

Bioética, definiciones de salud y criterios de responsabilidad: Tensiones entre lo individual y lo colectivo

Dra. María Graciela de Ortúzar¹

(UNLP, CIEFI- CONICET, UNPA)

Introducción

La definición de salud, como la respectiva atribución de responsabilidad individual o social en salud, son conceptos filosóficos claves que continúan debatiéndose en la arena teórico-práctica de la bioética. Dependiendo de cómo definamos cada uno de ellos; de los lineamientos que tracemos, y del marco teórico que desarrollemos para justificar los mismos; se establecerán el -olos- criterio/s de acceso a la salud. En este sentido, las *direcciones* en políticas públicas de salud, derivadas de éstos criterios y relaciones, determinarán diferentes modelos de acceso a la salud.

Ahora bien, resulta claro que negar el derecho a la salud (reconocido después de la segunda guerra mundial como derecho humano internacional en 1948 por la Organización de las Naciones Unidas – en adelante ONU-; e incorporado, a nivel nacional, en la reforma de nuestra Constitución en 1994); es algo difícil de justificar públicamente, al menos de una manera “políticamente correcta”. En este sentido, es importante desenmascarar el doble uso de conceptos en políticas públicas de salud, mostrando que bajo lo “universal” se esconde también lo “privado”.

Más allá de ser éste –el derecho a la salud- un derecho indiscutible a nivel ético-igualitario y legal, lo que hace posible su ejercicio es el diseño y justificación del mismo modelo de

¹Doctora en Filosofía, UNLP; Investigadora Adjunta del CIEFI- FAHCE-UNLP-CONICET; Prof. Adjunta de Seminarios de Ética Aplicada, FAHCE y Prof. Adjunta Ordinaria de Filosofía del Derecho, FCJS, UNLP (Con licencia actual); Prof. Adjunta Ordinaria de Ética, UNPA. Proyecto I+D H766 “*Justicia, desigualdades sociales e igualdad en salud*”, SECYT- FAHCE, CIEFI-UNLP, 2016-2017 (Directora)

salud pública, y éste se basa en una concepción de salud. A modo de aproximación, si el modelo supone una consideración amplia de salud, entonces tenderá a proteger la salud de la población al identificar los determinantes sociales de la salud—reconocidos también por la Organización Mundial de la Salud, OMS, 2000—;y la consecuente responsabilidad del Estado. Ahora bien, si el modelo se basa en una visión de salud restringida, entonces se tenderá a responsabilizar únicamente al individuo por su salud, por sus malos hábitos; o simplemente se aducirá cuestiones de mala suerte o azar natural. De esa manera, el Estado desconoce su responsabilidad social y deja librado al mercado la misma atención de la salud (de Ortúzar, 2016). Por ello, aun cuando se sostengan conceptos como *atención primaria, participación en salud, cobertura universal de salud*; lo central es la vinculación que exista entre lo que definamos por salud y la identificación de los responsables de prever y actuar anticipadamente para evitar el daño -o riesgo de daño -en el individuo y/o la población.

Nuestro objetivo en el presente trabajo es estudiar las relaciones entre las definiciones de salud y responsabilidad, mostrando no sólo las tensiones, sino también la falta de definición unívoca de estos conceptos centrales; conjuntamente con el constante encubrimiento de los mismos en su aplicación (modelos de salud); y el consecuente retroceso en el ejercicio del derecho a la salud como consecuencia de diseñar políticas públicas de salud selectivas, estigmatizadoras y restrictivas.

Para ello, en primer lugar (I) mostraremos la apropiación indebida, por parte de modelos privatizadores, de conceptos centrales al derecho a la salud (*acceso igualitario universal; participación, atención primaria de la salud*, entre otros); evidenciando la arbitrariedad de la definición de salud. Se trata de mostrar la incorrecta atribución de la responsabilidad individual en salud en un sistema que, en realidad, intenta evaluar —en el mejor de los casos— sólo costos-beneficios, impulsando reformas que no atienden las prioridades sanitarias de nuestras poblaciones. En segundo lugar (II), resulta necesario vincular la concepción de “salud en sentido amplio” y la responsabilidad social del Estado ante los determinantes sociales de la salud, debido a que la misma permite brindar lineamientos claros para un modelo equitativo de salud -no estigmatizador ni excluyente—; esclareciendo

sendos problemas teóricos y prácticos en referencia a los conflictos con el derecho a la salud, y superando algunas de las tensiones entre lo individual y lo social.

