

# Noción descriptiva y normativa de salud: Alcances en materia de derechos humanos

Adriana Elizabeth Mancilla Margalli

## Introducción

Una definición no es nunca una mera delimitación semántica, menos aun cuando lo controversial de los términos se corresponde con maneras distintas de entender el orden social. Tealdi (2008: 577) opina que en gran medida la bioética es “una batalla por los significados”. Y los diferendos con relación a los conceptos de salud y medicina están en la base de todas las discusiones bioéticas; de hecho, son determinantes en la manera de entender la bioética misma, de modo que el posicionamiento conceptual es definitorio respecto a toda la argumentación posterior, no sólo en términos epistemológicos, sino también políticos y jurídicos.

Existen dos maneras de pensar la salud: una descriptiva, la otra normativa. La descriptiva sigue al paradigma positivista, de construcción científica, entendiendo la salud en términos puramente biológicos, bajo el supuesto de que la ciencia es un abordaje neutral de la realidad; pensar la salud de manera descriptiva intenta preservar el concepto de ideologías que pudieran sesgar su significado, dificultar su comprensión y entorpecer su búsqueda en la práctica médica; de esta manera el concepto de salud es asép-

tico, no está comprometido con valores y se refiere tan sólo a lo que los datos de las ciencias biomédicas reportan. Bajo este enfoque se concibe la salud como ausencia de enfermedad, generándose un *modelo médico hegemónico*, según el cual los saberes y prácticas de la medicina científica son los únicos legitimados para la atención de la enfermedad (Ravenna, 2008: 404-405).

Por otro lado, la perspectiva normativista sostiene un concepto más social que biomédico de salud (Gherardi, 2008: 353), en el que importa menos la superación de la enfermedad que su prevención. Ello convierte en un tema de salud casi cualquier fenómeno social, desde los estilos de vida hasta los valores y cosmovisiones que les subyacen. Así, no es la atención médica lo que condiciona la salud, sino la mejora en las condiciones de vida. Con este enfoque sucede una desontologización de la salud: se le deja de entender como el modo de ser natural del humano y es considerada una construcción social, “una invención humana como otros bienes culturales que satisfacen nuestras necesidades y deseos” (Mainetti, 2008: 438) y que está ineludiblemente referida a valores, consideraciones de lo que es bueno y malo, deseable o indeseable.

Hay una pretensión universalista en la visión descriptiva, por la cual la noción de salud debería prescindir de las particularidades sociales y sostenerse sobre los datos aportados por la ciencia, oponiéndose así a la visión normativa, para la que el concepto de salud se ancla en los valores sociales, cambiantes según la época y el lugar. Si bien es legítima la pretensión de lo universal, el resultado suele ser empobrecedor para la vida moral. Pensar la salud sólo como una relación clínica, casi comercial, por la cual un sujeto compra a otro sus servicios para que le ayude restaurando sus funciones hasta volverlo normal, es caricaturizar la forma como efectivamente se vive lo sanitario en sociedad. Mucho antes de la relación clínica, las condiciones de salud están definidas por múltiples factores, como educación, alimentación, recreación, condiciones del entorno social y natural, relaciones interpersonales y, en general, el disfrute de los bienes sociales y el acceso a las oportunidades de desarrollo personal. Sabido es que tales bienes y oportunidades han sido distribuidos de acuerdo a factores como

el lugar y la familia en la que se nace, la clase social a la que se pertenece, el género y la raza, los talentos y méritos, entre otros criterios. Así pues, la salud no es sólo el objeto de trabajo de una clase profesional especializada, sino un asunto de distribución de recursos entre los integrantes de una sociedad, es decir, una cuestión de justicia.

Encuentro que son tres los aspectos que implican una confrontación de perspectivas y obligan a adoptar una postura cuando se aborda teóricamente el problema de la salud en vinculación con la justicia distributiva. A continuación, los enlisto y en cada apartado del texto doy cuenta de los rasgos más generales de cada disyuntiva, así como de la posición que adopto en el desarrollo de este trabajo:

- I. Concepto técnico o normativo de salud
- II. Control gremial o social de los asuntos relacionados con la salud
- III. Responsabilidad social o estatal respecto a la salud.

## Describir o normar lo saludable

Según Michel Foucault (2012), es característica del régimen de gubernamentalidad liberal erigido en el siglo XVIII considerar como naturales los fenómenos económicos, de forma tal que es posible desentrañar las leyes que los rigen, mas no modificarlas, porque sería lo mismo que actuar *contra naturam*. La población y los individuos que la componen siguen esa misma suerte: son vistos también como naturaleza, y se cree que pueden ser estudiados y manejados con base en la forma de ser que les corresponde. Foucault acuña así el concepto de biopolítica, para referirse a los mecanismos de poder que se emplean en el control de los procesos vitales de la población desde el surgimiento del liberalismo. Correlativamente a la biopolítica como manera de construirse el poder y la vida social, adquieren auge el conocimiento científico y el desarrollo tecnológico, los cuales, cuando adoptan como medio la medicina, sirven a la concreción de la biopolítica, a través de la cual el poder penetra hasta en los más recónditos espacios de la vida de las personas para normarla.

