Ejecutivo, Washington, D.C., 1983.



la utilidad neta. A la luz de esta doctrina existe controversia sobre ¿cuáles son las bases que sustentan la existencia de los derechos? Sin embargo, esta doctrina provee sólidos argumentos para redistribuir los bienes de modo que se produzcan los servicios médicos básicos. No obstante lo anterior, no existen límites claros y el alcance de la doctrina utilitarista en esta materia es problemático.

En la visión *utilitarista* no existe el problema del barril sin fondo, porque el derecho a la atención en salud está limitado por la finalidad última que es maximizar el bienestar agregado, por lo cual las prerrogativas de los individuos son relativas al sistema del que ellos hacen parte.

Como quiera que sea, para explicar el derecho a la salud y la garantía del cumplimiento a este derecho, se ha recurrido a varias perspectivas, puesto que ninguna de ellas da una respuesta definitiva dadas las condiciones cambiantes de las economías y situaciones políticas mundiales. Por esta razón, hoy por hoy, siguen vigentes un sinnúmero de preguntas: ¿cómo garantizar el derecho a la salud?; ¿qué tan igual tiene que ser este derecho para que sea igualmente garantizado?; ¿es tolerable que haya diferentes estratos de atención en salud? Siendo así, y si se acepta que haya estratos más altos, estos imponen otros desafíos al sistema, entonces, ¿cómo es posible garantizar el derecho a la salud en medio de estas diferencias?; ¿es cierto que el derecho a la salud le da a los individuos con necesidades manifiestas, el derecho a reclamar sin límites los recursos de otros? y, ¿cuál sería el rol de los médicos en un contexto de los derechos a la salud en medio de las grandes diferencias sociales?

Sería importante considerar como condición de posibilidad para que el derecho a la salud sea garantizado, el que la salud sea un bien esencial de todo ser humano en conexión di-

recta con la vida en todas sus formas y manifestaciones. Un bien con el cual, sin lugar a dudas, cada ser humano garantice una mejor calidad de vida o una vida con calidad, la que corresponde a su propia dignidad. Por lo tanto, el *derecho a la salud puede ser garantizado* siempre y cuando el ser humano cumpla con el deber y la responsabilidad de conservar y mantener su salud y la de los demás, esto es, siendo solidario con la vida, con la cadena de vida, y el Estado posibilite las condiciones para que ello sea posible, es decir, que garantice a todo ser humano la atención a la salud independientemente de su condición, y un ambiente saludable que posibilite que la vida sea posible de ser vivida sanamente.

Las inequidades en salud, una preocupación ética

Las tendencias actuales en el mundo sobre salud insisten no solo en la evaluación histórica de las condiciones de vida y salud en cada país y en los problemas relativos a la accesibilidad y calidad de los servicios de salud, sino que también insisten en el impacto de las acciones determinadas por el sistema sobre la salud de la población. En otras palabras, la tendencia actual está centrada en analizar los alcances y limitaciones que puedan tener las disposiciones estatales en relación con las formulaciones sobre los derechos sociales de los cuales hacen parte los servicios de salud, la seguridad social y la educación¹³.

13 No cabe duda que ha sido enorme el desarrollo de estudios e investigaciones en torno a dicha preocupación. Vale la pena mencionar, entre otros, los trabajos realizados por Whitehead (1988, 1992), Musgrove (1983), Informe de la Comisión Presidencial para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina Biomédica, e Investigación sobre Comportamiento Humano, (Estados Unidos (1983), OPS (1985), Roemer (1989), Daniels (1969, 1981, 1985).



Las discusiones en relación con los alcances y limitaciones que puedan tener las disposiciones estatales en torno a la salud no han podido ser ajenas a las condiciones de vida y de muerte de la población. Las evidentes diferencias en salud, corresponden no solo a factores biológicos sino también a factores socioeconómicos y ambientales, condiciones que, a su vez, se constituyen en requisito fundamental para el logro de la equidad, partiendo del principio de que la salud, la vida, es un bien común y una necesidad existencial básica del hombre.