I. Definición de salud vinculada a la exclusiva responsabilidad individual: la negación encubierta del derecho a la salud

Como hemos expresado anteriormente, el reconocimiento *legal* del derecho a la salud debería ser suficiente para ejercer el mismo a nivel práctico. Por ello, uno podría sentirse inclinado a pensar que, en principio, resultaría redundante tener que explicar la fundamentación ética de éste derecho; no sólo porque se encuentra reconocido a nivel legal, sino por ser una cuestión vivencial. Todos hemos sufrido alguna vez, en mayor o menor grado, alguna enfermedad y/o discapacidad; o tenemos un ser cercano que sufre dolor, enfermedad, discapacidad; y no podríamos tolerar que se niegue a éste ser querido – hijo, padre, hermano, amigo-, el acceso al tratamiento –cualquiera que éste sea- si es el que necesita nuestro ser querido para recuperar su salud o dejar de sufrir dolor. Es evidente que la atención de la salud no se trata de un lujo, sino de una necesidad elemental. Por lo tanto, no puede ser un simple bien de mercado ni ser negada por cuestiones económicas (si no paga no accede).

Sin embargo, no todos los modelos de salud parten de ésta premisa básica ni reconocen éste sentido igualitario de la atención de la salud, sin el cual no podríamos vivir dignamente, ni elegir nuestro proyecto de vida, y/o participar como ciudadanos en la complejidad de la sociedad actual. Bajo algunos modelos se interpreta éste derecho fuerte (derecho social y económico) de una manera más flexible (derecho formal); negándose en la práctica el ejercicio del derecho a la salud. Algunos autores, desde la filosofía política, niegan que exista ese mismo derecho a la salud, sosteniendo que sólo tenemos obligaciones de beneficencia en salud (Nozick, 1974; Engelhardt, 1996). El argumento teórico sería el siguiente: si el azar natural ha hecho que alguien sufra una enfermedad, y ésta persona no puede pagar el tratamiento y /o medicamento, no debe esperar ayuda del Estado porque el Estado no puede disponer de las ganancias y/o propiedades de los conciudadanos para financiar con impuestos los costos del seguro de

salud de aquellos que no puedan pagarlo. En todo caso, sólo deberían acceder a una atención mínima de la salud. En síntesis, el que no puede pagarlo estaría condenado a morir.

Ahora bien, por lo general la posición anteriormente reseñada no se plantea abiertamente en estos términos; por no ser “políticamente correcto” expresar que se condena a morir a un porcentaje altísimo de la población que no puede pagar los servicios de la atención de la salud. Resulta altamente controvertido negar la atención y/o acceso a medicamentos esenciales, y dejar morir a las personas que lo necesitan. Sin embargo, esto ocurre diariamente en nuestra sociedad. Ejemplo de ello podemos encontrarlo en recientes titulares de diarios nacionales –Argentina-, donde se presenta el caso de un paciente-entre otros tantos que permanecen sin conocer- quien necesitaba de fármacos para su dolencia pulmonar. Aun cuando el Organismo encargado de suministrarlos -PAMI- se negó a entregarlos, un juez ordenó que lo hiciera. No obstante, la obra social no acató el fallo. El magistrado insistió, pero el hombre finalmente murió en el largo proceso de espera del medicamento. Éste es sólo uno de los miles de casos que diariamente sufren la falta de acceso igualitario a la atención de la salud.²

Por ellos, desde el reconocimiento del derecho a la salud (OMS), los programas que defienden la mencionada posición privatista en el modelo de la salud utilizan un lenguaje que encubre la cruda argumentación explicitada anteriormente. Por el contrario, suelen apropiarse de conceptos populares para justificar su modelo de salud. A modo de ejemplo, conceptos tradicionales en salud pública son re-significados por sectores privados y organismos internacionales como el Banco Mundial-en adelante BM-; creando modelos sanitarios muy lejanos a favorecerlo público. Encubiertamente, el BM se apropia de

2 Referencia: *Página 12*, véase <https://www.pagina12.com.ar/68563-morir-a-la-espera-de-los-medicamentos> (consultada 12/10/17) ; Véase también *Clarín* 0/10/2017 , Un enfermo que había obtenido una medida cautelar de la Justicia para que el PAMI le proveyera un medicamento para tratar una fibrosis pulmonar, murió mientras esperaba el cumplimiento del fallo; https://www.clarin.com/sociedad/ordenaron-pami-darle-medicamento-jubilado-murio-esperandolo_0_SyljcOc3b.html (consultada 12/10/17)

conceptos como “participación, empoderamiento, “Atención Primaria de la Salud”- en adelante APS-, pero aplicándolo de una manera selectiva. El propósito de utilizar los mismos –redefiniéndolos- es el fin neutralizador que se alcanza. Deliberadamente el concepto de “participación comunitaria” se utilizó para neutralizar la resistencia a las reformas impuestas, a compartir los gastos (por ejemplo, la imposición de cuotas para usuarios), y a la «co-responsabilidad de la organización de la entrega de servicios de salud» (De Vos *et al*; 2009:127) Asimismo, el BM se reapropia de conceptos populares como lo es la *Atención Primaria de la Salud integral* -APS integral-; la cual constituyó una de las metas principales para la promoción de políticas de salud preventiva basada en los determinantes sociales en la década del ‘70 (Alma Mata); y la re-significa en el modelo de APS *selectiva*; lo cual equivalía a restringir el acceso a la salud de los pobres un nivel básico (Véase de Ortúzar, 2017).