A decir de Miguel Kottow, la medicina científica opta por un modelo fisiológico y trae aparejada una perspectiva ontológica y de lenguaje bélico en la práctica médica, “erradicando enfermedades, combatiendo infecciones, extirpando tumores, mutilando el cuerpo, bombardeando células”, como si la salud fuese un estado prístino al cual retornar desde la enfermedad, cuando en verdad “ni se está en la salud ni se vuelve a ella” (2008: 568). Asimismo, retoma la distinción elaborada por Paul Ricoeur, quien en su texto *La naturaleza y la norma* (2017: 32-36), vislumbra en la dualidad lingüística una referencia a la complejidad del fenómeno del cuerpo humano: mientras la medicina científica se ocupa, trata y habla acerca del *cuerpo vivo*, la bioética mira hacia el *cuerpo vivido*, al que son intrínsecos los valores éticos subjetivos que provienen de relaciones sociales y convenciones. Y además de las dimensiones sociales de la salud y la enfermedad, Kottow (2008: 568) agrega la del individuo consigo mismo, pues para él “sólo hay enfermedad en tanto el afectado reconoce estar en un estado de desmedro orgánico que no le permite solventar su existencia y requiere ayuda externa para su remoción”. La medicina científicista ignora esta dimensión de la autonomía y la forma como desde el cuerpo vivido se experimentan las consecuencias ocasionadas en el modo y calidad de vida a partir de la enfermedad.

Resultado de esto, se crea un modelo que privilegia la atención médica como causa fundamental de la salud. Este modelo se ha tornado hegemónico, caracterizado por centrarse en las prácticas, saberes y teorías generados por la medicina científica, a la que se han supeditado otro tipo de conocimientos; así se identifica tanto por la ciencia como por el estado, como la única manera de atender la enfermedad, constituyéndose un monopolio radical de la medicina, en términos que ya han sido denunciados por Iván Illich en su *Némesis médica* (2006). Una expresión de este modelo es la medicina basada en evidencias, de amplio uso y aceptación. Se trata de un enfoque por el cual cada procedimiento es analizado a fondo y comparado con otros similares. Se emplean métodos científicos y estadísticos en la selección de los pacientes, el proceso de su estudio y la obtención de resultados, y sobre esta base se determina la superioridad de un método diagnóstico, de un pro-

cedimiento terapéutico o de un medicamento. La evidencia se ratifica mediante la repetición de las investigaciones en diferentes circunstancias y con los mismos resultados, y suele darse mayor peso a las conclusiones mediante técnicas estadísticas de meta-análisis, que resumen los resultados de diversos estudios en un único estimador ponderado. Posteriormente, los datos son publicados en libros y revistas que los exponen bajo tal rubro: medicina basada en evidencias (García, 2008: 563-564).

El pensamiento bioético latinoamericano, aunque con variadas y muy diversas expresiones, se muestra casi unánime en su rechazo al considerar que la salud es un término al que le basta una perspectiva biológica y científicista. Para los diferentes bioeticistas en los países del subcontinente, no existe una biología individual fuera del contexto social en que se analiza e incluso las necesidades más básicas como el alimento, el agua y la vivienda se satisfacen a través de expresiones y modalidades distintas en cada grupo humano. Las necesidades en salud son impactadas en mayor medida por lo social que por lo biológico, como se ve cuando se analizan grupos sociales y comunidades sometidas a similares rasgos económicos, culturales, biológicos y ambientales (Vidal, 2008: 521-522).

Además de oponer una perspectiva cultural de la salud al biologismo del modelo hegemónico, desde el pensamiento latinoamericano también se le ha increpado su individualismo, que hace abstracción de las relaciones sociales constitutivas de la persona; la ahistoricidad con lo cual no se consideran las circunstancias de tiempo, lugar y cultura en que suceden los fenómenos vitales vinculados con la salud; su mercantilismo, abocado a generar tratamientos y tecnologías, y con ellas ganancias económicas, más que a mejorar las condiciones de vida de las personas y los grupos sociales; su asimetría, que mantiene una relación paternalista y hasta autoritaria de la clase médica hacia los usuarios, sobre la base de mantenerlos excluidos del conocimiento médico. De tal manera que se ha considerado necesario “revertir las actuales pautas culturales que priorizan la renta y el uso de aparatología sofisticada antes que el mejoramiento de las condiciones socioculturales, preventivas y de bienestar, alejadas de la comercialización de la

salud", y mutarlas en una cultura "de cuerpos sanos en ciudadanos con disfrute pleno de los derechos humanos en su integridad e indivisibilidad" (Ravenna, 2008: 404-405).

