

# Replanteándose la responsabilidad en torno a la salud global: estudio de caso de Etiopía

*Bram P. Wispelwey*

---

Miré a los rostros de los médicos y las enfermeras en busca de alarma o alguna explicación; el equipo médico -muy dedicado- simplemente continuaba con su trabajo, aceptando calladamente que la paciente más enferma del pabellón había desaparecido de la noche a la mañana. Recordaba a nuestra paciente de 20 años consumida por la tuberculosis, esperando otro intento más de retirarle la densa pus acumulada en su abdomen con una jeringa frustrantemente grande -el único tamaño disponible-. Después de sólo tres días en el hospital era demasiado pronto para evaluar la efectividad de la medicina clínica, pero durante el pico de la presencia médica, en contra del consejo médico, con todo un día de jornada de por medio, se había firmado su baja en acuerdo con dos de sus hermanos, que estaban determinados a trasladarla a su casa. Como estadounidense estudiando medicina en Israel, antes de llegar a Etiopía había atestiguado que hasta los pacientes más escépticos reemplazan la desconfianza por la esperanza de que los trabajadores de la salud puedan detener su sufrimiento. Esta mujer renunciaba al cuidado médico bajo la sombra de estructuras más allá de lo que le representaban los trabajadores hospitalarios, lo que me permitió comenzar a entender mi propio involucramiento en la cadena de eventos que llevaron a su baja hospitalaria.

Para muchos, el Hospital Ayder, ubicado en el norte de la región Tigray, es dónde se va a buscar la última oportunidad después de buscar ayuda en clínicas locales y hospitales secundarios, por tanto, los pacientes se presentan allí con complicaciones terminales de infecciones, cáncer, cirrosis o paros cardiacos. ¿Por qué la esperanza abandonaría a esta paciente después de hacer el largo y arduo

viaje para alcanzar nuestras instalaciones? Con posterioridad a encontrar por la mañana vacía la cama de mi paciente, abordé el tema con mi asistente, un clínico empático que había sido pastor hasta que una oportunidad educativa le llegó a los 12 años. Con resignación me explicó que el de ella no era un caso aislado entre los enfermos graves. Si el paciente muere en el hospital el cuerpo debe ser transportado por un vehículo oficial, lo que ocasiona un cobro fijo que muchos no pueden permitirse. Si bien existe un procedimiento para solicitar la exención del cargo, muchas familias sienten -posiblemente con razón- que los trámites y las juntas no llevarán a nada y, en todo caso, atrasarán sus ceremonias fúnebres. Así, nuestros pacientes no se podían permitir morir bajo nuestro cuidado y parecían ver todo el sistema clínico con lo que el médico y el antropólogo Paul Farmer ha llamado la “hermenéutica de la sospecha”.<sup>1</sup>

Ciertamente, para los campesinos del Tigray, forzados a admitir la muerte para poder refrendar su humanidad a través de sus funerales, esta afrenta sólo reafirmaba su desconfianza en las instituciones, Ayder entre éstas. Aunque médicamente irracional, la decisión de renunciar al cuidado clínico revela su lógica a la luz del legado histórico de la que fue tomada. Con frecuencia, desde Occidente, se ve a la pobreza en masa como un accidente histórico en función de eventos impersonales remotos, mientras que aquéllos que la sufren tienden a hablarla más en términos de abusos cometidos *por gente sobre gentes*, sin vacilar al denunciar la responsabilidad. Como mi asistente declaró burdamente, “[e]n tiempos recientes hemos sufrido guerras, hambruna, enfermedades: no nos merecemos esto. Nos mantienen en la pobreza”. Los agentes del daño son, en general, tanto obvios como indirectos, requiriendo los últimos para su tipificación y