Whitehead (1990) Dahlgren y Whitehead (1993) sostienen que ciertas diferencias en salud evitables, innecesarias e injustas, constituyen el meollo de la preocupación sobre el asunto de la inequidad en salud (Daniels, 1998) y, por ende, una preocupación ética, pues ética y vida se implican. Desde esta perspectiva, los actuales análisis éticos se han centrado en la igualdad de oportunidades y hacen énfasis en la importancia que tienen para el individuo la atención en salud.

El punto crucial es que se debe mantener un equilibrio en la distribución de los recursos, de tal manera que al promover la salud de cada persona se contribuya al bienestar social de todos. Este análisis, como lo anota Daniels (1998) proporciona fundamentos para la cobertura universal en aseguramiento y para la asignación de recursos basada en las necesidades.

Como se evidencia, el debate ético frente a la salud es compatible con el análisis de la igualdad de oportunidades, del acceso y de la calidad de los servicios, tanto como con el análisis sobre los sistemas de financiamiento y prestación de los sectores público y privado, pero también, y de manera complementaria, con el análisis de las condiciones ambientales en las que los seres humanos viven. Está inscrito en una dinámica social

de conflictos que excluye y margina a unos en beneficio de otros. Buscar el equilibrio entre el bien común y el bien individual es un compromiso de todos los sectores como compromiso colectivo de aceptar, abordar y resolver el conflicto de intereses, de tal manera que se garantice el derecho de todos a la salud, a la vida y a la prestación de los servicios.

No es discutible entonces, que la salud del individuo como la de la población sea importante por derecho propio y por ser deseada y apreciada por su valor intrínseco. Pero tampoco tiene discusión alguna que los cambios en la salud son críticos y que las inequidades y desigualdades en las oportunidades son evidentes en un mundo con economías, sistemas políticos y sociedades inestables y fluctuantes. Lo que nos debe interesar ahora más que nunca son los aspectos éticos de esas interpelaciones, porque precisamente tenemos que considerar los aspectos éticos de la relación de la salud con las otras capacidades de desarrollo, así como de qué manera estas últimas repercuten en la salud de la gente.

Quizás un momento decisivo en la ética de la salud pública moderna ocurrió cuando las naciones del mundo adoptaron lo que se llamó *Salud para Todos* como expresión de la necesidad de justicia social en el campo de la salud. Se consideró que las diferencias o desigualdades que existían entre las naciones, y dentro de ellas, eran éticamente injustas y debían reducirse, y a medida que se ha ido avanzando en la noción de equidad en salud¹⁴, se han hecho grandes esfuerzos por superar la inequidades.

¹⁴ Tal vez uno de los primeros pasos para identificar la inequidad es la de establecer las diferencias existentes en las características de la asistencia de la salud y en su distribución.



El tema crítico es entonces la injusticia de la situación de la salud y este criterio se satisface cuando las diferencias son evitables, cuando están fuera de la voluntad del individuo o del grupo y es posible identificar algún agente responsable.

En estos días hemos presenciado un análisis de la *Justicia Sanitaria* desde diferentes puntos de vista, pero siempre bajo un análisis ético dado que no es suficiente con medir las inequidades y establecer perfiles que permitan determinar el diagnóstico de un determinado sector de la población.

Si bien la salud se vincula al desarrollo de otras áreas sociales, por lo que al analizar la situación de salud necesariamente esta se proyecta a otros campos del desarrollo social, también lo es que sobrepasa en contenido a cualquiera de los tópicos desde donde se analice y abarca la ética. Ya Van Rensselaer Potter (1975) poco después de crear el neologismo, comenzaba a pensar en una Bioética Global que abarcara las decisiones en otros campos y no solamente en el de la salud. Potter reafirma este concepto y relaciona a la Bioética con el Medio Ambiente y los Derechos Humanos, y de esa manera –dice– *se hace la vida más vivible*.