De acuerdo con Mainetti (2008: 438), abandonar el paradigma positivista o biológico, de construcción científica ha significado el paso del *logos* al *ethos*, con lo cual se introduce la construcción de valores en las decisiones clínicas y sanitarias. Esto es contrario a la pretensión aséptica del concepto de salud que proponen autores como Norman Daniels (citado por Dieterlen, 2015: 67), para quien lo saludable debe delimitarse de acuerdo al "funcionamiento típico de una especie", en alusión a un pretendido canon sostenido en criterios biológicos de carácter universal sobre la forma de operar el cuerpo. Por el contrario, la bioética latinoamericana acepta una noción normativa de los conceptos de salud y enfermedad, y la inversión de su sentido tradicional, según el cual la salud equivale a algo natural y la enfermedad a lo contranatural. En el paradigma bioético y normativista, salud y enfermedad son definidos con referencia a valores y consideraciones de lo que es bueno y malo, deseable e indeseable; así, la salud es una invención humana como otros bienes culturales, en tanto la enfermedad es parte de la condición de los seres humanos (el hombre es por naturaleza un *homo infirmus*) en virtud de la cual toman conciencia de sus límites y dan sentido a sus acciones dirigidas a prevenir el sufrimiento, envejecimiento y muerte.

Debatir la incorporación de elementos valorativos en la noción de lo saludable y lo patológico, es decir, asumir una posición normativista, "es todo menos un ejercicio de ocio filosófico sin consecuencias sobre la realidad. La naturaleza de la medicina y la atención de la salud dependen de esos conceptos-valores fundamentales que determinan la objetividad científica, la operatividad técnica y la justificación moral de las prácticas clínicas y sanitarias" (Mainetti, 2008: 438). La bioética, al incorporar los elementos valorativos en el ámbito de la medicina y la atención a la salud, se independiza del orden médico paternalista e instala un nuevo orden en el que la salud es comprendida como calidad de vida y proceso cultural, y no como condición natural de la especie humana.

Entendida como campo normativo, la bioética latinoamericana está obligada a la discusión crítica de los términos (Tealdi, 2008: 577), y así la salud se replantea y deja de ser un mero concepto biomédico para constituirse en “un valor social fundamental [...] una especificación más del valor social mayor que es la justicia” (p. 559). Ocuparse de la salud deja de ser sólo atención a la enfermedad y significa también encargarse de la promoción, prevención y rehabilitación; en suma, incorporar como asunto central lo relativo a los estilos de vida, puesto que la presencia o ausencia de enfermedad es sólo una expresión resultante de cómo viven las personas y cómo se estructura la sociedad. Los factores sociales, económicos e históricos no son externos a la salud y ésta no es un estado; por el contrario, se trata de un proceso en el que aquellos factores son constituyentes o determinantes. La salud es entonces:

Un proceso de experiencia vivida por las personas en medio de una compleja tela de relaciones sociales que fluye históricamente según lógicas específicas y distintas en las diferentes sociedades y grupos, aunque con rasgos que son universales [...] y abarca las relaciones interpersonales, la relación de la persona con la sociedad y las relaciones con toda la comunidad biológica (Zoboli, 2008: 565-566).

Así, son dos elementos los que resaltan de una posición normativista en contra de una biologicista, científicista o técnica. Uno son los determinantes de la salud; el otro, los elementos valorativos o axiológicos involucrados en los procesos vitales mediados por la cultura en la que se encuentran insertos quienes los protagonizan. Ambos están implícitos en el asunto del control que se debe ejercer sobre las prácticas médicas y el desarrollo de las investigaciones biomédicas y biotecnológicas.

## Salud: Un asunto gremial o social

Los determinantes sociales incluyen todos aquellos aspectos de la vida y la organización social que impactan en el modo de estar de los cuerpos humanos y su estado de salud. Entre ellos se encuentran las formas y espacios de trabajo, las condiciones de la vivienda y los servicios públicos, el descanso, la alimentación, la recreación, la calidad del aire y del agua y del medioambiente en general. Su

incorporación al concepto de salud está sujeta a una discusión que determina, en última instancia, el alcance del derecho que tenemos a ella. Limitar la noción de salud a su aspecto biológico hace del derecho a la salud una prerrogativa para acceder a la prestación de servicios sanitarios. En cambio, pensar la salud no sólo en su dimensión biológica, sino también social y cultural, implica que se tiene derecho a algo mucho más abarcador y amplio que la sola prestación de servicios médicos.

Mientras los normativistas creen que sólo de esta manera se puede garantizar plenamente el derecho a la salud, los que abogan por un concepto técnico-científico consideran que lo normativo puede degenerar en ideología, como lo sugiere Daniels, o distraer las políticas públicas de la auténtica atención y satisfacción de las necesidades de servicios sanitarios (Prah, 2010: 101), con lo cual el derecho a la salud quedaría desprotegido. En el mismo sentido, mientras la OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, desde la óptica de Miguel Kottow (2008: 567) tratarla así es dejarla convertida en un concepto político, no atendido a cabalidad en los programas de acción pública; o bien, dar pie a la medicina predictiva y desiderativa; la cual, con base en ciertos criterios idiosincráticos de bienestar, se propone la modificación biológica de los organismos sin mediar enfermedad, disfunción o malformación. “Esta vía hace de las diferencias económicas diferencias biológicas, volviendo urgente repensar y redefinir los límites entre enfermedad y salud, y que ésta deje de ser ‘materia opinable’” (Kottow, 2008: 567).

