

El Derecho a la Salud: algunas consideraciones éticas.

Javier E García de Alba García

Introducción

La relación: derecho a la salud- ética, es un tema complejo porque implica objetivar varias subjetividades, incluyendo la propia. Esta situación me obliga tratar de definir los conceptos involucrados, como un esfuerzo para favorecer el inicio de una reflexión en conjunto, que nos enriquezca y provoque el posicionamiento de una postura ante una realidad que compartimos.

Punto de partida

Para iniciar mi plática, partiré de la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), formulada en 1946¹, la cual surge cuando el mundo, salía de la cruenta II Guerra Mundial, y requería su reconstrucción. El modelo económico aplicado, políticamente acorde con el discurso de los triunfadores, Fue el del Estado Benefactor, modelo "opuesto" al del Estado Fascista que se había liquidado, y que respondía al ansiado bienestar, en un mundo horrorizado y cansado de la guerra.

No hay que olvidar que el propósito en primera instancia fue restaurar las condiciones "democráticas y libertarias" en Europa, y en el Sudeste Asiático. Sin embargo, el modelo en esencia, no consideró la situación del desarrollo social de Latino-América, África y Oceanía (exceptuando Australia y Nueva Zelanda).

Lo anterior explica (aunque no justifica) lo limitada visión antropológica de la definición-objetivo de salud emitida por la OMS, que guió a muchos de los gobiernos de la época, incluido el nuestro, pues no se consideró a las necesidades y satisfactores humanos², y aunque las primeras básicamente son las mismas en todas las culturas y periodos históricos, lo que cambia es la forma, los medios, o manera de satisfacerlas.

Fue cuestión de tiempo para que el contexto hegemónico de las economías de consumo, se encargaran de darle un sentido medicalizado y medicalizante, al

¹ "Salud es el completo bienestar físico, mental y social y no tan solo como ausencia de enfermedad".

² Las necesidades humanas de acuerdo con Max- Neff, deben entenderse como un sistema de simultaneidades, complementarias y compensatorias, dentro de un proceso con características dinámicas. Las necesidades fundamentales se forman por: 1.- Necesidades de ser, tener, hacer, estar, y. 2.- necesidades de permanencia y subsistencia, como: protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad, libertad. Ambas se entrelazan en una matriz.

Por lo tanto vivienda, alimentación, y vestido no deben considerarse necesidades sino satisfactores de las necesidades de subsistencia o permanencia, del mismo modo que la educación lo es para la necesidad de entendimiento y la salud para la necesidad de vivir. En todo caso los sistemas de atención médico-sanitaria son satisfactores de la necesidad de protección.

Cabe señalar que, por ser procesos complejo, no existe correspondencia biunívoca o lineal entre necesidades y satisfactores, un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de varias necesidades o a la inversa una necesidad puede requerir varios satisfactores. Asimismo estas relaciones no son fijas, pues varían en tiempo, espacio y personas. vgr: la lactancia materna para el bebe, la propia madre y el trabajo familiar.

concepto de salud y sus derivados, aprovechando la visión estática y reduccionista de la definición de la OMS, haciendo invisibles otras definiciones, sobre todo las distintas concepciones “legas” sobre la salud ³, y digo distintas por que usan diversas concepciones ontológicas de la realidad, y por lo tanto en el sentido de Khun, inconmensurables, aún en el caso de las definiciones que formularon los científicos sociales (afines y no afines al modelo hegemónico, quienes al tratar de ser "más comprensivos que explicativos", no se libraron del problema de manejar una doble hermenéutica.

Lo anterior nos conduce, a un dilema ético, al cuestionarnos: “Que es lo bueno del concepto salud” y “Como aplicarlo en la realidad”, situación que nos remite a establecer una postura que en ultima instancia tiene la alternativa de encaminarse: 1.- a una “acción no humana” para que todo siga igual, o 2.- a una acción⁴ humana para la liberarnos de nuestra propia enajenación (en gran medida propiciada por el sistema de salud).