Por lo tanto, desde los años 90 el BM estigmatizó y excluyó a grupos vulnerables al restringir la atención de la salud a “salud básica” (no acceso a tratamientos costosos). Lejos de erradicar la pobreza desde su raíz estructural, generó mayores desigualdades sociales y humillaciones a los que acudían a los servicios de salud para recibir sus “vales”, minimizando el papel del Estado en salud pública y responsabilizando al individuo (Véase De Vos *et. al*; 2009; de Ortúzar, 2017). Dichas personas no gozaban de los mismos derechos de sus conciudadanos (por ejemplo, no accedían a fertilización asistida, trasplante de órganos, medicamentos experimentales costosos, entre otros). De este modo, se agudizaron los problemas de salud materno-infantil, aumentando la mortalidad en mujeres pobres en etapa reproductiva, y especialmente en comunidades indígenas por falta de tratamientos interculturales y acceso preventivo. Asimismo las enfermedades genéticas aumentarían en contextos pobres por la combinación de la falta de prevención y factores sociales desfavorables. Por otra parte, a nivel de salud mental, la falta de financiamiento de leyes positivas aprobadas para externalizar la atención de la salud mental, terminó por excluir a los pobres de su acceso hospitalario, dejándoles sin los cuidados necesarios, negándose su derecho a la salud, y siendo condenados a deambular en la calle librados a su propia “suerte”.

En la actualidad, estas políticas han sido reavivadas en nuestro país bajo los lineamientos de la “CUS” (Cobertura Universal de Salud, Decreto 908, 2016) que esconde *seguros*

*focalizados y no universales*³. Las personas que se atienden en los hospitales públicos por falta de obra social o medios económicos, obtendrían una credencial, con una historia clínica unificada, que se transformará, en el futuro, en una *historia clínica electrónica* (en adelante HCE -1-). Es decir, se plantea a nivel teórico, paradójicamente, que se busca que todos los individuos tengan acceso a los servicios de calidad que necesitan a lo largo de todo su ciclo de vida (sean de promoción, prevención, curación, rehabilitación o cuidados paliativos); pero la política subyacente se basa en un sistema diferencial y no cooperativo, es decir no es universal ni público. Los datos de la OMS muestran que estos *seguros focalizados* sólo incrementan el gasto de bolsillo y no se invierte en fondos públicos en salud⁴. Por otra parte, supone para su aplicación (1) una serie de condiciones de alfabetización electrónica e igualdad social que no se dan en una sociedad con tantas asimetrías de poder y desigualdades. Pensemos en las personas que no tienen DNI, en los “locos librados a su suerte”, en los miles de personas que viven en las calles: ¿acceden al hospital público bajo el sistema propuesto con HCE?

Sobre este tema debemos ser cautos y esperar para profundizar en el análisis, debido a que hasta el momento sólo se han planteado lineamientos *teóricos y conjuntos* entre el Estado y las Obras sociales; pero no se han elaborado programas concretos de financiamiento. No obstante, resulta realmente llamativo un enfoque que pretenda superar la gran desigualdad social -que repercute en la desigualdad de salud- en base a dos ejes altamente diferenciales y excluyentes: (1) Historias clínicas electrónicas (HCE); y (2) Evaluación de tecnologías sanitarias (Agencia de evaluación de tecnologías-ETS-), por las siguientes razones.

Con respecto al primero (1), como he analizado en anteriores trabajos, el problema es la misma aplicación de sistemas de “e-gobernanza en salud” e HCE en sociedades con desigualdad social y asimetría de poder (de Ortúzar, 2014; 2015). Resulta claro, que la alta

³“El diseño del sistema de salud público en la mayor parte del mundo se basa en el rechazo de la visión que sostiene que los individuos deberían tener la oportunidad de ganar ventajas económicas de sus diferencias en los riesgos de salud.” Véase Daniels, N, “Individual differences and just health care”, en Murphy, et al, *Justice and Human genome Project*, California, 1994, p.117

⁴Véase a modo de ejemplo Proyecciones de financiamiento. De la atención de salud. Perú 2002-2006. Organización Panamericana de la Salud- OPS/OMS-, Recuperado en https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/Financiamiento_en_salud_2002_2006.pdf/.

inversión económica del Estado en HCE se justifica -en sociedades no igualitarias- sólo para zonas aisladas donde la telemedicina constituye uno de los sistemas centrales para reforzar el acceso tanto a la atención, interconsultas como también la educación continua del profesional de salud (de Ortúzar, 2012). El resto constituye un gran negocio financiado desde el Estado, es decir con fondos públicos, que no responde a las urgencias actuales en salud. Por empezar, no se explica por qué sería una prioridad en salud pública las HCE ni cómo se aplicarían las mismas en nuestra sociedad (*ciberdemocracia; e-health; alfabetización digital*). Asimismo, este sistema de e-gobernanza en salud⁵ tiende a reforzar la exclusiva responsabilidad individual en salud por malos hábitos, estilos de vida o decisiones equivocadas; culpando a la víctima de su propia condición, dolencia, enfermedad, daño; e ignorando que los problemas de salud de las personas no se encuentran aislados del marco de relaciones familiares y sociales.