La posición que se adopta en este trabajo trata de conciliar ambas perspectivas. Por un lado, sostener una noción de salud apegada a las aportaciones científicas es fundamental para preservar a los ciudadanos de ofertas pseudocientíficas y charlatanerías, y coincide con el espíritu de la Declaración de Helsinki, que conmina a ofrecer a las personas las terapias mejores y con mayor eficacia probada. Además, debe reconocerse que una definición formulada en términos técnicos y científicos favorece un tratamiento claro y preciso de los aspectos relativos a la salud. En cambio, cuando se amplía tanto que abarca todas las dimensiones

de la vida de una persona, si bien puede ganarse en comprensión, sensibilidad, contextualización, también puede perderse en eficacia, y las políticas públicas podrían ver diluido su impacto.

Por el otro, aislar la noción de salud de todos los demás aspectos que conforman los derechos económicos, culturales y sociales es abordar indebidamente un factor que sólo en acción con los otros puede adquirir sentido. Si una persona padece diabetes, por mencionar uno de los padecimientos con mayor prevalencia en la actualidad, es importante proveerle los medicamentos que permiten controlar los niveles de glucosa en la sangre, así como dar seguimiento al funcionamiento renal, de la vista y de la piel, para evitar en lo posible el deterioro de las funciones que le permitan llevar una vida de calidad. Sin embargo, sabiendo que enfrentar adecuadamente la diabetes demanda un particular estilo de vida, será necesario también que la persona se ejercite con regularidad, realice un trabajo que no demande excesivos esfuerzos, en sus ropas use determinado tipo de tejidos y evite otros, que el calzado también sea específico para personas en su condición, que su salario resulte suficientemente remunerador para enfrentar una eventual complicación de la enfermedad, que en prevención sus familiares más cercanos modifiquen también sus hábitos, que consuma una dieta libre de azúcares y carbohidratos (para lo cual deberá no sólo tener los medios económicos que solventen una dieta distinta a lo común, sino también forjarse la templanza necesaria para evitar el consumo de productos dañinos que con tanta fuerza se promueven en nuestras sociedades); y así, podrían enumerarse otros muchos aspectos a tener en cuenta para que la salud del paciente está siendo procurada y preservada.

La provisión de medicinas y el seguimiento se quedan cortos si de la salud de un paciente diabético se trata, y por mucho que a nivel teórico y de análisis nos esforcemos por distinguir un núcleo conceptual de salud, libre de las complicaciones que entrañan los determinantes de la salud, en la compleja realidad vivir con un padecimiento crónico entraña toda una serie de relaciones con otros aspectos de la vida que no es conveniente obviar. El derecho humano a la salud, entendiéndolo que ésta incluye los determinan-

tes sociales y culturales, se torna de una complejidad desdibujada cuando se le mira desde un enfoque meramente técnico.

Así pues, los aspectos valorativos también deben formar parte de la noción de salud. Si como ha sostenido Illich (2006), la salud es “culturada”, en la consideración de lo saludable deben contenerse las experiencias y vivencias de quienes están involucrados en los procesos sanitarios, a los cuales no les hace suficiente justicia un concepto de salud en términos de *ausencia de enfermedad*. Lo cierto es que el sistema médico oficial se muestra poco dispuesto a atender las necesidades y demandas de la gente que no se planteen en términos médicos y esto impide actuar sobre las causas verdaderas de los problemas, al quedar anulado el sujeto en cuanto poseedor y conocedor de sus propias necesidades. Las capacidades narrativo-biográficas del enfermo, las que manifiestan su estructura social y personal quedan inmovilizadas (Álvarez, 2008: 27).

Tanto como lo biológico, la subjetividad y lo sociocultural son niveles explicativos de la enfermedad, y éstos dotan al fenómeno de sentido; excluirllos es posicionar la enfermedad en un “estatuto de extraterritorialidad respecto del sujeto, la sociedad y la historia” (Del Valle, 2008: 569). “En busca de eficiencia económica, la medicina administrada elabora esquemas y catálogos que transforman las enfermedades en episodios-tipo con respuestas terapéuticas normadas” (Kottow, 2008: 568). Y así, el concepto de enfermedad se subordina a consideraciones económicas y las prácticas médicas se norman por categorías nosológicas y no por las necesidades individuales de los pacientes. “Las enfermedades son clasificadas como catastróficas menos por su gravedad que por la carestía de los tratamientos”, recuerda en el mismo texto Kottow (2008: 568).

