

PERSPECTIVAS: IGUALDAD SOCIAL Y DERECHO
A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD
EL CAMINO POR ANDAR



Perspectivas: Igualdad social y derecho a la protección de la salud

El camino por andar

Inequidad en salud

Mientras que el concepto de igualdad hace referencia a una distribución de los recursos en partes iguales, la equidad no es solo distribuir igualitariamente sino dar prioridad a quienes se encuentran en la peor situación. El concepto de equidad en la asistencia sanitaria garantiza la conservación del principio de igualdad, al tiempo que reconoce las diversas necesidades sanitarias de los individuos. En este sentido, el acceso universal a los servicios de salud es un componente importante de una igualdad de oportunidades, pero no es suficiente para resolver la relación existente entre desigualdad y salud. Los criterios de equidad suponen la identificación de un nivel mínimo o básico de salud que no solo se ve afectada por la facilidad con la que se puede acceder a los servicios, sino también por la calidad de los servicios, la condición social del usuario y por las desigualdades subyacentes en la sociedad. Existirá equidad si todos los subgrupos sociales alcanzan ese umbral mínimo aunque existan diferencias entre ellos.

En contraste, la privación absoluta o relativa de algunos subgrupos sociales para participar en los beneficios de salud derivados de los progresos en nutrición, condiciones de vida, educación, asistencia sanitaria y salud pública subyace como factor causante de mala salud y, a su vez, la mala salud es causa de empobrecimiento. El círculo vicioso salta a la vista: la pobreza y la exclusión social se asocian a la falta de acceso a los servicios y a una mala medicina, lo que provoca daños a la salud que empobrecen aún más a las familias, y es un factor que acentúa el retraso en la búsqueda de los servicios y conlleva prácticas de riesgo como la automedicación o el uso de remedios de eficacia no demostrada.

En esto radica la importancia de explicar la salud más allá de la distribución de los productos y servicios directamente relacionados con ella e incorporar a los determinantes del bienestar de las personas, como la educación o las condiciones de trabajo, que si bien pueden analizarse en forma independiente, finalmente influyen poderosamente en la salud (Zúñiga, A., 2013). Es decir, entre las personas existen diferencias que participan en la definición de sus expectativas de bienes y las satisfacciones que se esperan para cuando se ejecuten los planes

usados por estos bienes. Estas pueden variar de acuerdo al género, la edad, el grupo social o el lugar de residencia, por mencionar algunos. Sin embargo, cuando estas diferencias representan condiciones de exclusión, nos encontramos en el ámbito de la inequidad y de la injusticia social, lo cual tiene fuertes implicaciones negativas en la salud de la población en un sentido amplio y por lo mismo en el desarrollo social y económico de los individuos y de las comunidades.

A su vez, el nivel de ingreso y la educación de los padres afectan la salud y nutrición de los hijos, constituyéndose en un mecanismo de transmisión intergeneracional de la pobreza. Existe un consenso bien establecido de que las deficiencias micronutrimientales y la presencia de desnutrición protéico – energética durante la primera infancia afecta de forma negativa el desempeño escolar y el desarrollo de las capacidades necesarias para insertarse en la etapa adulta en el mercado laboral y generar un ingreso que eleve a la persona por encima de la línea de pobreza, situación a la que se ha denominado como las trampas de la pobreza (Save the children, 2015). Más aun, en la pobreza extrema se generan las condiciones para que los niños y las niñas abandonen la escuela y se dediquen a trabajar en condiciones de explotación y, por lo mismo, de alta precariedad. Adicionalmente, estos niños tienen menos posibilidades de acceder a los beneficios de la salud pública, lo que los coloca en una situación de riesgo para enfermar, vivir con alguna discapacidad permanente relacionada con la enfermedad o morir. Pero las trampas de la pobreza también pueden ocurrir como consecuencia de enfermedades catastróficas, discapacidad y muertes prematuras, no solo por los gastos adicionales que generan sino porque cuando afectan a los proveedores del ingreso familiar, el hogar puede sumirse en un empobrecimiento agudo que posteriormente se transmite en forma intergeneracional. Definitivamente, ser pobre y enfermo es una tragedia individual, familiar y colectiva (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2014).