“Se postula así una nueva *ciudadanía activa* que elige libremente sobre los cuidados de su salud. En este mundo ideal (...) el ciudadano es *co responsable* por las decisiones que toma sobre su propia salud y sobre el mismo sistema de salud”.

“El acento en la *responsabilidad del individuo*, tanto de su salud como del funcionamiento del sistema de salud, se justifica en la misma figura de este nuevo ciudadano activo, informado, sofisticado, y bajo la premisa de mayor responsabilidad por mayor acceso a la información anticipada por salud” (de Ortúzar, 2016).

Pero, afirmar que el individuo es el responsable último de su salud por sus elecciones de vida; exige, al menos, demostrar que existe un criterio justo para atribuir la citada responsabilidad individual en salud. Esto último, hasta el momento -si bien lo han intentado

⁵“En términos generales, el citado modelo de *gobernanza en salud* propone la creación de nuevos espacios públicos horizontales de participación ciudadana, de organizaciones privadas y corporaciones, para la toma de decisiones del sistema de salud. Supone, en primer lugar, un cambio social o una nueva forma de sistema sanitario, donde los pacientes asumen nuevos roles en su relación con los profesionales. Se trata de incorporar formas de participación directa en los procesos de decisiones, decisiones tanto individuales (decisiones por participación activa del paciente) como colectivas (decisiones sanitarias por participación de representantes de asociaciones de pacientes).” Véase de Ortúzar, M.G, 2016, p.p.23-36.

varios autores no igualitarios e igualitarios- no lo han logrado desde ninguna corriente política aplicada a salud.

Con respecto a (2), la sugerencia de una *futura Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*(ETS) desde el Estado se justificaría, de acuerdo a las declaraciones actuales en páginas oficiales, para hacer el sistema de salud más racional y eficiente, estableciendo criterios de asignación de recursos para definir prioridades. Ahora bien, desde el mismo Estado se afirma que: “*quien piense que la salud es gratuita está equivocado: la salud pública se financia con rentas e impuestos que pagamos todos*”.⁶ Queda claro que el objetivo no es ampliar la salud pública, ni la igualdad de atención de la salud; sino financiar con dinero público proyectos que parecerían esconder intereses privados de HCE, las cuáles en la práctica excluirán a los pobres de su posibilidad de elegir y de acceder al hospital público por las razones ya formuladas. Esto es, queda claro que la CUS incrementa el gasto de bolsillo y el gasto público en servicios que se contratan para “salud pública”, como lo sería la creación de HCE. Continuamos sin “invertir en salud” pública. Resulta claro, también, que este sistema no busca discutir la racionalidad o no de los laboratorios y grandes prestadores que gozan de una impunidad histórica gracias a su poder económico – lo cual les permite invertir para pagar juicios posibles por venta de fármacos que no cumplen los requisitos de seguridad y pruebas experimentales-. El daño y muertes en la población vulnerable desprevénida (Ej. talidomida) no es prioritario, sino el racionamiento. De lo que se trata es de argumentar cómo justificar, a través del argumento de costos/beneficios, el suministro universal de tratamientos y medicamentos a quienes no tengan obra social o no pueden pagarlos. Todo esto conlleva una mayor estigmatización y condena por diferencias de ingresos a los más vulnerables, y una creciente privatización de la salud.

Ahora bien, si realmente queremos proteger a los más vulnerables y pobres, la evaluación de prioridades en salud no pasa sólo por la evaluación tecnológica ni por la negación -“con bases científicas”- de tratamientos costosos para los pobres. Es esencial atacar de fondo la

⁶ Véase Aruachuan en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-cobertura-universal-de-salud-fue-parte-de-un-encuentro-internacional> (consultada 15/10/17)

desigualdad social que genera estrés crónico y nuevas enfermedades en salud, y esto es evaluar los determinantes sociales de la salud. La revisión teórica de la definición de salud (biomédica vs. integral); y su vinculación con la justificación de la responsabilidad en salud (individual vs. social), nos conduce a plantear las citadas tensiones entre lo individual y lo social; y proponer criterios prácticos y evaluaciones multidimensionales en pos de un modelo de salud equitativo.

II. Lineamientos para una definición de salud en sentido amplio vinculada a la responsabilidad social en salud: la defensa del derecho a la salud de todos y la evaluación de los determinantes sociales como prioridad en salud pública

Sin una definición amplia de salud no tendremos un horizonte que enlace la salud – directa o indirectamente- con la justicia, el bienestar y la responsabilidad social a través de criterios aplicables para todos de promoción, prevención, tratamiento y mejoramiento. Justificar qué es bueno o malo para nuestra salud exige comenzar a evaluar los determinantes sociales y contrarrestar la mercantilización de la salud (farmacológica y tecnológica). La salud no depende sólo del acceso a servicios hospitalarios (de Ortúzar, 2015; 2016); sino fundamentalmente depende de desarrollo de sociedades más igualitarias que terminen con las diferencias sociales.