Proceder bajo el criterio económico de eficiencia —aunque tenga contenido ético, en la medida en que es un deber de justicia el empleo racional de los recursos sanitarios para el bien común— resulta en ocasiones contradictorio con respecto a la conducta humanista que debe ser consustancial a la atención de la salud. En el modelo cientificista de salud se privilegia la innovación tecnológica como signo de calidad y eficiencia, pero diferentes estudios y análisis han defendido que los servicios públicos pueden dar aten-

ción a la salud con sólo la tecnología más indispensable, haciendo de la medicina una actividad más justa y sostenible, en la cual resulte de mayor importancia el desarrollo de los recursos humanos que el de la tecnología por sí misma, cuyos límites los ha establecido más el mercado que el poder del estado (Acosta, 2008: 81).

Al ignorar los elementos subjetivos y sociales se corre el riesgo de naturalizar las relaciones no equitativas; con frecuencia la discriminación y estigmatización operan enfatizando selectivamente aspectos biológicos como causas de desigualdades padecidas, y se atribuyen las deficientes condiciones materiales de existencia a competencias inherentes a los pueblos, haciendo de lado el contexto histórico de despojo y dominación (Briones, 2008: 30). Y es que el modelo cientificista se articula con los sectores sociales dominantes y así adquiere protagonismo en los saberes y prácticas hegemónicas del poder. De esta manera, la medicina sirve al sistema de apropiación de la salud en términos de beneficio para unos pocos dominantes, en detrimento del bienestar de los muchos dominados, legitimando el control de aquellos sobre estos. Un ejemplo claro de ello son las llamadas “enfermedades de la pobreza”, que nunca han sido el centro de los paradigmas dominantes en salud, pues como lo indica su nombre, afectan casi exclusivamente a comunidades que viven en la marginación (Storino, 2008: 524) y su investigación interesa poco o nada a quienes tienen el poder económico para financiar los ensayos clínicos y la generación de medicamentos y tecnologías.

Por todo lo anterior, son indispensables los mecanismos de control social y político sobre los asuntos sanitarios, como lo propone Illich (2006), pues sólo encontrando la justa articulación entre el conocimiento biomédico y las condiciones sociales y culturales de las personas podría lograrse una aproximación más adecuada a la salud como ellas la necesitan y comprenden. Del sustento filosófico para estos mecanismos he tratado en otros espacios, por ahora baste mencionar las implicaciones de una participación crecientemente social en los asuntos relacionados con la salud.

## Salud: Responsabilidad o derecho

En la obra ya referida de Iván Illich, *Némesis médica*, el autor denuncia el proceso de industrialización de la medicina: cómo pierde su carácter convivencial cuando las personas no son capaces de concebir una manera de estar sanos, distinta al consumo de servicios y productos médicos, ofrecidos a costos crecientes según se van sofisticando por medio del desarrollo tecnológico, haciéndose inaccesibles para los menos favorecidos. Por eso Illich cree necesario que las personas se hagan cargo de sus propios mecanismos sanitarios, que tengan acceso al conocimiento de procedimientos de higiene y prevención fácilmente manejables y con ellos preserven la salud propia y la de sus cercanos, haciendo de la atención a la salud una tarea comunitaria, comprensible y accesible para todas las personas. En sociedades de alta complejidad como las contemporáneas, una tal organización se antoja irrealizable y, no obstante, Foucault denuncia que, a fuerza de penetrar en la vida privada de las personas para normarlas, la medicina genera una ética privada de la buena salud y logra el control colectivo de la higiene. ¿Corresponden esta normatividad y este control a lo que Illich apunta como manejo social de los instrumentos y saberes médicos? Difícilmente podría pensarse así; sin embargo, en las sociedades contemporáneas se ha encontrado en la medicina preventiva la forma más eficiente de llevar y preservar la salud a millones de personas, involucrándolas en el conocimiento y manejo de hábitos que eventualmente convergen en la prolongación de su tiempo y calidad de vida.

Hay que recordar que no fue sino hasta el siglo XX que comenzó a existir la seguridad social, y que como resultado de las grandes transformaciones económicas, políticas y sociales las instituciones hospitalarias dejaron de ser auspiciadas por la beneficencia y los estados absorbieron los servicios de salud, ya no desde una perspectiva de caridad, sino como la obligación de brindar asistencia. Desde finales del siglo XIX se había desarrollado la teoría microbiana y surgido el modelo higienista que hacía énfasis en la importancia de corregir mediante medidas higiénicas las condiciones ambientales que inciden en la producción de la enfermedad. Es así como nace la salud pública, que con la prevención

convierte al hospital en algo más que un sitio de curación y da paso a la prestación de un servicio más integral (Ovalle, 2008: 254).