Frente a las brechas existentes en la atención de salud, surgen necesariamente propuestas para orientar las decisiones que corrijan estas situaciones. Los análisis éticos orientan la reflexión en las decisiones para disminuir la injusticia y lograr una mayor equidad. Sin lugar a dudas ayuda a reflexionar para fortalecer las acciones que puedan resolver de alguna manera estos problemas, pues la crisis de valores que enfrenta la sociedad se proyecta a la vida, al desarrollo de las empresas y a las organizaciones en general. La carencia de valores éticos y morales en las organizaciones sanitarias tiene un impacto mayor porque la sa-

lud de los seres humanos depende, en gran medida, de la consideración y el respeto de la organización hacia los individuos.

Las nuevas realidades políticas y económicas han cambiado a la sociedad convirtiéndola en una sociedad carente de valores, *value free*, por lo que las personas están reclamando mayor moralidad para que la sociedad se cargue de valores, *value laden*. Las empresas y las organizaciones han sentido el impacto de esta realidad que, entre otros aspectos, determina que se privilegien los valores económicos sobre los humanísticos, consecuencia de un olvido de la ética, de la vida.

A este respecto, Diego Gracia en un artículo sobre justicia sanitaria publicado en el *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud* en mayo-junio de 1990 (p. 32) expresaba: “La ética parece haber desatendido a la economía y a la política, y estas, por su parte, han decidido ‘prescindir’ de aquella, cuando no suplantarla, lo cual es ya una forma de injusticia”.

La ética es un saber racional que impulsa a hacer lo correcto, a tener “*buenas razones*”¹⁵ para actuar, lo que hace que las decisiones que se tomen sean justas. Es por ello que la ética guarda una relación directa con los procesos decisorios, ya que es imposible tomar una decisión sin haber dilucidado las buenas razones de aquellas que no lo son para una persona y una colectividad¹⁶. Por consiguiente, la ética no es un procedimiento de decisiones, sino una fuente esencial

15 Para Rescher las buenas razones no son algo subjetivo o idiosincrásico, sino algo objetivo y que se apoya en el dominio público (Rescher 1993).

16 Existe una relación intrínseca entre la ética y las decisiones. Una importante teoría que profundiza esta relación es la Teoría de la Decisión Racional (TDR) que se inaugura en propiedad con tres textos clásicos: Arrow (1951), Down (1957) y Olson (1965).



para tomar decisiones, porque precisamente la pregunta y el problema de la ética es saber *¿cómo debemos vivir?* La pregunta implica como tal un problema (*heuresis, heurístico*) para el cual no existe, sin embargo, fórmula prescrita, sino una pasión por la vida y sus posibilidades. La pasión de la historia humana es la propia pasión de la ética, que no es otra cosa que la pasión por la vida, porque toda preocupación tanto teórica como práctica, radica en saber *cómo* llevar una vida humana¹⁷.

La ética en las organizaciones es por lo tanto esencial para que las decisiones que se tomen sean justas. En este sentido, las organizaciones deben ser medios para la felicidad de otros, por lo que deben relacionarse con el mundo de los valores que da sentido a la vida y que debería darlo también a las organizaciones.

Si bien el mundo de las empresas productoras de bienes materiales es importante, su consideración de la ética lo es mucho más, por la connotación que tiene en la vida y el bienestar de los seres humanos y en las organizaciones que desarrollan sus actividades en el ámbito de la salud.

En las organizaciones de salud la carencia de principio éticos puede conducir a una mala calidad en la atención a las necesidades de las personas, pero además puede igualmente conducir a situaciones injustas, que afectarían a la vida de toda la sociedad, lo que connota de una gran responsabilidad social. Sus principios éticos orientadores son, fundamentalmente, la justicia y la solidaridad. La justicia y la solidaridad en cualquier cultura, vida comunitaria o país, son valores a los que aspiramos todos.