Si delineamos una concepción del proceso de salud/enfermedad como un proceso dinámico, social, desde un sentido amplio (y no exclusivamente biomédico); se comprenderá mejor qué problemas de salud son las prioridades que deberían cubrirse por el Estado, compartiendo gastos de salud en seguros públicos sociales (responsabilidad social). El acceso igualitario a través de éstos implicaría, en principio: a) que el criterio de inclusión no depende de los recursos económicos y financieros de cada persona para acceder a la atención de la salud (de lo contrario sería sólo un seguro privado); b) que se reconoce la obligación social del Estado de prever, tratar, mejorar y cuidar las necesidades sanitarias de toda la población; c) que los problemas de salud no pueden abordarse sin analizar las desigualdades sociales de la salud que los generan (determinantes sociales).

El derecho a la salud abarcan sólo las necesidades individuales; y éstas no se reducen sólo a lo biomédico. El derecho a la salud engloba el complejo de relaciones entre el

individuo, la familia, la sociedad, el medio ambiente y las futuras generaciones. Esto es, no sería coherente pensar nuestra salud como si nosotros fuéramos seres aislados. Habitamos en una sociedad, y todo lo que en ella sucede y las relaciones que se establezcan influirán en nuestra salud para bien o para mal.

En este sentido, este derecho a la salud debería ejercerse desde el inicio de nuestras vidas, incluyendo una la atención igualitaria que respete nuestras creencias y que acompañe la salud materno- infantil para promover en estos años claves la salud de la madre y del niño. Prever el daño y/o la enfermedad posible de nuestros hijos implicaría tanto el acceso igualitario a programas de salud reproductiva amplios, interculturales, que no excluyan el acceso a cuidados y test genéticos preventivos necesarios, entre otros.

También éste derecho, aplicado a nuestros padres y al problema del creciente envejecimiento de la población, debería incluir el desarrollo hospitalario de equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos, tanto por la necesidades sico sociales de apoyo, como por sus necesidades físicas de acompañantes terapéuticos y personal especializado en enfermedades crónicas; para evitar el dolor, controlarlo, y acceder a los medicamentos y tratamientos esenciales de bajos costos.

En consecuencia, deberíamos pensar también el fomento de la investigación y producción de medicamentos para nuestras enfermedades endémicas en las Universidades y laboratorios locales (Ej. Ley de Cannabis para fines medicinales, aprobada pero sin financiamiento actual); impulsando leyes públicas de propiedad intelectual que protejan el acceso a medicamentos esenciales y promuevan el baja de costos de medicamentos. La brecha 10/90, reconocida en investigación por la misma OMS, ya ha mostrado la necesidad imperiosa de atender nuestras prioridades en salud, y no sólo el mercado.⁷

Por otra parte, no debemos olvidar el grave problema de cuidados de ancianos sin familia en una sociedad donde la longevidad –como he mencionada anteriormente- va en

⁷ Como ya es bien sabido, apenas el 10% de los recursos mundiales destinados a investigación en salud se dedica a las enfermedades responsables del 90% de la carga mundial de morbilidad. Esta situación preocupante se conoce como la brecha 10/90, y afortunadamente captó la atención de un amplio abanico de organizaciones, lo que condujo a la creación del Foro Mundial sobre Investigaciones Sanitarias, una fundación internacional en activo desde enero de 1998. El propósito fundamental del Foro Mundial es contribuir a corregir la brecha 10/90. En este sentido, su trabajo se orienta a fomentar que las iniciativas de investigación se centren en las enfermedades que representan la mayor carga mundial de morbilidad, a mejorar la asignación de los fondos de investigación y a facilitar la cooperación entre asociados de ambos sectores, público y privado. Véase <http://www.who.int/macrohealth/newsletter/11/es/2004>

aumento; al mismo tiempo que aumentan los problemas de obesidad, drogadicción, embarazos precoces, violencia, entre otros problemas de salud en los que inciden los determinantes sico sociales. Tampoco debemos olvidar que existe una gran deuda social con el grupo de personas con capacidades diversas ante la falta de aplicación coherente e integral del enfoque social (Convención Social de la ONU), a pesar de ser incorporado en nuestra legislación. Y no debemos dejar de reconocer el doble estándar que existe en el acceso a tecnologías de puntas o drogas experimentales (test genéticos, test prenatales, fertilización asistida, trasplantes, drogas experimentales para el cáncer, entre otros).