Oponer la medicina preventiva a la curativa trae a colación un dilema planteado desde la década de los ochenta por Geoffrey Rose, el que existe entre priorizar individuos enfermos o poblaciones enfermas. La atención al paciente ha sido desde siempre el objetivo de la medicina; la atención a la población es el propósito de las modernas políticas de salud. Mientras la detección y atención de algunos casos de padecimientos puede resultar de un costo desmedido y beneficiar apenas a unos cuantos; el segundo enfoque intenta remover los factores que afectan a la comunidad en su totalidad (Sonis, 2008: 69). Bajo el aserto de que es más efectivo y económico prevenir las enfermedades de toda la población que curar o tratar las de algunos individuos, los modelos de medicina preventiva se vuelven cada vez más relevantes.

Resulta interesante detenerse en la crítica que merece esta tendencia. Hay quienes señalan que, si bien es necesario pensar la salud en términos de una política pública, este auge creciente de la medicina preventiva puede resultar en un mecanismo por el cual el estado se desentienda de su deber de proveer atención médica a los ciudadanos, de manera que, en vez de realizar el ideal de cobertura universal, se estarían destinando menos recursos a los servicios públicos de salud, desatendiendo a quienes tienen un padecimiento o discapacidad actual y no lo pueden solventar con sus propios medios:

To a great extent, individual prevention in health becomes a commodity when public health relinquishes its traditional agenda of keeping disease away from populations. As prevention moves away from inspiring public action and nestles in the realm of individual health care, it ceases to be a safeguard for collective health. Self-care is monitored by physicians as part of the clinical encounter, hastily being absorbed by indications for early onset therapeutics. This trend, though not universal, is gaining momentum and influence, tending to reduce public health funds, and slowing the pace of societies and institutions intent on providing universal medical services (Kottow, 2012: 40).

Aún más, la medicina preventiva opera un remplazo del compromiso gubernamental con la salud pública hacia una medicina privada orientada al mercado, y este movimiento tiene motivación económica antes que ética. Individuos sanos son evaluados para detectar rasgos de predisposición a padecimientos, y así se les recluta como consumidores permanentes de productos sanitarios, generando además una responsabilidad individual por su estado de salud, en detrimento del derecho cuyo cumplimiento, como ciudadano, debería poder exigir al estado (Saldaña y Sánchez, 2018: 78). Hemos asistido desde finales de la década de los ochentas del siglo pasado al uso de políticas neoliberales por parte de muchos estados latinoamericanos dirigidas a cumplir la meta de la OMS de alcanzar para todos los pueblos el más alto nivel de salud, disminuyendo la intervención del estado a expensas del crecimiento del sector privado, de modo que las necesidades de salud de los individuos se tornaron económicamente rentables para las élites empresariales (Ovalle, 2008: 255).

Kottow (2012) se propone, desde la crítica a la fuerte prevalencia de la medicina preventiva, señalar que la enfermedad es un estado de necesidad inmediata y a quien la sufre difícilmente preocupará el impacto económico de la atención sanitaria en comparación con la prevención, y añade que la más originaria filosofía de la medicina demanda que la exigencia moral de tratamiento médico inmediato triunfe sobre consideraciones económicas y provea la atención médica requerida al momento, incluso si para ello han de extraerse recursos de los programas públicos de prevención. Además, la cuestión de si la prevención es preferible a las cargas de los tratamientos curativos no goza de una respuesta afirmativa incontrovertible, como suele creerse. Insuficiente información, un mal asesoramiento, una exagerada percepción de riesgo podría desencadenar costosas estrategias preventivas que en principio podrían haberse evitado (Kottow, 2012: 40-41).

Siendo hoy la prevención la meta más importante de las políticas públicas de salud, y dado que los objetivos de riesgo epidemiológico conducen a atender los determinantes socioeconómicos de la salud, estos riesgos se internalizan y las acciones colectivas de prevención se transforman en responsabilidades individuales

sobre el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad. Ante esto, Kottow se pregunta: “¿Cómo puede una predisposición ser un indicador confiable respecto a un padecimiento futuro si circunstancias externas indeterminadas influirán sobre su futuro desarrollo?” Porque (de nuevo el debate sobre la extensión del concepto) la salud no es una condición natural ni una circunstancia *normal*:

Rather than converging on a reduced dispersion of acceptable values, health is to be understood as a range of organic states that vary according to aging processes, sexual preferences, individual idiosyncrasies, social and environmental externalities, that should not lightly be labeled as deviant or pathological (Kottow, 2012: 73).

Por ello disiente de la definición de la OMS: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social”, y considera mejor que en todo caso la salud pública permanezca fiel al sentido común y considere la salud como ausencia de enfermedad, rechazando todas las “definiciones holísticas”.

