

# Un mundo globalizado sin sanidad global

## La lucha de Paul Farmer contra las desigualdades sanitarias

ELISA CHULIÁ\*

De todos es bien conocido que la asistencia sanitaria y el acceso a los medicamentos representan bienes de los que gran parte de la población mundial está privada. Mientras en las economías avanzadas los responsables políticos, los expertos en salud, los profesionales de la sanidad y los investigadores biomédicos se marcan objetivos tales como la mejora de la eficacia y la eficiencia de la red de servicios sanitarios y sus prestaciones, el desarrollo de programas de prevención o el descubrimiento de nuevos tratamientos y métodos de diagnóstico, en muchos otros países las preocupaciones son más básicas. Se refieren concretamente a la posibilidad de disponer de algún médico o de recibir un tratamiento necesario para combatir una enfermedad que provoca padecimiento o, simplemente, para seguir con vida. La evidencia sobre las desigualdades sanitarias en el mundo es copiosa y contundente; sin embargo, a juzgar por el espacio que ocupa esta cuestión en el debate público, la atención que suscita en las sociedades desarrolladas es bastante limitada y, cuando existe, suele estar más centrada en la anécdota que en el fondo del problema.

Entre quienes seguramente han contribuido más a poner en el punto de mira este problema en los últimos años destaca Paul Farmer. Este médico y antropólogo estadounidense lo aborda aplicando una doble táctica: la de la movilización de la opinión pública a través de la divulgación de información, y la de la intervención médica en países en los que la penuria sanitaria resulta especialmente intensa. Su condición de médico con una experiencia de más de dos décadas tanto en la organización y gestión de la atención médica en países pobres, como en la asis-

tencia directa a los pacientes le confiere, sin duda, una mayor legitimidad a la hora de denunciar los problemas y explicar sus causas y consecuencias, articulándolas en un discurso sobre la justicia social que ha concitado el respaldo de economistas como Jeffrey Sachs o el Nobel Amartya Sen.

En Estados Unidos, Farmer cobró gran notoriedad tras la publicación del libro de Tracy Kidder *Mountains Beyond Mountains. The Quest of Dr. Paul Farmer, a Man Who Would Cure the World*, que obtuvo en 2003 el Premio Pulitzer. Veinte años antes, recién graduado en Antropología y a punto de comenzar sus estudios de Medicina en la Universidad de Harvard, Farmer había visitado por primera vez Haití, el país más pobre del hemisferio occidental, comprobando los efectos devastadores de las enfermedades que no recibían tratamiento. De aquel proyecto sanitario de base comunitaria que, con la colaboración de otros jóvenes estadounidenses y de líderes sociales autóctonos, organizó en el pueblo haitiano de Cange germinó la asociación *Partners in Health* (PiH), ubicada en Boston, que Farmer fundó en 1987 con algunos compañeros. Fiel a su compromiso original de llevar los beneficios de la ciencia médica a los más pobres y combatir las desigualdades sanitarias, esta asociación –cuyo gasto en programas ascendía en 2005 a casi 22 millones de dólares– desarrolla en la actualidad proyectos sanitarios en países que comparten la característica de registrar muy bajos índices de renta *per cápita*, como Haití, Ruanda, Lesotho y Malawi, pero también en otros más ricos, como Rusia y Estados Unidos, donde existen grandes bolsas de pobreza<sup>1</sup>.

\* Profesora del Departamento de Ciencia Política y de la Administración de la UNED (mchulia@poli.uned.es).

<sup>1</sup> La página [www.pih.org/home.html](http://www.pih.org/home.html) ofrece información detallada sobre los programas y los recursos de esta organización.

Farmer no responde al prototipo del misionero, voluntariamente alejado del mundo de las sociedades prósperas. Antes bien, durante una parte del año presta servicios médicos en uno de los centros sanitarios de excelencia de Boston (el *Brigham and Women's Hospital*) y enseña antropología médica en la Escuela Médica de Harvard. Esta integración en la elite profesional y académica de Estados Unidos facilita el avance de su mensaje a favor de la sanidad global; un mensaje que no se agota con una declaración de buenas intenciones, sino que Farmer sustancia poniendo como ejemplo el rendimiento de los proyectos sanitarios de *Partners in Health*. Esta combinación de principios filosóficos y casos prácticos potencia la fuerza del mensaje de Farmer, plasmado en una veintena de libros de los que es autor y co-autor, y que en los últimos años ha logrado atraer la atención de algunos prestigiosos medios de comunicación estadounidenses<sup>2</sup>.