17 Tal es la pregunta que da inicio con Sócrates a la ética.

La ética en las organizaciones de salud le señala el cumplimiento de los fines que dan sentido a su actividad, la prevención de la enfermedad y la salud pública, o sea, hacer que las comunidades sean saludables y atender las necesidades de los individuos mejorando o aliviando la enfermedad. Esos fines no pueden ser sustituidos por otros como por ejemplo, priorizar la ganancia o tener como fin el lucro.

Las decisiones que se tomen en las organizaciones deben hacerse, por lo tanto, de manera ética, atendiendo a la exigencia social, pero fomentando los principios de justicia, ciudadanía¹⁸, pluralismo¹⁹, solidaridad²⁰ y universalidad modificada²¹ y a los derechos a la salud y a la asistencia sanitaria, que son Derechos Humanos.

18 “Corresponde a los valores de inclusión social e igualdad de oportunidades. De acuerdo con este principio, la protección de la salud deja de ser una mercancía, un privilegio o un objeto de asistencia, para convertirse en un derecho social”. (Frenk y Gómez, 1999, p. 91).

19 “El principio de pluralismo deriva del valor de la autonomía individual y familiar. Como tal, postula que el sistema de salud debe ofrecer opciones plurales al usuario, de tal forma que este último ejerza su capacidad para elegir libremente al prestador de su preferencia. Además de su justificación ética, la libertad de elección tiene la ventaja pragmática de generar una competencia saludable entre los prestadores, de la cual pueden derivar incentivos para un mejor desempeño”. (Frenk y Gómez, 1999, p. 91).

20 “La solidaridad corresponde al valor de la responsabilidad social. El término solidaridad tiene dos sentidos. En primer lugar, implica compartir la responsabilidad social para atender a los grupos vulnerables. En segundo término, propone que, en cada momento, los sanos se solidaricen con los enfermos al contribuir a financiar su atención. En este sentido la solidaridad forma la base de los seguros médicos y en especial, de la seguridad social” (Frenk y Gómez, 1999, p. 91).

21 “Que se presenta como la solución al dilema que ha marcado la discusión sobre las políticas de bienestar social desde la posguerra. Ante este dilema, el



Existe en ética una figura que se llama el *deber prima facie*, una figura que introdujo en 1930 el filósofo David Roos, que es la que debe tener en mente la persona siempre que va a tomar decisiones. Pues bien, cuando se van a tomar decisiones sobre los destinos del sistema de salud y su articulación en general, aquellos en cuyas manos está la dirección del sistema de salud, deberán establecer que el principio fundamental es el de la vida. Si logran acertar, estarán actuando correctamente, es decir, se han guiado por el *deber prima facie*.

En consecuencia, una reflexión ética de la salud no es otra cosa que una reflexión por la vida. Según Maldonado (2000) ello es posible de ser pensado si prevalece ante todo la idea de solidaridad por la vida. Por ello es urgente desantropocentrizar la vida, y con la ayuda de los desarrollos más recientes de la biología, las ciencias de la complejidad y de la vida artificial, el fenómeno de lo que pueda ser la salud descubrirá en su reflexión un horizonte inmensamente más amplio y rico que el que le depara por vía del estudio de casos clínicos.

Debemos pues poder anticiparnos a los hechos y correr el peligro de repetir la sentencia de Hegel a propósito de la filosofía en

principio de la universalidad modificada ofrece una posible síntesis. Este principio recoge lo más valioso de la universalidad clásica, pues propone que el sistema de salud sea inclusivo, pero lo modifica sobre la base de tres criterios fundamentales que permiten recoger los aspectos de selectividad: i) el uso del costo y la efectividad; ii) la equidad como la igualdad de esfuerzo para tener acceso a los servicios, dada una misma necesidad de salud; iii) el Estado se limita a asegurar el acceso universal y equitativo a los servicios prioritarios de calidad aceptable. La producción de los servicios puede entonces abrirse a un mayor pluralismo, con una mezcla de prestadores públicos y privados que permita contener los costos y satisfacer a los usuarios" (Frenk y Gómez, 1999, p. 91).

particular y de la teoría en general: llegar tarde ante los hechos, esperar sencillamente a que los hechos (léase casos) acaezcan y entonces explicarlos, cuando puede suceder que ya es tarde. De tal suerte que la reflexión que hagamos sobre la salud, o lo que es lo mismo, las reflexiones éticas, debe conducirnos a descubrir la dimensión de las posibilidades de la vida tal y como podría ser.