Con todos sus problemas, la prevención puede ser aún peor cuando deriva en precaución, dice Kottow, y un ejemplo que le permite mostrar este dicho es lo ocurrido en 2009, cuando la OMS fue *obstinadamente* malinformada y conminada a anunciar una pandemia del virus H1N1, conduciendo a un buen número de naciones a comprar vacunas en grandes cantidades, las cuales finalmente no fueron usadas. Tal fue el resultado de actuar bajo incertidumbre: “Following a much discussed tendency to replace prevention based on solid knowledge, with the so-called principle of precaution” (Kottow, 2012: 74). Como principio y estrategia de salud, la precaución ha sido definida de variadas y contradictorias maneras: por un lado, algunos opinan que su esencia consiste en que ninguna acción debería ser llevada a cabo cuando existe incertidumbre científica sobre su posible impacto; por el contrario, otros sostienen que cuando una actividad comporte amenaza de daño a la salud humana o al ambiente, deben tomarse medidas precautorias, incluso si las relaciones causa-efecto no están totalmente establecidas desde un punto de vista científico. En realidad, afirma este autor, más que un principio ético la precaución aparece como

una estratégica negociación de intereses, en la que las partes más fuertes usualmente apuntalan decisiones que no favorecen el bien común; se trata de un pobre sustituto de programas de prevención, los cuales al menos deben estar sólidamente asentados en conocimiento científico y técnico. Cuando se prevén serios riesgos o daños, una actitud precautoria debería seguirse sí y sólo sí se puede evitar un daño actual o amenazas inminentes; en otras palabras, la precaución no debería emplearse de más e irresponsablemente y debe mediar entre la aceptación del progreso con consecuencias poco conocidas y la adopción de posturas tecnofóbicas inflexibles (Kottow, 2012: 74-75).

Kottow encuentra finalmente que una estrategia aún más cuestionable que la prevención y la precaución es la promoción de la salud. Mientras que, para ser efectivos los programas preventivos no pueden evitar recurrir a algún grado justificable de coerción, la promoción de la salud emplea métodos ostentosos y caros para seducir, alentar y manipular, ganando favor mediante apelaciones a la voluntad. Lo incierto de esta estrategia y la vaguedad de sus metas difícilmente pueden compararse con intervenciones efectivas de salud pública preventiva y, no obstante, la promoción ha sido considerada como una importante forma de prevención primaria.

El problema es que cuando los fondos públicos son limitados, no hay manera de justificar campañas promocionales quitando recursos a necesidades urgentes y desatendidas. La promoción busca modificar comportamientos individuales y estilos de vida, y no hay manera de evaluar hasta qué punto estas metas son alcanzadas. Los estilos de vida cambian, pero lo hacen lentamente y en un menor grado del que se esperaría, dificultando la evaluación sobre si estos cambios son debidos a las campañas de salud pública o si están más bien asociados a otras influencias sociales. Además, la promoción de la salud apela a la autonomía individual, sin tomar en cuenta el grado de empoderamiento que la gente tiene para ejercer su libertad de elección y acción. Promover el cambio de estilos de vida es inevitablemente discriminatorio, pues la gente necesita tener un superávit de empoderamiento y recursos para decidir mantenerse alejado de circunstancias de riesgo y optar por vidas más saludables. Peor aún, la promoción de la salud aborda la

complejidad de los factores externos de la salud, pero se enfoca en que los individuos se adapten, lo cual vulnera grandemente los valores y preferencias de la gente (Kottow, 2012: 76-77).

En suma, la promoción de la salud satisface una perspectiva liberal de política pública que deja libre al gobierno de responsabilidades mayores en materia de salud pública. Se espera que la promoción de la salud evolucione del poder *sobre los individuos* al poder *con los individuos*, lo cual es una aspiración adecuada para sociedades desarrolladas, donde una mayoría es capaz y autónoma para sostener un diálogo de poder, pero es menos convincente para poblaciones donde el capital social es bajo, la participación política escasa y el ascenso en la movilidad social difícil. Una política de salud liberal, basada en acciones de promoción, además de no contar con suficiente evidencia, parece inapropiada para naciones que enfrentan insuficiencia presupuestaria para cubrir los más básicos problemas de salud. Como estrategia, la promoción de la salud está demasiado comprometida con procesos liberales orientados al mercado como para ser una inspiración ética confiable sobre la cual construir iniciativas de salud pública. No es justa, porque satisface a grupos sociales suficientemente prósperos, libres de restricciones y dependencia material, desde donde pueden contemplar opciones alternativas de estilos de vida y hábitos. Los efectos protectores de las campañas promocionales, si existen, llegan a aquellos suficientemente empoderados como para aceptar propuestas de autocuidado, agotando los recursos de programas que son necesarios para atender las privaciones sufridas por el creciente número de desprotegidos y no privilegiados.