## 1. LA ASISTENCIA SANITARIA, UN DERECHO HUMANO

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

(Art. 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos)

Cuando se piensa y discute sobre las violaciones de los derechos humanos, no suele venir a la mente la cuestión de la imposibilidad de acceder a recursos sanitarios de primer orden, como intervenciones quirúrgicas y tratamientos básicos que pueden aliviar sufrimientos y prevenir la muerte. Y, sin embargo, en la medida en que la sanidad representa seguramente el más básico de los derechos humanos, impedir o imposibilitar el acceso a tales recursos equivale, en definitiva, a violar un derecho humano. Pero ¿qué tipo de violencia entraña esta violación?

Farmer la ha definido como “violencia estructural”. El adjetivo “estructural” denota que esa

<sup>2</sup> Así, por ejemplo, la revista *Time* le dedicó un artículo titulado “Champion of the Poor” el 31 de octubre de 2005 y, más recientemente, en mayo de 2008 la cadena CBS transmitió un programa sobre *Partners in Health* (que se puede escuchar y ver a través de: [www.pih.org/home.html](http://www.pih.org/home.html)).

violencia no está aleatoriamente distribuida, sino socialmente pautada o condicionada. “Las violaciones de los derechos son síntomas de patologías más profundas del poder y están íntimamente ligadas a las condiciones sociales que tan a menudo determinan quién va a sufrir abusos y quién va a estar protegido del daño”, escribe Farmer (2005: 7). En efecto, la incapacidad de acceder a servicios sanitarios precisos para mantener una aceptable calidad de vida o, sencillamente, para sobrevivir depende en muchos países del mundo de las circunstancias socioeconómicas de los enfermos. La universalización de la sanidad —es decir, la generalización del acceso a los servicios sanitarios para todos los residentes de un país— es un resultado contingente, en gran medida un producto de los Estados del Bienestar europeos, que se fueron desarrollando en respuesta al consenso político en torno a la necesidad de amortiguar las desigualdades sociales. No pocas sociedades de las que acostumbramos a clasificar como “desarrolladas” carecen de este acceso universal (entre ellas, Estados Unidos, donde en torno a 40 millones, de los algo más de 550 que componen su población, carecen de cobertura sanitaria<sup>3</sup>).

Pero donde los problemas de cobertura sanitaria alcanzan a casi toda la población es en muchos países no industrializados. Aunque ningún humano está a salvo de enfermar, es claro que quienes habitan en esos países y carecen de recursos privados para acceder a la sanidad sufren en mayor medida los efectos de la enfermedad. Que los movimientos sociales a favor de los derechos humanos hayan centrado generalmente su atención en los derechos civiles y políticos, tratando a los sociales y económicos como “hijastros descuidados” (Farmer, 2005: xxiv), no sólo ha podido difuminar la importancia de la sanidad como derecho fundamental, sino también reducir la conciencia pública de que pobreza y salud son fenómenos correlacionados. Al margen de que la incidencia de determinadas enfermedades especialmente virulentas es más alta entre los pobres (por ejemplo, el SIDA o la malaria), las dificultades de aplicación de tratamientos eficaces explican el mayor impacto que la enfermedad causa en sus vidas.

<sup>3</sup> Bien porque no han suscrito un plan de salud individual o de empresa, bien porque no entran en los programas públicos de asistencia sanitaria, en particular *Medicaid* y *Medicare* (seguros financiados por el Estado Federal para personas que no pueden costear sus gastos médicos [el acceso al programa exige una comprobación de medios del solicitante] y para mayores de 65 años [o menores de esa edad con algunas discapacidades], respectivamente).

## 2. JUSTICIA SOCIAL Y BIOÉTICA

Incorporar la perspectiva de los derechos humanos a las discusiones sobre economía y política de la salud es una de las reivindicaciones de Paul Farmer y, a su juicio, la clave para progresar hacia la sanidad global. Ello implica poner la justicia social en el centro del debate sobre la salud pública y tomar cierta distancia de los discursos en los que predominan argumentos de coste-efectividad y que suelen anteponer los argumentos de la eficiencia a los de la equidad. El progreso de la medicina, si no viene acompañado de consideraciones de justicia social, puede resultar en una ampliación de la brecha de la desigualdad sanitaria entre los países ricos y pobres, simplemente porque las ventajas redundan, sobre todo (y a veces, exclusivamente), en los primeros: "Aunque los patógenos cruzan fácilmente las fronteras, los frutos de la investigación quedan a menudo retenidos en las aduanas" (Farmer, 2005: 199).