Ahora bien, todos los anteriores problemas de salud pública no se solucionan si no atacamos el problema de fondo: la desigualdad de ingresos y las consiguientes diferencias sociales. En síntesis, debemos elegir entre reforzar las diferencias generadas por las desigualdades sociales; o elegir respetar el derecho a la salud, presente en nuestra Constitución, a través de un sistema público cooperativo. “Poder decidir libremente supone la satisfacción de las necesidades y el desarrollo de capacidades sociales” Queda claro que a través de las HCE o el racionamiento no se podrán superar las asimetrías de poder en salud, las asimetrías de información en salud, las asimetrías sociales que inciden en la misma salud pública (de Ortúzar, 2016).

¿Por qué es prioritario, entonces, evaluar los determinantes sociales de la salud? Desde laOMS se estableció una Comisión de Determinantes Sociales (2009). En la misma Wilkinson y Marmot mostraron cómo en una sociedad no igualitaria la desigualdad social impacta en la salud de la población, produciendo un mayor estrés y enfermedades sico sociales derivadas de la desigualdad relativa.⁸ En la sociedad actual el determinante central de la salud es el factor sico social, el cual se genera a partir de la *diferencia de estatus* en sociedades disfuncionales, no igualitarias (Wilkinson y Pickett, 2009). Dichas diferencias producen estrés crónico y desencadenan una serie de “enfermedades”: nuevas fobias, ansiedad, violencia, drogadicción, alcoholismo, depresiones, suicidios, embarazos precoces, entre otras. Estas exigen el urgente estudio de cómo las desigualdades sociales

⁸ Al parecer este enfoque data del Informe Lalonde de 1974 en Canadá; continuada por Salud para todos en el año 2000; Salud Siglo 21 con estrategias multisectoriales con perspectiva física, económica, social, cultural, de género, que aseguren la evaluación del impacto en salud.

(especialmente las desigualdades relativas) impactan en la salud sico social de las poblaciones, generando la destrucción de las relaciones sociales tan necesarias para la vida.⁹

Si reducimos la atención de la salud a sólo al acceso hospitalario o al tratamiento médico farmacológico (Wilkinson- Marmot, 2006) de éstas numerosas enfermedades -actualmente indexadas (*diseases mongering*)-, estamos equivocando el camino para alcanzar el bienestar de nuestras poblaciones. En otras palabras, las diferencias nos dañan, y son tan relevantes que se meten bajo nuestra piel, y pueden llegar a modificar nuestros propios genes (epigenética). Por lo tanto, la evaluación temprana de las mismas y la acción preventiva en el entorno social es clave para la salud del individuo y de la población.

Por lo tanto, se reclama *una concepción amplia y sustantiva de salud y bienestar emocional* que proteja *los vínculos sociales fuertes* afechados por las desigualdades y el predominio del egoísmo individualista como único *leitmotiv* de la sociedad consumista. El hombre necesita de la cooperación; de la reciprocidad; del afecto; del apego; de las relaciones sociales fuertes. Los recursos materiales no son el único capital; también lo son el conocimiento, las amistades y el apoyo social, los cuales pueden considerarse formas de capital socialmente valiosas¹⁰. La salud es un concepto relacional y complejo (Breihl, 2013, pp.13-27), y no puede reducirse a lo individual.

Para diseñar políticas públicas en salud debemos comenzar por estudiar los condicionantes de la salud (determinantes sociales). Esta visión propone un abordaje complejo, histórico, intercultural y geográfico de justicia en salud para transformar los modos de vida y organización social, las relaciones sociales, la salud colectiva, familiar e individual. Por lo tanto, la salud colectiva conlleva la protección del medio ambiente, del conocimiento y del saber ancestral, como así también la protección de las futuras generaciones; integrando lo social y lo natural bajo una misma concepción dinámica de salud que no puede dejar de respetar la armonía con el medio ambiente.

⁹ Aquí no se trata sólo –como en la pobreza absoluta- de nuestras obligaciones morales de satisfacer necesidades básicas (alimento, abrigo, entre otras); sino del problema mayor de cómo transformar sociedades no igualitarias, disfuncionales; debido a que éstas imponen relaciones jerárquicas, de humillación y opresión por diferencias (género, etnia/raza, clase social, diversidad); destruyendo las relaciones sociales fuertes, la confianza y la cooperación tan importantes para la salud (determinantes sico sociales).

En lo que respecta a las prioridades de salud en nuestras poblaciones, considero que es prioritario la *Evaluación del Impacto en Salud de los Determinantes Sociales* (EISDS) y el consiguiente reconocimiento de la responsabilidad del Estado en la misma. Los objetivos de la misma es proporcionar una herramienta para evaluar anticipadamente potenciales impactos (positivos y negativos) de programas interseccionales e interinstitucionales, como así también de prioridades en salud, teniendo en consideración la multiplicidad de factores que afectan a la salud de la población. Los valores éticos que subyacen a la misma son la equidad, la justicia social, el compromiso con el desarrollo sostenible, un enfoque interseccional (género, raza/etnia, clase social, diversidad sexual, edad) y participativo en salud para poder lograr una evaluación lo más integral posible de los impactos esperados.