Ante la disyuntiva de la responsabilidad del estado o de los individuos, con relación a la preservación de la salud, en este trabajo se asume una postura mediadora. Si el paradigma normativo o bioético ha de tener pertinencia y eficacia en el mundo de los hechos, será como vía de realización de la justicia social, por lo cual el acceso a la salud debe ser considerado, sin lugar a dudas, un derecho que los ciudadanos pueden hacer valer y exigir ante las instancias públicas. Por otro lado, reducir el derecho a la salud a la prestación de servicios sanitarios, ya se ha dicho, es no hacer justicia al proceso cultural en que consiste, con relación a los estados

biológicos de las personas, pero no circunscrita a ellos. En ese sentido, las estrategias de prevención, precaución y promoción de la salud no deben ser desdeñadas, sino al contrario, deben fomentarse y articularse con las necesidades y aspiraciones de la población a la que van dirigidas. Que se ponga al alcance de las personas el conocimiento de sus procesos vitales y las herramientas que la ciencia y la tecnología generan para un mejor manejo del nacer, enfermar, sanar, envejecer y morir es una manera de democratizar los procesos de salud y engranarlos con los factores sociales que contribuyen a ella; además, se reconoce la autonomía de las personas y se ponen condiciones para su ejercicio, en el mismo sentido en que Illich propone que la salud ha de entenderse en términos no de ausencia de padecimientos o decadencia, sino de libertad frente a esos procesos. Ante la premura de la enfermedad y el sufrimiento, el derecho a servicios sanitarios y tratamientos científicos y técnicos disponibles debe estar garantizado por el estado de forma absoluta; ante la posibilidad de prevenir la enfermedad y el sufrimiento mediante estilos de vida al alcance de las personas, insertos en sus procesos culturales; la prevención, precaución y promoción de la salud son formas del derecho a la salud que permiten un control social y la participación responsable de la ciudadanía en la configuración de lo sanitario.

## Conclusiones

Llegados a este punto, recapitulo sobre la noción de salud que aquí se adopta. Una concepción normativa en cuanto no se limita a referir condiciones biológicas de pretendida normalidad para la especie humana, sino que incorpora también las condiciones sociales y culturales que de igual manera contribuyen a la conformación de lo saludable de acuerdo a cada sociedad o grupo social, considerados en su historicidad, todo ello sin desdeñar el avance científico que en sus mejores estándares debe ser ofrecido a los ciudadanos que lo requieran para garantizar su derecho. Así, la salud y lo saludable deben estar sujetos a control político y social, buscándose mecanismos de diálogo y entendimiento entre los profesionales e investigadores de la salud; la población que recibe el impacto de sus prácticas,

hallazgos e invenciones, y los actores políticos que diseñan las políticas públicas en materia de salud. De igual manera, la población debe ser partícipe de las prácticas sanitarias e higiénicas que contribuyan a la mejora en la calidad de vida y la mayor duración de la misma, haciendo de las estrategias de prevención, precaución y promoción de la salud formas de cumplimiento estatal del derecho a la salud que tienen los ciudadanos, y no mecanismos de control para incorporarlos incautamente a procesos de consumo, menos aún para manipular su vida privada.

## Referencias

- Acosta, J. (2008). Atención integral de la salud. En: J. Tealdi, *Diccionario latinoamericano de bioética* (pp. 80-82). Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia.
- Álvarez, F. (2008). Contexto social. En: J. Tealdi, *Diccionario latinoamericano de bioética* (pp. 26-27). Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia.
- Briones, C. (2008). Aboriginalidad y nación. En: J. Tealdi, *Diccionario latinoamericano de bioética* (pp. 30-31). Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia.
- Del Valle, I. (2008). Experiencia de enfermedad y narración. En: J. Tealdi, *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia.
- Dieterlen, P. (2015). *Justicia distributiva y salud*. México: FCE.
- Foucault, M. (2012). *Nacimiento de la biopolítica*. Madrid: Akal.
- García, H. (2008). Enfermedades agudas. En: J. Tealdi, *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia.
- Gherardi, C. (2008). Progreso científico y desarrollo social. En: J. Tealdi, *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia.
- Illich, I. (2006). Némesis médica. En: *Obras reunidas I* (pp. 531-763). México: FCE.
- Kottow, M. (2008). Modos de enfermar y conceptos de enfermedad. En: J. Tealdi, *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia.

- Kottow, M. (2012). *From justice to protection. A proposal for public health bioethics*. Santiago de Chile: Springer.
- Mainetti, J. (2008). *Crisis de la razón médica*. En: J. Tealdi, *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia.
- Ovalle, C. (2008). *Los hospitales en América Latina en función de la moral pública*. En: J. Tealdi, *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia.
- Prah, J. (2010). *Health and social justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Ravenna, H. (2008). Acceso a la justicia e impunidad. En: J. Tealdi, *Diccionario latinoamericano de bioética* (pp.80-82). Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia.
- Ricoeur, P. (2017). *La naturaleza y la norma*. México: FCE.
- Saldaña, A. y Sánchez, C. (2018). Bioética en el contexto de la genómica poblacional y médica: patología e identidad en México. En: *Universidad y bio/ética*. México: Porrúa.
- Sonis, A. (2008). Atención individual y atención colectiva. En: J. Tealdi, *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia.
- Storino, R. (2008). Enfermedades de la pobreza. En: J. Tealdi, *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia.
- Tealdi, J. (2008). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia.
- Vidal, S. (2008). Necesidades en salud. En: J. Tealdi, *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia.
- Zoboli, E. (2008). Salud integral. En: J. Tealdi, *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia.