

La pérdida de “confianza en salud pública”: Un problema ético- social complejo.

Por Graciela De Ortuzar.

INTRODUCCIÓN- “La pérdida de confianza en salud”

La confianza es la base de las relaciones humanas; y, muy especialmente, de aquellas relaciones en donde uno deposita la vida misma, como lo es la relación planteada entre el profesional de la salud y el paciente. Le confiamos nuestra intimidad, privacidad, nuestros valores, nuestros miedos, nuestros dolores, nuestro cuerpo, nuestras necesidades. En el marco de fragilidad que se encuentra la mayoría de los pacientes del hospital público –fragilidad debida a la enfermedad, pero agravada por el contexto social-; depositar confianza en el profesional sanitario es un elemento esencial para alcanzar la etapa final de la recuperación de la salud (el “éxito” del tratamiento). Por ello, el quiebre de confianza entre los pacientes y los profesionales, y la pérdida de confianza general hacia el mismo sistema de salud, constituye un grave problema de salud pública que demanda un análisis profundo y urgente.

La citada ruptura de las relaciones de confianza (hacia el profesional y hacia el sistema) ha sido expresada, en la práctica sanitaria de nuestros hospitales públicos, bajo formas diferentes. Por lo general, se expresa a través de situaciones violentas (gritos de pacientes y familiares, agresiones psicológicas y físicas, amenazas hacia los profesionales sanitarios, destrucción de las instalaciones, robos, entre otros). Esto no es casual, debido a que la queja asentada en un libro hospitalario, o expresada en un trámite presentado ante un abogado, no sería propio de los sectores que acuden a los hospitales públicos. Se trata de un “grito de indignación” en el sistema sanitario. La gravedad del citado problema suscitó la atención de los comités de ética, las organizaciones de profesionales y los miembros de las instituciones de salud, quienes han intentado dar una solución rápida al mismo, sin analizar sus causas de fondo.

En términos generales, las respuestas teóricas han sido las siguientes: 1-la reducción del citado problema a un “problema de comunicación/información”; 2- la creencia de que el problema se soluciona educando al paciente (educación sobre sus derechos y obligaciones); y 3- la creencia de que el problema se cierra, en forma definitiva, solicitando más seguridad para los profesionales (presencia de fuerzas policiales en la institución). Estas respuestas son claramente insuficientes, debido a que no se han respetado los pasos necesarios para orientar la superación del conflicto, comenzando por la correcta identificación de las raíces del problema. La pérdida de confianza en salud no puede reducirse, como pretende hacerse, a un problema de “manejo de la información” o falta de educación del paciente sobre sus derechos y obligaciones (“consentimiento informado”, “reglamento de derechos y obligaciones”, “acceso a la información”, entre otros).

El problema de la falta de confianza en el sistema sanitario tampoco se soluciona, como se ha propuesto, exportando modelos sanitarios como el modelo de

“gobernanza en salud”¹. Dicho modelo se basa en la autonomía y en la responsabilidad individual del paciente en su salud, pero es producto de una realidad social y una historia que nos es ajena². *¿Puede extrapolarse el citado modelo a sociedades como la nuestra, donde los niveles de desigualdad se acrecientan, existiendo gran diversidad cultural e inequidad en la atención de la salud? ¿Constituye esta solución burocrática y estética la solución del problema?*

Para responder las diferentes preguntas planteadas, en el presente trabajo analizaremos el origen del problema de la desconfianza en salud; desde la historia de la lógica de sospecha (Epele, M; 2007 y 2010). Proponemos considerar el quiebre de confianza en salud como un problema complejo, debido a que su superación no se reduce sólo a “cambios estéticos/burocráticos” en las relaciones sanitarias, sino que exige cambios en el nivel macro de justicia distributiva (distribución de ingresos) y en la misma concepción de igualdad subyacente. Para su justificación nos detendremos a analizar el “enfoque de los determinantes sico-sociales de la salud” (Wilkinson, 2009); destacando su rol prioritario actual en políticas públicas sanitarias (prevención de nuevas enfermedades sicosociales). Mostraremos porqué la información no puede ser considerada aisladamente a los restantes factores estructurales (económicos y sociales); y porqué el problema de desconfianza en salud no puede reducirse a un problema administrativo, burocrático y educativo.