Por ello, si hablamos de cobertura universal y equidad, no podemos vaciar a la misma de sentido, de su dimensión moral y ética; porque ésta exige que no existan diferencias injustas y evitables en la salud y el bienestar general de nuestra población; y, muy especialmente, exige proteger a los más vulnerables, es decir aquellas personas o grupos que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad por asimetría de poder.

Referencias

- Bacigalupe, A, EsnaolaS, Calderon C et al; la evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias; 2009. En: Gaceta Sanitaria, 2009,23, (1):62-66. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000100013&Ing=es.
- Breihl; J (2013); “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública colectiva”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, Supl. 1, 13-27.
- Daniels, N, “Individual differences and just health care”, en Murphy, et al, *Justice and Human genome Project*, California, 1994, p.117
- de Ortúzar, M. G (2017) “El desplazamiento del poder en salud... Hacia un nuevo horizonte”, *Astrolabio. Revista internacional de filosofía*, Año 2017 Núm. 20. ISSN 1699-7549. pp. 47-63 <http://www.ub.edu/astrolabio/>
- (2016); “Responsabilidad social vs. responsabilidad individual en salud”, *Revista de Bioética y Derecho*, ISSN 18865887, Barcelona, Nro. 36, pp 23-36; 2016 <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/issue/view/13-Doi:10.1344/rbd2016.36.15374>; <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n36/biblioteca2.pdf>* Artículo reimpresso por: *Revista Inmanencia. Revista del Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón HIGA*. <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/inmanencia-> ISSN: 2250-5423 Inmanencia 2016; 5(1):138-143 Indexada en el Portal de publicaciones científicas y técnicas (PPCT-conycet)
- (2015) ¿Equidad y gobernanza en salud?... Pensar lo Propio, *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, FLACSO, ISSN 0328-5634, Año 19, Nro 37-38; 2015 Revista indexada en SCIELO. <http://flacso.org.ar/wp-content/uploads/2016/03/Perspectivas-Bioeticas-37-38.pdf> <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n36/editorial.pdf>

- (2014) “Gobernanza y Gobernanza en salud: ¿Una nueva forma de privatizar el poder político?” *OXÍMORA Revista Internacional de Ética y Política No 5*, Otoño 2014, ISSN 2014-7708, p.p.63-86-<http://revistes.ub.edu/index.php/oximora/issue/view/1050>- Dialnet, RACO, Latindex, ISO<https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=22640>
- (2012)“Hacia la telemedicina en el MERCOSUR. Análisis ético comparativo de las normativas de Brasil y Argentina”, *Revista Salud.com*; vol.8 Nro.30; 2012; p.p.1-17, ISSN: 1698-7969. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=14656>.
- (2006).Análisis crítico del concepto de enfermedad como criterio de acceso a la atención de la salud:“naturalismo” vs “normativismo”. En *Revista latinoamericana de Filosofía*, Vol. XXXII Nro 1, Otoño 2006, Buenos Aires, ISSN 0325-0725, p.p.73-101
- De Vos, P; Malaise, G; De Ceukelaire, W; Perez, D; Lefèvre, P; Van der Stuyft; P; “Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización”, en *Medicina Social*, volumen 4, número 2, junio 2009, 127, Recuperado en: www.medicinasocial.info(Visitado 20/03/07)
- Engelhardt, T (1996) *The foundation of Bioethics*, New York, Oxford University Press.
- Evans, R, et al, (1996)¿*Por qué alguna gente está sana y otra no?*, Madrid, Díaz de Santos.
- Lalonde, M, (1974)*A new perspective on the health of Canadians: a working document*, Ottawa, Health and Welfare, Canada.
- Novoa; A, “La biomedicina se ha convertido en un enorme fracaso social y en un problema de salud pública”,29/11/2016.Recuperado en: <http://www.nogracias.eu/2016/11/27/la-biomedicina-se-ha-convertido-en-un-enorme-fracaso-social-y-en-un-problema-de-salud-publica-entrevista-a-abel-novoa/>(Visitado 20/03/17)
- Nozick, R (1974), *Anarchy, State and Utopia*, New York, Basic Books
- Nussbaum, M.(2007). *Las fronteras de la justicia*, Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Sherwin, S. (1992). *No longer patient. Feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Wilkinson,R, Marmot,M, (2005); *Social determinants of health*, Oxford, Oxford University Press
- Wilkinson, R, Pickett, K (2009), *Desigualdad: un análisis de la infelicidad colectiva*, Madrid, Turner Publicaciones, Noema.

Documentos:

- Banco Mundial (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en Salud*, Washington, p.5. Recuperado en <http://documents.worldbank.org/curated/en/259121468340250256/pdf/341290spanish.pdf>(Visitado 20/03/07)
- Informe Lalonde de 1974 en Canadá; -OMS, Documento de Consenso de Gotenburgo, 1999, <http://www.wuro.who.int/docuemt/PAE/Gothenburgpaper.pdf>
- OMS; Salud para todos en el año 2000;-OMS, Impacto en salud pública, 2007;-OMS; Comisión de Determinantes sociales, 2009; -OMS, Comisión Brecha 10/90 Recuperado en: <http://www.who.int/es/>
- Decreto 908/2016, Argentina.