Estas cuestiones deberían adquirir, según Farmer, mayor protagonismo en las discusiones sobre bioética, hoy en gran medida orientadas a temas tales como la eutanasia, el trasplante de órganos o los diversos fines de la clonación. No es que estos asuntos carezcan de interés ético; sólo que hacen abstracción del que, según Farmer, debería ser el principio bioético por excelencia: la sanidad es un derecho humano básico y no una mercancía. De ahí que la medicina no sea una cuestión meramente económica o técnica, sino fundamentalmente ética. Las muertes de todos aquellos que fallecen por enfermedades tratables, como la tuberculosis, la malaria o el SIDA no son consecuencia más que de la prevalencia de esa "violencia estructural", ante cuya manifestación muchos respondemos con actitudes y gestos de resignación o de una indignación que pocas veces se traduce en actos.

## 3. ¿QUÉ HACER? EL MODELO DE INTERVENCIÓN SANITARIA DE *PARTNERS IN HEALTH* (PiH)

La denuncia pública de las desigualdades sanitarias del mundo y la captación de recursos para intentar mitigarlas pueden resultar ineficaces si no van acompañadas de propuestas metodológicas concretas, es decir, de proyectos de intervención.

PiH sigue apostando por el modelo de proyecto comunitario que Farmer desarrolló hace más de veinte años en Haití, concretamente en un enclave rural desprovisto prácticamente de recurso sanitario alguno. La clínica comunitaria que entonces puso en marcha cuenta hoy con más de cien camas y dos quirófanos, un servicio de enfermedades contagiosas, un laboratorio y una clínica de mujeres, entre otras instalaciones; se ha convertido así en uno de los mayores proveedores de servicios sanitarios no gubernamentales en Haití, prestando atención médica gratuita a más de medio millón de ciudadanos sin recursos, y en un centro de tratamiento especializado de tuberculosis resistente y de SIDA mediante antiretrovirales. Pieza crucial del éxito del proyecto en Haití ha sido la contratación y formación de los denominados "acompañantes", trabajadores sanitarios que se encargan de difundir prácticas de prevención, averiguar las necesidades médicas de la población y asegurar la adhesión a los tratamientos de aquellos a quienes "acompañan", muchas veces de acuerdo con los protocolos que se utilizan en algunas de las clínicas más prestigiosas del mundo. La prestación de otros servicios sociales a la comunidad en la que operan, como educación para los más pequeños o alimentación para los familiares de los enfermos, completa el modelo asistencial de PiH, que en este nuevo siglo se está extendiendo ya por el continente africano.

La primera pica se clavó en Ruanda, donde, en 2005 comenzó a desarrollarse un proyecto centrado en el combate del SIDA, en respuesta a la invitación del Gobierno de ese país. Año y medio después de su puesta en marcha, PiH había reconstruido un hospital abandonado en un pueblo del sudeste de Ruanda con el fin de ofrecer cobertura sanitaria a una población de más de 300.000 personas. Para entonces, más de 1.700 pacientes recibían ya antiretrovirales contra el SIDA, un grupo al que cada mes se añadían cien más, si bien todavía quedaba lejos la cifra de ruandeses seropositivos estimada, en torno a un cuarto de millón.

Contra corriente, Paul Farmer y PiH han ido perfeccionando una fórmula de doble efecto para avanzar hacia el gran objetivo normativo de la sanidad global: el de prestar servicios sanitarios básicos a comunidades que carecían de acceso a ellos y el de extender la conciencia entre las sociedades ricas de que el debate sobre la sanidad en nuestros días no debe excluir las cuestiones de la desigualdad sanitaria entre grupos de una misma sociedad, y entre sociedades de diferentes regiones del mundo.

## NOTA BIBLIOGRÁFICA

Para la elaboración de este artículo se ha utilizado el libro de Paul Farmer, *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor* (Berkeley, University of California Press, 2005), así como diferentes artículos publicados en revistas de divulgación y especializadas. El único libro de Farmer traducido hasta el momento al castellano es: *Haití, para qué* (Hondarribia, Hiru, 1994).