El problema de las definiciones

En relación al aspecto de la definición de un concepto operativo de salud. Nos vemos implicados en el doble imperativo. 1.- de desarrollar una definición - práctica, de carácter comprensivo que incorpore lo social, lo político, lo cultural y lo histórico en el propio concepto de salud. 2.- de practicar ese concepto en un marco social, político y necesariamente cultural.

Así vistas las cosas, este nuevo concepto de salud requiere de su construcción en términos participativos y reflexivos, abarcando diversas poblaciones y haciendo uso de múltiples medios de comunicación - educación.

Si bien es cierto que vivimos en un marco de desigualdad, considero que como seres humanos requerimos de algún tipo utopías, que sirvan de motores para enriquecer y mantener efectiva nuestra praxis como intelectuales orgánicos a nuestra población⁵.

Por lo que sugerimos la siguiente aproximación:

Salud es un proceso vital, de orden histórico y social, que refiere al acceso - irrestricto y democrático- de los bienes y servicios materiales y no materiales que promueven el crecimiento y desarrollo, individual y grupal –armónicos- , evidenciado como bienestar bio - psico - social con alto sentido humano y sustentable (García de Alba y Salcedo Rocha .2009).

Operatividad del concepto

Aunque desde el siglo XIX, se reconoce la ingerencia del Estado como responsable de la salud poblacional⁶. Esta perspectiva en México se implanto desde la cuarta década del siglo pasado, como parte del Estado de Bienestar,

³ Me refiero a todas las que están fuera de la Medicina, sin importar su origen.

⁴ Una capacidad es una habilidad adquirida para lograr (en el sentido igualitario, libertario y positivo) las oportunidades reales que se tienen respecto a la vida que se puede llevar.

⁵ Nuestra población la entiendo como nuestros próximos, dependiendo del ámbito donde nos desarrollemos

⁶ De acuerdo a Foucault se plantearon. En Inglaterra: la medicina industrial; en Francia: la medicina urbana y en Alemania: la policía médica que devino en la Seguridad Social

fundándose la Seguridad Social⁷ originalmente como una institución redistribuidora de la riqueza, para lograr el bienestar de la población asegurada⁸. Sin embargo, esto ha cambiado, a partir de las dos últimas décadas del siglo XX y lo que va del siguiente, en función de las tendencias globalizadoras de la economía mundial, que han afectado a nuestro país,

El cambio se da en función de la concepción del financiamiento de la atención a la salud por el Estado, e inicia su sutil cuestionamiento dentro de la economía de consumo y de manera formal, a partir de la firma del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos de Norteamérica y Canadá: Cuando el Estado Mexicano, incluye a la atención a la salud como un servicio más, al igual que el turismo, el comercio (enseres domésticos), o un producto agrícola (frutas y verduras), o industrial (carros, armas). Desvalorando el concepto de salud como una necesidad vital y de relación social. Transformándolo en un objeto “ad hoc” para la sociedad de consumo⁹.

Visto como objeto de consumo, la salud, nos enfrentamos a un problema de valores, donde la salud al no considerarse como una necesidad para vivir, aunque “derecho”, se conceptúa ahora como una aspiración alcanzable a cambio de algo.

Al incluir México irrestrictamente a la salud en el renglón servicios, la salud se monetariza y por ende es susceptible de privatizarse, lo cual refuerza e impulsa, dentro de nuestra formación económica, la asociación entre poder adquisitivo y calidad de vida¹⁰, sin embargo la salud -al igual que la educación -, insisto, no son bienes materiales intercambiables o que siempre se puedan comprar.

En un contexto como el nuestro, Salud y Pobreza están relacionadas, pero frecuentemente se olvida o se soslaya, que en un sistema económico donde domina el capital, la categoría mediadora es el consumo (Suárez.2010), esta situación esta hábilmente disimulada en los llamados nuevos paradigmas de la salud¹¹, donde el enfoque esta dirigido eminentemente a desarrollar consumo de asistencia y de tratamiento de la enfermedad, lo que indudablemente esta ligado a la desigualdad, pues en ultima instancia tratan de apoyar al consumo.