Desde esta perspectiva resulta evidente que la condición socio – económica de las personas hace la diferencia entre la vida y la muerte, la posibilidad de recuperación, y la disminución en la expectativa y calidad de vida. Por otra parte, sin salud no hay desarrollo completo, se pierde la posibilidad de alcanzar el máximo de potencialidades de la persona y se limita el progreso de la sociedad.

Al respecto, José Narro Robles en el prólogo al libro Justicia distributiva y salud de Paulette Dieterlen señala en forma enfática lo siguiente:

(...), sin buenos niveles de salud entre nuestra población es imposible hablar de igualdad. De hecho, las carencias colectivas en la materia

y las enormes brechas que se abren entre los sectores pudientes y los desheredados nos lastiman a todos y son fuente de inseguridad e inestabilidad. La desigualdad en salud es uno de los capítulos más dolorosos de la historia secular de la desigualdad en México.

Consideraciones sobre el Sistema de Salud

El sistema de salud en México se compone de instituciones verticalmente integradas y segmentadas entre sí, no es equitativo y funciona con deficiencias derivadas de su fragmentación, lo que impide una prestación de servicios sólida, justa y sostenible, pues cada una de las instituciones proveedoras organiza y presta servicios de salud distintos en calidad, costos y resultados principalmente en función del estatus laboral, el lugar en el que se vive y la capacidad económica. Sin embargo, la unificación del sistema y la calidad de los servicios son conceptos que requieren ser examinados con detenimiento. En lo relativo a la calidad, este concepto posee diferentes acepciones que varían de acuerdo con las ideologías y modelos económicos y políticos en las que se sustentan. La calidad no es neutral, siempre toma partido. Existen corrientes de pensamiento que la visualizan en un sentido empresarial como estrategia para la competitividad, también quien la entiende como parte sustantiva del derecho a la protección de la salud; así como para quienes la calidad significa hacer más efectiva y transparente la asignación del gasto público en salud. En este sentido, toda política de calidad debe indicar con claridad en dónde están puestas sus prioridades: promoción y prevención o curación, decisiones fundamentadas en las necesidades de salud de la población o en las exigencias del mercado, flexibilización y precarización del empleo del personal de salud o condiciones dignas de trabajo, más recursos sin racionalidad o asignar más recursos en caso de deficiencia acompañados de un uso racional de los mismos.

En una forma semejante, la cobertura universal en salud es un término ambiguo que adquiere diferentes connotaciones de acuerdo con los distintos intereses sociales, políticos y financieros. Algunos sostienen que puede lograrse a través de seguros obligatorios, ya sean sociales, privados o públicos, en diversas combinaciones, mediante la segmentación de la población, según su posición en el mercado laboral, el lugar donde vive y su capacidad adquisitiva. El financiamiento de la atención se realiza por particulares, empleadores y por el Estado en distintas proporciones. En esta posición, las intervenciones de salud cubiertas por el seguro se limitan a un catálogo de intervenciones de amplitud variable, por lo que, si un individuo requiere un servicio no

abierto por el seguro, solo podrá acceder a él vía pago de bolsillo o a través de otras fuentes de financiamiento. La magnitud del gasto de bolsillo dependerá de la capacidad del sistema público para prestar servicios y suministrar medicamentos, además de la contratación de planes complementarios de salud. En forma alternativa existe el modelo de un sistema de salud integrado con financiamiento estatal proveniente de los impuestos. En este sistema se tienen mejores condiciones para promover y poner en práctica acciones de salud pública, tales como educación para la salud, promoción, prevención y detección temprana de enfermedades. También es más propicio para el desarrollo e implementación de políticas públicas intersectoriales en las que es deseable transversalizar las acciones en salud (Laurell, C., 2012).