La transición de la medicina y de las ciencias de la salud desde la curación hasta la prevención constituye una auténtica revolución cultural. La prevención no es otra cosa que la tematización de las calidades posibles futuras de vida, la dignidad de la vida, la dignidad de la vida bien entendida, como la ampliación de los horizontes, tanto de las esperanzas como de las expectativas de vida, y que la vida humana no es de ninguna manera posible sin la vida entera del planeta. Por ello el trabajo ético se fundamenta, en una reflexión *permanente* y no momentánea –cuando se presenten los problemas– de las posibilidades y expectativas de vida.

A manera de conclusión

No hay duda que el fenómeno de la salud no puede reducirse a las aproximaciones conceptuales que de él se tengan, pues una concepción más amplia y menos fragmentaria de lo que sea la salud, implica una visión más complementaria –más compleja dentro de las ciencias de la complejidad–, una visión que además de pensar en variables y externalidades políticas, económicas, sociales y ambientales de lo que la salud pueda ser, piense además en sus posibilidades, en lo que permita que la vida sea posible. En este sentido es preciso ver cómo a los temas y problemas relativos a la salud les corresponden estrechamente los temas y problemas de lo que es la calidad de vida o de una vida con calidad. Se trata de la creación de



posibilidades de la salud, que son las posibilidades mismas de vida y para la vida.

Desde este ángulo, la preocupación por la salud, por la vida, se constituye de suyo en una *preocupación ética*, pues no es otra cosa que la tematización de las calidades posibles futuras de vida, de las condiciones en las cuales la vida es posible y la dignidad de la vida, entendida como la ampliación de los horizontes, tanto de las esperanzas como de las expectativas de vida.

La idea que aquí subyace es que no solo se debe actuar éticamente como resultado del cumplimiento de una norma o de un contrato social, sino que el poder de la ética debe estar en la vida misma. Es por ello que la ética debe convertirse en una fuerza pública, con validez universal, que tenga como pretensión la preservación y cuidado de la vida misma.

Como lo reconocía el médico Leon Eisemberg (1977, p. 78), “nuestro contacto cotidiana-

no con el sufrimiento humano nos ha hecho conscientes de la medida en que los problemas de falta de salud derivan de los fracasos de nuestras instituciones sociales, políticas y económicas. Proyectar nuevamente estas instituciones será el principio del desafío del siglo, una tarea que constituya la mayor esperanza para mejorar la salud pública”.

La superación del enfoque antropocéntrico así como la reestructuración de las instituciones sociales, requerirán de una visión holística de la salud. Lo que necesitamos es un sistema sanitario flexible y bien integrado al ecosistema que satisfaga las necesidades de los individuos y de las poblaciones. Esto significa pensar la salud no solamente desde afuera, ocupándonos de las variables y las externalidades sino además, y de manera complementaria, pensar la salud desde adentro, interna o immanentemente, desde la vida misma. Con pensarlo así, ya estaremos avanzando en el derecho a la salud, entre tantos otros aspectos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bersh, D. 1990. «Hacia una base filosófica de la salud. El fenómeno de la salud». En: *Hacia una base filosófica de la salud*, Bogotá, Icfes Ascofame.
- Cardona J.F, Hernández, A. Vega, R. 1994. Criterios metodológicos para medición de inequidades en salud y en la prestación de servicios de salud en Colombia”. Bogotá, Trabajo de Grado de la Maestría en Administración de Salud, Programas de Posgrados en Administración de Salud y Seguridad Social. Pontificia Universidad Javeriana
- Presidencia de la República *Constitución Política de Colombia. 1991*. Bogotá, Impreandes
- Daniels, N. 1998. “*Parámetros de Justicia y monitoreo de la equidad: Apoyo a un programa de la OMS*”, en Salud y Gerencia Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, N° 16, enero-junio
- Daniels, N. 1985. *Just Health Care*. Cambridge University Press
- De la Hoz, Gómez y Pabón. 1995 “Aproximación al concepto de equidad en salud: Su aplicación en la Constitución Política de 1991 y en al Reforma de la Seguridad Social de 1993”. Trabajo de Grado de la Maestría en Administración de Salud. Bogotá, Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social, Pontificia Universidad Javeriana
- Donabedian, A. 1976. *Benefits in Medical Care Programs*. Cambridge, Harvard University Press.



- _____, 1992. "Concepts and principles of equality and health", *International Journal of Health Services*, Vol. 22, No. 3
- Eisenberg L. 1977. "The search for care in knowledge", En: John H., ed. *Doing better and feeling worse*. New York, Norton.
- Fein, R. 1986. "Economics medical care, Medical cost: The search for national health insurance policy". Cambridge: Harvard University Press. En: Roemer, R. *El Derecho a la atención de la salud. Estudio constitucional comparado*. Publicaciones científicas: OPS No. 509, 1989.
- Flood, R, Jackson, M. 1993. *Creative problem solving. Total System Intervention*. England: John Wiley & Sons.
- Frenk, J. y Gómez O. 1999. *La sociedad frente a las nuevas formas de atención a la salud: hacia un sistema de salud racional, solidario y compasivo*. Bogotá, Ministerio de Salud.
- Hernández, A. (En ejecución) Las ideas de justicia sanitaria en los noventa. Bogotá, Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social. Pontificia Universidad Javeriana
- Hidalgo C.S. y Mayorga C.F. 2000. El conflicto entre el bien común, el bien individual y el bien público En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (Ley 100/93). Trabajo de grado de la Maestría en Administración de Salud, Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social. Pontificia Universidad Javeriana.
- Maldonado, C. 1999. *Hacia una fundamentación filosófica de los derechos humanos*. Santafé de Bogotá, D.C., Arango Editores.
- Maldonado, C. 2000. "Lugar y significación de la vida artificial en la Bioética y en la Ecología". En: *Bioética y medio ambiente*. Bogotá, Ediciones el Bosque.
- Ministerio de Salud 1993. *ABC de la descentralización en salud*. Palmira.
- Musgrove P. 1983. "La equidad del Sistema de Servicios de Salud. Conceptos, indicadores e interpretación", *Boletín OPS*, Vol. 95, No. 6
- OPS. 1985. *Targets for health for all. Social justice and equity in health*
- Ost F. 1996. *Naturaleza y derecho para el debate ecológico en profundidad*. Bilbao, Mensajero
- Potter, VR. 1975. "Humility with responsibility: A Bioethics for Oncologists: Presidential Adress, Cancer Research". En Gracia, D. (1998) *Fundamentos y enseñanza de la Bioética*. Bogotá, El Buho
- Rescher, N. 1993. *La racionalidad*. Madrid, Tecnos.
- Roemer, R. 1989. *El derecho a la atención de la salud. Estudio constitucional comparado*. Publicación Científica No. 509, OPS.
- Sánchez-González, M. 1998. "El concepto de salud: Análisis de sus contextos, sus propuestas y sus ideales", *Cuadernos de Bioética* No.7 Programa regional de Bioética para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, diciembre.
- Sen A. 1979. "¿Equality of what?". En: *Libertad, igualdad y derecho*. Las conferencias Tanner sobre filosofía moral. Sterling M. McMurrin, Barcelona, Ariel
- Wittgenstein, L. 1988. *Investigaciones filosóficas*. Barcelona, Crítica.