Contra-restar el consumo, resulta una empresa titánica que requiere trabajar a nivel poblacional, tres conceptos fundamentales: conciencia, cultura y

⁷ Originalmente fue el IMSS, luego el ISSSTE, posteriormente PEMEX, FFCC, CFE (estos últimos dos, incluidos actualmente en el IMSS) y el ISSSFAM de SEDENA

⁸ Nótese que estas poblaciones son estratégicas para el modelo desarrollo económico mexicano

⁹ Obviamente quienes firmaron el tratado, y los que aun lo sostienen, no enfrentan el dilema de gastar parte substancial de su salario en atención a la salud (de un ser querido) o esperar que la enfermedad termine según su peculiar historia natural por no tener dinero o accesibilidad institucional.

¹⁰ Julián Hart (1971) al referirse al sistema británico de salud, escribió en la revista médica británica “The Lancet” que “la disponibilidad de la buena atención médica suele variar en forma inversa a la necesidad de la población atendida”, esta ley de la atención inversa, funciona mejor en economías de consumo, donde la salud es una mercancía más. Además agregaba que: “la distribución mercantil de la atención a la salud es una forma primitiva e históricamente desfasada y cualquier retorno a ella, contribuirá a exagerar más la mala distribución de los recursos médicos”.

¹¹ Me refiero a los paradigmas sobre transición epidemiológica, sistema nacional de salud, nueva salud pública, equidad, etc.

sensibilización (Suárez.2010) y para lograrlo requerimos conceptuar a la salud como una necesidad, y no como un producto a alcanzar.

Si admitimos de entrada que la salud es: una necesidad vital (que cubre los aspectos bio-psico) y una necesidad de relación (que garantice lo socio-cultural), cualquier mecanismo conceptualmente restrictivo (como atender solo ciertas enfermedades), de jerarquización limitante (atención de primera, de segunda y de tercera), o de pago por servicio (disfrazado como cuotas de recuperación, ayuda voluntaria)¹², que no tenga como objetivo el acceso democrático, irrestricto y gratuito a la salud, es contrario al espíritu del concepto necesidad (Castro.2006). Independientemente que se manejen “argumentos-pretexo” cobijados, inclusive por los términos de justicia y equidad¹³, ya que una necesidad humana no puede ser negociada, es algo así como: condicionar la respiración de una persona bajo cualquier excusa.

De acuerdo a lo señalado, recortar los fondos para programas sociales en aras del crecimiento económico, además de ser anti-ético(y perverso), esta más cargado de ideología, que proponer garantizar la atención universal a la salud universal de forma multidisciplinar y con calidad, pues en un medio como el nuestro, no tan solo se esta pugnando por mejorar la salud poblacional, sino también porque implícitamente estamos planteando una estrategia para fortalecer el mercado interno, la identidad social y la seguridad nacional, al crear empleos dignos y efectivos, revitalizando nuestras comunidades urbanas y rurales.

Asimismo no se puede justificar la inacción o quietismo sanitario, o el falso activismo sanitario donde se hacen cambios (sobre todo técnico-administrativos) para que nada cambie, circunstancia frecuente en los círculos del poder.

Aplicabilidad del concepto

Al efecto, como ciudadanos responsables, debemos documentar los costos o el impacto de esta in-acción, por ejemplo, una cosa es confirmar y tratar casos de enfermedad ya instalada mediante tecnología de punta, y otra es: prevenir la aparición de nuevos casos de enfermedad y promover la salud mediante la implantación de equipos multidisciplinarios¹⁴ sobre todo en el primer nivel de atención.

Por ejemplo: Invirtiendo (no gastando) medio millón de pesos anuales en salarios para un equipo multidisciplinar de 5 profesionistas, con enfoque preventivo, se pueden ahorrar, cada año, en el caso de la diabetes, cinco veces los gastos por la confirmación diagnóstica y atención de personas que devengan enfermos, pues es posible reducir hasta un 80% la incidencia de la

¹² No se incluye el pago solidario para ayudar a quienes no pueden financiar gastos catastróficos

¹³ El Dr. Abraam Sonis, ganador del premio Abraham Horwitz de la OPS, en el año 2000. Declaro que el termino equidad cuando no aparece en cuestiones de asistencia, es que ha sido eliminado deliberadamente. Para el Dr. Sonis, equidad implica tres imperativos: igual acceso para igual necesidad, igual utilización de recursos para igual necesidad, igual calidad de atención para todos.