RESUMEN GENERAL

Mesa Redonda

jornadasfilo.unlp@gmail.com

-**Título:** SALUD Y DESIGUALDAD: TENSIONES ENTRE LO INDIVIDUAL Y LO COLECTIVO

-**Área disciplinar:** ÉTICA Y ÉTICA APLICADA

-**Nombre del coordinador responsable, posición y pertenencia académica (breve CV):** Dra. María Graciela de Ortúzar, Investigadora Adjunta CIEFI-IdIHCS-CONICET; Directora de Proyecto I+D H766 “*Justicia, desigualdades sociales e igualdad en salud*”, 2016-2017; Profesora Adjunta Ordinaria de Ética, UNPA; Profesora Adjunta de Seminarios de Ética Aplicada, FAHCE, UNLP; Profesora Adjunta Ordinaria de Filosofía del Derecho; FCJS; UNLP.¹¹

-**Participantes:** Julieta Elgarte (IdIHCS-UNLP); Roxana Kreimer UNLP (Proyecto I+D H766); Jessica Kaufman UNT-UNLP (Proyecto I+D H766); Martín Daguerre (IdIHCS-UNLP); María Graciela de Ortúzar (IdIHCS-CONICET-UNLP-UNPA)

Resumen general

En la búsqueda de un modelo equitativo de promoción de la salud, y en la determinación de sus prioridades, es necesario tener en cuenta diversos aportes científicos sobre nuestra naturaleza y el modo en que nos vemos afectados por distintos entornos sociales, así como nuevos (y no tan nuevos) debates filosóficos acerca de la misma definición de salud, las relaciones entre responsabilidad individual y social, y entre las concepciones individuales de vida buena y las consideraciones de justicia que hacen a la estructura básica de la sociedad. Desde las ciencias, las investigaciones epidemiológicas nos enseñan cómo las desigualdades sociales se meten bajo la piel, afectando negativamente nuestra salud y poniendo en evidencia la importancia de las estructuras sociales en materia sanitaria, así como el desacople entre el tipo de entornos sociales en respuesta a los cuales adquirimos nuestras actuales características y los entornos que proporcionan las sociedades actuales. Desde la filosofía, el desafío pendiente es transformar – en consonancia con estos hallazgos- los mismos conceptos de salud, bienestar, responsabilidad, y justicia, sin perder de vista las desigualdades que surgen cuando desconocemos las diferencias de género, de diversidad cultural, de estatus social y de clase en la atención de la salud.

En este camino, *Julieta Elgarte*, argumenta que la promoción de la justicia económica – necesaria para reducir las desigualdades que impactan negativamente en nuestra salud- no es democráticamente sostenible si no va de la mano de la promoción de una concepción adecuada de la vida buena, centrada en bienes ecológicamente sostenibles y no posicionales -como el autodesarrollo y la consolidación de buenas relaciones sociales- antes que en el consumo creciente o la movilidad social ascendente. En segundo lugar, *Roxana Kreimer* justifica cómo un mayor desarrollo de la teoría de la mente por parte de las mujeres (Baron-Cohen, 2002; 2003), y su rol evolutivo como

¹¹Con licencia docente actual en la UNLP

principales responsables de la crianza de los hijos, las lleva a creer más que los hombres en fenómenos paranormales y en prácticas pseudocientíficas que ponen en riesgo su salud y la de las personas que están a su cargo. Contribuyendo al enfoque de género, *Jessica Kaufman* analiza las distintas concepciones del sufrimiento que pueden extraerse a partir de las narrativas de los feminismos de la periferia, así como las distintas situaciones de opresión que podrían vincularse con las mismas, los tipos de cuidados que se identifican en el marco de esa cultura y la posibilidad de acceso a los mismos. En cuarto lugar, *Martín Daguerre* muestra cómo una errónea concepción de nuestra naturaleza nos ha llevado a trabajar de manera individual sobre los efectos perjudiciales del desequilibrio adaptativo. La solución, sin embargo, pasa por lograr cambios político-culturales que nuevamente modifiquen el ambiente para volverlo similar a las condiciones en las que nuestras características resultaron adaptativas. Finalmente, *María Graciela de Ortúzar*, replantea la definición de salud y su vinculación con la atribución de la responsabilidad en salud, proponiendo superar las tensiones entre lo individual y lo colectivo, a través del esclarecimiento de concepto claves y nuevos criterios multidimensionales en la arena práctica de la atención de la salud; y desenmascarando el vaciamiento de sentido del derecho a la salud y la cobertura universal en las actuales reformas sanitarias. En términos generales, invitamos a debatir las tensiones entre lo social y lo individual en el campo de la salud, con el fin de esclarecer sendos problemas teóricos y prácticos, e incorporar una visión amplia e interdisciplinaria para la construcción de un modelo equitativo en salud.