A fin de cuentas, estas divergencias decantan el debate hacia ciertas políticas y no hacia otras. En la construcción de políticas públicas en salud están presentes los valores e intereses de los tomadores de decisión y de las comunidades, así como la fortaleza o la debilidad del Estado social.

El gasto en salud en México como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) está por debajo del promedio latinoamericano (6.9%) y muy por debajo de lo que dedican a la salud países como Argentina (10%), Brasil (7.9%), Colombia (7.4%), Costa Rica (8.1%) y Uruguay (8.2%). En 2012, el gasto total en salud en México representó el 6.2% del PIB, entre los más bajos de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y muy por debajo de Estados Unidos de América (16.9% PIB), Países Bajos (11.8% PIB), Francia (11.6% PIB), y del promedio de los países integrantes (9.3% PIB). A pesar del incremento en la cobertura de salud para los pobres y los no asegurados, la participación pública en el financiamiento del cuidado de la salud en México (50%) es una de las más bajas entre los países de la OCDE, donde el promedio es de 72% y alrededor de la mitad de todo el gasto en salud en México es pagado directamente por los pacientes.

Más allá de estas cifras que de una u otra forma ubican a México dentro del concierto internacional, utilizar el PIB como el indicador más importante de las políticas de desarrollo produce distorsiones al momento de construir políticas destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas. Un incremento del PIB no traduce necesariamente que un alto porcentaje de la población será beneficiada con los frutos de la mejora continua de la economía. De hecho, centrar los esfuerzos en el crecimiento macroeconómico le resta atención al nivel de vida de los habitantes, principalmente de los más pobres, en temas como la salud

y la educación que no mejoran en forma directamente proporcional con el crecimiento económico. Las cifras del PIB son un promedio que ignora la distribución real de la renta y frecuentemente se utilizan para enmascarar desigualdades alarmantes al interior de las naciones (Nussbaum, C., 2012).

¿Qué hacer?

En su libro *La bioética en una sociedad liberal*, Max Charlesworth (1996) dice lo siguiente:

En cualquier sociedad económicamente desarrollada, el sistema sanitario se enfrenta a la necesidad de decidir (bien formal o bien informalmente) qué proporción de los recursos totales de la comunidad deben gastarse en la asistencia sanitaria; cómo se van a distribuir estos recursos; qué enfermedades, discapacidades y formas de tratamiento deben tener prioridad; qué miembros de la comunidad tienen que recibir consideración especial con respecto a sus necesidades sanitarias; y qué formas de tratamiento son las más eficaces en relación con el costo.

En otra parte del mismo texto continúa:

Pero la asignación de los recursos para la salud no solo es materia de racionamiento costo-beneficio eficaz, sino, por encima de todo, es un tema de justicia humana o equidad, en el que la prioridad es sopesar debidamente los intereses de cada una de las partes implicadas –pacientes, profesionales de la salud, comunidad en general. En una sociedad democrática la gente debería tener, dentro de lo posible, alternativas y opciones verdaderas en la asistencia sanitaria, así como un grado real de control sobre la utilización de los recursos en salud.

Se han reconocido tres principales enfoques orientados a la reducción de las inequidades en salud: 1) centrar los esfuerzos en la población más vulnerable; 2) reducir la brecha de salud mediante la mejora de la salud de los más vulnerables en relación con los de mejores condiciones de vida, y 3) reducir las inequidades sociales en toda la población. Desde nuestra perspectiva se requieren acciones tendientes a reducir las inequidades en salud en toda la población dando prioridad a los sectores más vulnerables de la sociedad.

Para ello es necesario enfatizar que es en el ámbito de las políticas públicas es donde se pueden lograr los beneficios que una inversión racional en salud genera para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza. Si bien la cobertura universal con calidad en salud representa un derecho de la ciudadanía, la protección efectiva del derecho a la salud de la población no es una condición que se dé en forma automática solo con acciones sanitarias específicas orientadas a la mejora del acceso y la calidad de los servicios. Para que el derecho a la salud sea efectivo, además de la inversión directa en promoción de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades con mayor trascendencia en la población, se debe garantizar la inversión en acciones que sin ser directamente sanitarias inciden con enorme fuerza en la salud y en el desarrollo social y económico de las poblaciones: acceso al agua potable, vialidad segura, mayor educación básica de las mujeres, información sobre prevención de enfermedades y protección del medio ambiente (Save the children, 2015). Es decir, el derecho a la salud se debe transversalizar en las políticas públicas intersectoriales.

Definitivamente, el concepto de equidad debe enriquecerse con los enfoques de derechos humanos, género, ciclo de vida e interculturalidad. En este marco, la perspectiva de género es indispensable para analizar las desigualdades imperantes en las sociedades y que se traducen en obstáculos para que las mujeres gocen de un acceso pleno a la salud y a la educación, lo que afecta su calidad de vida y les impide lograr la autonomía económica, así como la inserción plena al mercado laboral en condiciones de igualdad con los hombres en términos de reconocimiento, salarios, participación y acceso a las diferentes ocupaciones. Además, la ausencia de esta perspectiva invisibiliza las disímiles cargas de trabajo económicamente productivo y no remunerado que recaen sobre los hombros de las mujeres (trabajo doméstico, crianza de los hijos, cuidado de los adultos mayores y enfermos) e impide comprender las diferencias entre hombres y mujeres como agentes económicos y como sujetos de las políticas públicas. Estas consideraciones adquieren particular importancia en el caso de las mujeres que, además de cumplir la doble jornada en los ámbitos de trabajo público y privado, remunerado y no remunerado, son las cabezas de familia. En México, de acuerdo con cifras obtenidas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), una cuarta parte de los hogares mexicanos están encabezados por una mujer. Además, existen situaciones como la violencia de género perpetrada en contra de las niñas y las mujeres y el embarazo en adolescentes que si no se atienden pueden sumir a varias generaciones en la marginación.

Es claro que el tema de la inequidad de género no es una mera cuestión de la mujer, es un asunto de justicia social. La inversión en

salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos, es un elemento crucial para abatir la desigualdad en salud, mejorar la escolaridad poblacional y reducir la pobreza, con impactos positivos evidentes en la salud en forma integral y en el acceso de las mujeres a oportunidades de desarrollo (Comisión en Macroeconomics and Health, 2001). Sin embargo, es necesario reconocer que sobre las relaciones desiguales que afectan a las mujeres actúa una compleja red de factores sociales, culturales y económicos determinados por un modo de producción impulsado por la acumulación de capital en lugar de por una distribución de la riqueza que tenga por objetivo satisfacer ampliamente las necesidades de las personas.

Por otra parte, el país se encuentra en plena transformación demográfica y epidemiológica con un gran contingente de personas en transición hacia la vejez y con una prevalencia alarmante de obesidad, diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles para lo cual el sistema de salud de México no se encuentra preparado. Una debilidad del sistema a resolver es su incapacidad para advertir prioridades y generar las respuestas apropiadas para su atención (Banco Interamericano de Desarrollo, 1998).

La concentración del ingreso en los adultos económicamente productivos en detrimento de los niños y los adultos de 65 o más años de edad (los dos grupos etarios que constituyen el núcleo más sensible de los regímenes de bienestar y particularmente de los sistemas de seguridad social), es una expresión de las persistentes inequidades entre grupos de población en el acceso al bienestar y, por lo tanto, en el ejercicio de sus derechos, particularmente, de sus derechos económicos, sociales y culturales, de los que el derecho a la protección de la salud es un destacado integrante.