¹⁴ Con pasantes de educación física, enfermería, medicina, nutrición, y psicología.

diabetes, mediante la normalización de las cifras de glucosa en sangre en las personas con alto riesgo de padecerla (personas con obesidad y prediabetes).

De acuerdo con lo antes señalado, debemos reconocer que la garantía de salud, además de humana y científica, debe ser sustentable (tanto a nivel grupal como individual) lo cual implica una sana relación entre práctica de salud - política - población, pues al establecer a la salud como necesidad, la conformamos como parte vital de la agenda política para el desarrollo de la nación, de tal forma, que la política de salud, se oriente a elevar la calidad de vida poblacional, en base a más y mejores posibilidades y oportunidades para satisfacer las necesidades de salud y no depender de una sola opción. (Max-Neff. M.1986) (Sen A. 2010)

Para no pecar de ingenuos, es importante reconocer, que alcanzar el derecho a la salud como una necesidad, implica que las políticas de salud, se entiendan como el campo donde se definen, articulan y resuelven las necesidades de salud bajo formas que reflejan intereses cambiantes y en ocasiones contradictorios. (Tetelboin.2004).

Lograr una salud sustentable y humana, demanda esfuerzo y tiempo, pues las políticas generadas (Restrepo y Málaga .2001), deben dirigirse a:

- 1.- Crear ambientes (físicos, sociales, culturales, económicos y políticos) saludables
- 2.- Fortalecer la acción comunitaria como parte del capital social y de desarrollo.
- 3.-Desarrollar habilidades personales y grupales relacionadas con estilos de vida saludables.

No se puede hipotecar el futuro de la salud de la comunidad a las tendencias del mercado global, que ya han demostrado un siniestro incremento de la desigualdad y la pobreza.

Por ejemplo en la llamada “Reforma Sanitaria” de los Estados Unidos de Norteamérica, desde el 21 de marzo de 2010, se pretende lograr la cobertura universal, mediante una ley que obliga a los ciudadanos a comprar un seguro de salud, como lo pueden hacer quienes tienen automóviles (Silva. 2010).

Tampoco se vale hacer cuentas alegres, donde no tan solo se mezcla el agua y el aceite, sino que también se pone en juego nuestra seguridad nacional¹⁵, con la definición “sui generis de “Cobertura Universal” a la mexicana, donde se suman a los beneficiarios de la Seguridad Social (que incluye varios seguros: maternidad, vejez, cesantía en edad avanzada, pensiones y jubilación, accidentes, viudez y orfandad), los afiliados al Seguro Popular (que es un seguro medico parcial y un seguro “petit”), agregándole inclusive las ventanillas de salud en los Consulados que México tiene en EE.UU. (consejería voluntaria).

¹⁵ Suponemos que la salud de un pueblo es proporcional a su fuerza y potencial de desarrollo

El esquema actual no puede seguir con la mutualización creciente de los riesgos sociales “utilizando” los derechos sociales como compensadores de una crisis que no es pasajera, sino permanente, donde la creciente falta de oportunidades de empleo y la consecuente exclusión social. Dentro de la lógica neoliberal provoca un círculo vicioso, que reduce el presupuesto social, aumentando los aportes fiscales y para-fiscales, impidiendo la generación de empleo estable (Yépez.1999).

Es importante entonces, superar la concepción actual de atención a la salud como “protección” y pasar a esquemas de participación, donde realmente se redistribuya la riqueza, cuidando que la autonomía individual sea compatible con la solidaridad social en un marco de atención integral y sustentable.