---

**Bram P. Wispelwey.** MD, MS. Departamento de Medicina Interna, Hospital Brigham y de las Mujeres, Boston, Massachusetts, EUA.  
Correo-e: [bwispelwey@partners.org](mailto:bwispelwey@partners.org)

análisis, siendo tanto históricamente profundos como geográficamente amplios.<sup>2</sup> En el caso de Etiopía, que sufrió extendidas hambrunas entre los campesinos en los 70 y 80, Occidente acusó al liderazgo local, era fácil apuntar a los almacenes llenos de comida que seguían proveyendo de lleno a la élite nacional, a los dictadores despreocupados o a los militares que buscaron proteger su imagen e intereses.<sup>3</sup>

Pero al examinar los factores indirectos, encontramos vínculos a gobiernos ricos y poderosos que sostienen relaciones financieras y militares con dichos países, que son “mantenidos en la pobreza”. Por ejemplo, Israel, donde estudié medicina, vendió en 1983 al despiadado régimen comunista de Etiopía, el Derg, \$20 millones de dólares en armas y refacciones que el ejército israelí había capturado en Líbano. Buscando un aliado y la inmigración de judíos etíopes, para 1985 Israel proveía entrenamiento y asesoría militar al Derg, a pesar de que no existían relaciones oficiales entre estos países.<sup>4</sup> Ese mismo año, cuando Etiopía se encontraba de lleno en su peor hambruna, los EUA y otros países occidentales se mostraban renuentes a aportar comida por el comunismo presente allí. Cuando la ayuda finalmente llegó fue bloqueada estratégicamente por el Derg para castigar a la políticamente difícil región de Tigray, que está culturalmente ligada a la vecina Eritrea, entonces todavía una región rebelde de Etiopía.<sup>5</sup> Al terminar 1985, un millón de personas había muerto.<sup>6</sup>

Israel, en función de la posibilidad de una adversa Eritrea independiente y haciendo caso omiso de la hambruna intencional y la masacre sobre la población, aumentó su ayuda militar en los años subsecuentes. El líder anti-Derg y eventualmente ministro de Etiopía, Meles Zenawi, concluía en 1990, un año antes de la caída del régimen, que “ya habría caído ahora, de no ser por los israelíes”.<sup>7</sup> mientras tanto, el líder del Derg, Mengistu Haile Mariam, está hoy viviendo cómodamente con protección y apoyo gubernamental en Zimbawe. Su régimen es ahora reconocido por el Observatorio de los Derechos Humanos (*Human Rights Watch*) como “responsable del mayor uso de asesinatos en masa jamás vistos en África”.<sup>8</sup> Un museo del horror se ha abierto en Addis Ababa en memoria de los

miles de opositores políticos torturados y asesinados durante lo que se ha dado a llamar el terror rojo.

En los años siguientes, la vida ha seguido siendo difícil para los pobres en Tigray, quiénes además de experimentar altas tasas de VIH, constantes tuberculosis y malaria, sufren de una de las mayores enfermedades tropicales del África Subsahariana: la falta de seguridad alimentaria, que unto con la movilidad social siguen siendo elusivas para muchos en la región.<sup>9</sup> Las enfermedades terminales y la desaparición de pacientes son recordatorios dolorosos de que en un contexto de pobreza global, incluso en países ricos, pero desiguales, con frecuencia no es suficiente dar atención al paciente que tenemos enfrente. Los factores extra clínicos neutralizan la promesa ofrecida por nuestra buena voluntad, nuestro conocimiento, nuestros medicamentos y nuestras cirugías. Se requiere algo más que comienza con hacerse las preguntas adecuadas.

Inevitablemente, quien indaga es llevado a la decisión de ponerse del lado de los pobres en el seguimiento de la cadena causal de interrelaciones para llamar al responsable por su nombre, aún y especialmente cuándo hacerlo se vuelve incómodo. Después, sigue la necesidad de ir más allá de las buenas intenciones: involucrarse activamente en nuestro papel de ciudadanos con al menos alguna influencia en la política internacional y las decisiones económicas de nuestro propio gobierno, así como el uso de nuestro potencial personal creativo para aliviar este sufrimiento mediante canales no gubernamentales. Si el filósofo alemán Thomas Pogge está en lo correcto al afirmar que los países ricos y las políticas neoliberales están directamente ligados a la continuación de la pobreza, así como también asociadas a los malos resultados en salud de los países pobres, entonces sus conclusiones -que éste es un asunto de justicia y no de caridad- deben también ser tomadas en cuenta: “... debemos, por lo menos, compensar a los pobres del mundo, de no hacerlo seguiremos lastimándolos y beneficiándonos de la injusticia a sus expensas.”<sup>10</sup> Paul Farmer también ha afirmado que es esencial ver la condición de pobreza no sólo como algo inaceptable, sino como resultado de una violencia estructural que es de factura humana y