Otra de las expresiones o manifestaciones de inequidad se refiere a la condición étnica de los ciudadanos con relación a la incidencia de la pobreza, lo cual exhibe un panorama variopinto con relación a las brechas entre indígenas y afrodescendientes, por una parte, y el resto de la población, por otra, frecuentemente con considerables asimetrías en perjuicio de los primeros.

Es en el acceso igualitario a la salud, la educación y el trabajo donde se libra la lucha contra la discriminación y la pobreza y a favor de la ampliación de la ciudadanía, por lo que constituye un elemento crucial para avanzar hacia la igualdad (Save the children, 2015). Dentro de las políticas sociales son particularmente importantes las de protección social que además de prevenir los embarazos en adolescentes, alejen a los niños y jóvenes de la violencia y de la adicción a drogas e impidan el abandono escolar por la necesidad de trabajar para contribuir con

el ingreso familiar. Además, se debe contar con mecanismos que mitiguen el impacto de las situaciones adversas en la población pobre o en riesgo de empobrecerse. El desarrollo económico y social determina fuertemente la salud de la población, por lo que la inversión y el acceso efectivo a la protección social en salud deben ser adecuados para contribuir a abatir los rezagos existentes. Es decir, tan importante es el incremento del gasto social y del gasto en salud como una adecuada asignación de los recursos a las intervenciones que sean más costo – efectivas; es decir, eliminar el derroche generado por prácticas inútiles o riesgosas por aquellas que generen el mayor beneficio a la población en términos de calidad de vida. Además, es imperioso reorientar el gasto desde un modelo curativo rebasado hacia un modelo que privilegie la promoción y la protección de la salud, es decir, orientar los esfuerzos hacia los postulados de la Atención Primaria de la Salud como estrategia sanitaria para lograr el bienestar humano y un desarrollo social y económico sostenido.

En México, a partir de la reforma constitucional en materia de derechos humanos del 10 de junio de 2011, hemos pasado del derecho a la protección de la salud a la protección del derecho a la salud para toda la población mexicana. Sabemos bien que no es suficiente con declarar un derecho para asegurar su protección. Sólo es posible la realización de los mismos si existen las condiciones económicas, sociales, culturales y políticas que permitan a la persona conocerlos y saber cuáles son los caminos e instrumentos para hacerlos efectivos, así como los mecanismos disponibles de protección de derechos humanos cuando estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o por un prestador de servicios en el ámbito privado o social.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico tiene como objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de servicios de salud de carácter público, privado y social, a través de mecanismos alternativos de solución de controversias (Secretaría de Salud, 1996). Dicha atención se ha presentado como un conjunto de metodologías e instrumentos que buscan introducir un nuevo tipo de justicia y democracia que sustituya la igualdad formal por la real, basada en el respeto y la solidaridad como elementos fundamentales para la construcción de un orden justo legítimo y pluralista. Además, surgen como respuesta al burocratismo, la desigualdad y la opacidad características en la administración de justicia ordinaria, a través de procesos flexibles, rápidos, transparentes y de menores costos que los judiciales. En este sentido, es un imperativo que la CONAMED se inserte en la atención

de los problemas derivados de la desigualdad social, eliminando de su proceder todas las interferencias del poder en la justicia y las desviaciones que puedan reproducir las desigualdades sociales existentes: la pretensión de ser un árbitro imparcial en presencia de dos partes totalmente asimétricas en conocimiento médico, escolaridad y grupo social, es muy vulnerable desde la perspectiva de una equitativa igualdad de oportunidades. Es importante cuidar que los procedimientos que lleva a cabo la Comisión no se transformen en prácticas burocráticas o dilatorias que favorecerán el abandono de estos mecanismos y, en consecuencia, restringirán el acceso a la justicia a los excluidos del sistema formal. En ausencia de capacidad coercitiva, con una articulación deficiente con las demás instancias del poder judicial y de derechos humanos e insuficiencia de recursos, las instancias proveedoras de mecanismos alternativos de solución de controversias se ven limitadas frente al poder de otras instancias para quedar finalmente anquilosadas en el tiempo (García, R. 2002).