Plantear un Servicio Nacional de Salud¹⁶, puede ser una respuesta integral y sustentable, que permita vislumbrar un futuro promisorio. Al efecto en su concepción y construcción debe tomarse en cuenta:

- 1.-El carácter histórico y social de la salud como proceso
- 2.- La necesidad de re-formular el poder político en salud
- 3.-El análisis costo-beneficio con bases de inversión en desarrollo humano sustentable
- 4.- Distribución adecuada de recursos para la salud, con sentido de justicia social.
- 5.-Descentralización-desconcentración de la atención por sus mismos actores
- 6.- Investigación científica en salud de problemas de “aquí y ahora” y no de “allá y entonces”.
- 7.- Puesta en marcha de estrategias y tácticas de organización, empoderamiento y gestión co-participativa.
- 8.- Participación popular activa en la evaluación cualitativa de los logros en salud en base a los resultados cuantitativos presentados por el sector.
- 9.- Inclusión de la necesidad de salud como satisfactor vital, a manera de tema total de las organizaciones políticas.
- 10.- Docencia en y para la salud, reflexiva, participativa y crítica.

La salud como necesidad vital y de relación con carácter sustentable deberá apoyarse en un Seguro Social Universal de largo aliento, redistribuidor de riqueza, que continúe el legado social de uno de sus principales impulsores en el mundo: Sir William Beveridge quien recomendaba como partes esenciales:

- 1.- Subsidios para los hijos, pagados tanto cuando el padre o la madre responsables trabajen, como cuando estén desocupados.
- 2.- Amplios servicios sanitario-asistenciales y rehabilitatorios, para prevenir, curar enfermedades y restaurar la capacidad de trabajo, a disposición de todos los miembros de la comunidad.
- 3.- Apoyos sustentables para la ocupación, o sea la supresión del desempleo.

¹⁶ Hay que diferenciar Servicio Nacional de Salud de lo que se denominado Sistema Nacional de Salud, el primero implica la seguridad universal de carácter obligatorio, igualitario y solidario. El segundo aplica la jerarquización de la salud e inclusive su oferta como servicio.

Si se esta de acuerdo con la implantación de un Servicio Nacional de Salud apoyado en una Seguridad Social Universal, como un legado de salud y bienestar para las futuras generaciones, es importante tomar conciencia que para implantarlos, se requieren tres condiciones para afirmar su desarrollo y permanencia:

- 1.- Implantación de la justicia en lugar de la violencia como árbitro en la sociedad
- 2.- Oportunidades para desempeñar un trabajo productivo para todo individuo
- 3.- Ingresos solidarios y suficientes para estar al cubierto de toda indigencia cuando no se pueda trabajar.

En suma: se requiere tomar conciencia de nuestra responsabilidad hacia la salud del otro, como un acto de amor.

REFERENCIAS

Castro A

Sobre el derecho a la salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2006. 32 (1): Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100011&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 23 nov. 2011.

García de Alba G JE y Salcedo Rocha AL.

Historia Natural y Social de la Enfermedad. En Martínez y Martínez. La Salud del niño y del adolescente. El Manual Moderno. México. 2009

Hart J.

The inverse law. The Lancet 1971. 1 (7696): 405-412

Max - Neff. M.

Desarrollo a escala humana. Fundación Dag Hamarskjold. Santiago de Chile. 1986

Restrepo y Málaga.

Como Construir Vida Saludable. Editorial Panamericana. México. 2001

Sen, A K.

La idea de la justicia. Taurus Ediciones. España. 2010.

Silva Ayçaguer LC.

Editorial. La Reforma Sanitaria en EE.UU.: crónica de una decepción. Revista Cubana de salud Pública. 2010. 36(4): 293-294

Suárez Lugo N.

La salud como resultado del consumo. Revista Cubana de Salud Pública. 2010. 36(4): 322-329

Tetelboin C

Cohesión Social como mecanismo de protección. XI Curso Taller OPS/OMS-CIESS. Legislación en Salud: Marco regulatorio para la extensión de la protección social en salud. México, DF. 6 – 10 de Septiembre de 2004

Yépez Parra A

El Derecho a la Salud. La necesidad de repensar los derechos sociales. Revista Cubana de Salud Pública. 1999. 25(2): 112-122