que nosotros como occidentales privilegiados estamos implicados en su creación y, por tanto, también en erradicarla.<sup>11</sup> La responsabilidad puede ser difusa y compleja, pero el trabajo reflexivo en salud global prueba que la distancia asumida por Occidente frente a esta realidad es ilusoria.

Al pensar en aquella mujer, ya sin peso por la tuberculosis, mientras sus hermanos la cargaban fuera del hospital, veo ahora que mis bien cuidadas manos no quedaron limpias de la larga y tortuosa serie de eventos que llevaron a su desaparición. El reto ante mí mismo es el del privilegiado: primero, aceptar la propia responsabilidad, para luego proseguir con el minucioso trabajo de identificar las condiciones y actores específicos, locales y globales que llevan a la pobreza, a la violación de derechos humanos, al sufrimiento y a la enfermedad. Sólo entonces se vuelven visibles algunas soluciones desde las bases, tanto individuales como colectivas. Al atestiguar el costo humano de nuestra indiferencia colectiva, tenemos que ser capaces de ir más allá del primer instinto -pagar la mensualidad del auto familiar- hacia acciones que, en última instancia, eliminarían las condiciones que le fijaron precio a su derecho a vivir.

### Comentarios especiales

La investigación y la experiencia fueron hechas realidad mientras estudiaba en la Universidad Ben-Gurion de la Escuela de Medicina para la Salud Internacional Negev, Beer-Sheva, Israel.

### Referencias

1. M. Griffin and J. B. Block (eds), *In the Company of the Poor: Conversations between Dr. Paul Farmer and Father Gustavo Gutiérrez* (Maryknoll, NY: Orbis Books, 2013).

**Recibido:** 24 de mayo de 2014

**Aprobado:** 14 de julio de 2014

**Conflicto de intereses:** ninguno.

2. Ibid.
3. R. Kapuściński, *The Emperor* (New York, NY: Vintage, 1989).
4. M. B. Bishku, "Israel and Ethiopia: from a special to a pragmatic relationship," *Conflict Quarterly* 14/2 (1994), pp. 39-62.
5. F. K. Tiba, "Mass trials and modes of criminal responsibility for international crimes: the case of Ethiopia", in K. Heller and G. Simpson (eds), *The Hidden Histories of War Crimes Trials*, (New York: Oxford University Press, 2013), pp. 306-324.
6. E. J. Keller, "Drought, war, and the politics of famine in Ethiopia and Eritrea," *Journal of Modern African Studies* 30/4 (1992), pp. 609-624.
7. M. Zenawi, "Paul Henze's conversations with Meles Zenawi," *Addis Voice* (June 5, 2011). Available at <http://addisvoice.com/2011/06/paul-henzes-conversations-with-meles-zenawi/>.
8. Africa Watch, *Evil Days: 30 years of war and famine in Ethiopia*, (New York: Human Rights Watch, 1991). Available at <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/Ethiopia919.pdf>.
9. K. Deribe, K. Meribo, T. Gebre, et al., "The burden of neglected tropical diseases in Ethiopia, and opportunities for integrated control and elimination," *Parasites and Vectors* 5/240 (2012).
10. T. Pogge, "'Assisting' the global poor", in D. K. Chatterjee (ed), *The Ethics of Assistance: Morality and the Distant Needy* (Cambridge: Cambridge University Press, 2004), pp. 260-288.
11. P. Farmer, *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor* (Berkeley, CA: University of California Press, 2003), p. 157.



# Medicina Social

Salud Para Todos