Al cumplirse 20 años de su creación, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico se ha consolidado como la instancia más cercana a la población usuaria de los servicios de atención médica para obtener una explicación y, en su caso, una reparación del daño ocasionado por una mala práctica, puesto que opera con base en un modelo que implica un fuerte incentivo para el proveedor de servicios que busca evitar que la controversia trascienda a la vía jurisdiccional. Sin embargo, la CONAMED requiere ser fortalecida a fin de favorecer la solución eficiente de los conflictos en beneficio de ambas partes.

Por lo anterior, resulta pertinente incorporar en la Ley General de Salud, como materia de salubridad general, la atención de los conflictos derivados del acto médico mediante mecanismos alternativos de solución de controversias. Para ello se encuentra en este momento en discusión por parte del Congreso de la Unión una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud, con el propósito de dotar a la CONAMED de facultades de autoridad para que promueva y proteja los derechos de los usuarios de los servicios de atención médica y colabore con los proveedores de los servicios para que su labor se apegue a los principios éticos de la profesión médica y al respeto de los derechos humanos de los pacientes.

Con las nuevas facultades que, de aprobarse la reforma, se le otorguen a la CONAMED, los usuarios de los servicios de atención médica encontrarán una alternativa eficaz para resolver los posibles conflictos derivados del acto médico que por la vía de los procesos jurisdiccionales resultarían largos y costosos para ambas partes.

La iniciativa de reforma en discusión tiene por objeto ampliar diversas atribuciones con las que actualmente cuenta la CONAMED,

con lo que podrá promover entre los integrantes del sistema de salud un trato respetuoso y equitativo para los usuarios y los proveedores de los servicios de atención médica, así como la difusión de información actualizada que les oriente y auxilie acerca del ejercicio de sus derechos humanos. Asimismo, faculta a la CONAMED para intervenir de oficio en asuntos de interés general que incidan en su ámbito de competencia, para lo cual podrá requerir la información y documentación que considere necesaria a los proveedores de servicios y realizar las investigaciones que correspondan.

Además de la impostergable democratización, transparencia, acceso y garantía de los derechos individuales y colectivos para todos los grupos sociales como demandas crecientes de la población hacia el poder judicial, es innegable que abrir la administración de justicia a la participación de la ciudadanía, principalmente de los grupos con mayor vulnerabilidad social, representa un avance respecto al acceso a la justicia y a la creación de una cultura ciudadana frente a la resolución de conflictos.

En este sentido, ningún cambio ocurrirá en el derecho a la protección de la salud sin la participación colectiva inteligente. Una transformación incluyente, sostenible y solidaria del sistema de salud solo se alcanzará cuando la comunidad conozca sus derechos y obligaciones: cuando exija al Estado el cumplimiento de ese derecho humano y su reparación en los casos en los que haya sido vulnerado, pero también cuando se asuma como una ciudadanía responsable con el cuidado de la salud personal, familiar y comunitaria. Frente a los postulados de la justicia social y el cumplimiento de los derechos humanos, no podemos ser indiferentes o neutrales, debemos necesariamente tomar partido. Antonio Gramsci (2011) fue categórico al exclamar lo siguiente:

Odio a los indiferentes. Creo que vivir significa tomar partido. No pueden existir quienes sean solamente hombres, extraños a la ciudad. Quien realmente vive no puede no ser ciudadano, no tomar partido. La indiferencia es apatía, es parasitismo, es cobardía, no es vida. Por eso odio a los indiferentes (...) La indiferencia opera con fuerza en la historia. Opera pasivamente, pero opera. Es inevitable, es lo que no se puede contar, es lo que altera los programas, lo que trastorna los planes mejor elaborados, es la materia bruta que se rebela contra la inteligencia y la estrangula. Vivo, soy partisano. Por eso odio a los que no toman partido, a los indiferentes.