Nuestra hipótesis general se centra en afirmar que la “desconfianza en salud” es un problema ético-social complejo, generado por la desigualdad social, y las consiguientes desigualdades en salud, que no pueden ser abordadas desde el nivel hospitalario. Si queremos revertir la desconfianza general hacia y en el sistema de salud, no basta con realizar “cambios estéticos/burocráticos al modelo sanitario”. Se trata de generar igualdad social para fortalecer las “relaciones sociales”, debido a que la pérdida de las mismas provoca la desconfianza por diferencias de estatus, jerarquías, estigmatización e humillación social.³

I. El porqué de la desconfianza y la lógica de la sospecha en salud

El problema de desconfianza en salud nos plantea el desafío de rastrear sus raíces históricas, es decir los hechos o razones que hicieron de la desconfianza uno de

1 Estas respuestas “burocráticas”, que giran en torno a la autonomía, la confidencialidad y el manejo de la información, son extrapoladas de modelos sanitarios desarrollados, como el modelo de “gobernanza en salud” de Europa y Estados Unidos. Este modelo de “gobernanza en salud” se basa en corresponsabilizar al paciente en las decisiones de salud, priorizando la responsabilidad individual y no la responsabilidad social en salud pública. Al respecto véase Autor (2014, 2015 y 2016)

2 Sobre la historia del surgimiento del modelo de gobernanza, a partir de la crítica del Estado de Bienestar, (véase Autor (2015 y 2016)

3 En sociedades no igualitarias la desconfianza aumenta por las jerarquías. El médico se presente como un juez/ policía para las clases marginadas y estigmatizadas. Pero, ante la persona que no identificamos como un igual no desarrollamos empatía. Por el contrario, lo percibimos como un enemigo, una figura jerárquica que nos humilla, estigmatiza y daña.

los problemas principales en el sistema sanitario de la sociedad actual. En ese proceso es también necesario atender la “lógica de la sospecha”. Esta expresa *relaciones conflictivas* en el sistema de salud entre los profesionales y los enfermos, y muestra el carácter estigmatizador de los programas sanitarios (drogadicción, alcoholismo, salud mental, salud reproductiva, entre otros), que no sólo criminalizan al enfermo, sino que lo sancionan socialmente, promoviendo prácticas activas de estigmatización y expulsión en un contexto de desigualdad que los margina y reprime. En este sentido, la desconfianza responden a hechos históricos aberrantes y no a ficciones en el imaginario de los pacientes/las comunidades de países no desarrollados⁴.

Los estudios epidemiológicos actuales (Wilkinson, 2009) muestran que en sociedades no igualitarias, crece la desconfianza generalizada hacia el sistema de salud en razón a la *criminalización del paciente* (Ej. consumo de drogas, abortos, salud mental, entre otros). Nos referimos al paciente de sectores humildes y vulnerables, y no a cualquier paciente. Ante dicha práctica, los enfermos/necesitados no acuden a los centros de salud si no es ante riesgo de vida; porque saben que se los va a denunciar. Los médicos se convierten en “policías o jueces”, dejando de lado su deber prioritario de brindar atención igualitaria al paciente, y violando su secreto profesional. Más allá del tema de la confidencialidad, es importante reconocer el daño que se ocasiona a los mismos pacientes vulnerables (en este caso, daño psicológico por estigmatización; y, daño físico, por no atención apropiada a su salud). En este sentido, se viola el juramento hipocrático de no dañar y se abandona al paciente que necesita de su atención sanitaria igualitaria (derecho a la salud). Para ejemplificar estas afirmaciones, analizaremos dos casos paradigmáticos, actuales y acuciantes de la salud pública en Argentina.

I.1. “Aborto criminalizado “no punible” (¿?)”

En Argentina el aborto se encuentra penalizando -a excepción de riesgo de vida de la madre o en caso de violación-. Pero, aun en esos casos de abortos no punibles, las mujeres de sectores pobres que acuden a salitas u hospitales públicos son denunciadas, estigmatizadas, y criminalizadas por realizarse el aborto, o simplemente se ven impedidas de hacerlo. Si una mujer llega a un hospital público con complicaciones por un aborto, por ejemplo, hemorragias, puede terminar con una denuncia penal en su contra y la amenaza de ir presa. Poco importa si se trató de un aborto espontáneo, punible o no punible. La violación del secreto médico es una práctica recurrente (Alvarez y Deza, 2016).

Un caso paradigmático fue el de Marta, una mujer humilde quien acudió al Hospital Público, donde le diagnosticaron cáncer maxilar. Marta se encontraba en su primer semestre de embarazo, sin embargo se negaron a practicarle el aborto solicitado por ella para poder tratarse el cáncer, y murió. Los médicos del hospital no cumplieron con su deber, judicializando un caso que no era judicializable (el aborto

4 Por razones de espacio, no hemos desarrollado aquí el problema de la desconfianza en el nivel de investigación, el cual ha sido analizado en otra publicación (AUTOR, 2016)

estaba permitido por la ley), y postergando el tratamiento que era vital para atender la salud de Marta (violando su derecho a la salud).

Si pensamos en casos de abortos naturales, espontáneos, no podemos imaginar una judicialización de los mismos. Pero, en los sectores pobres, también en dichas situaciones son criminalizadas las mujeres humildes. Así lo demuestra una investigación sobre las causas iniciadas por aborto en los últimos 20 años en Tucumán, Argentina. El caso de Belén, la joven encarcelada desde hace más de dos años tras sufrir un aborto espontáneo, es parte de un patrón que refleja un acuerdo tácito entre el sistema de salud y el judicial, para criminalizar a las mujeres frente a la interrupción de un embarazo, aun cuando se trate de un hecho natural, que no configure un delito.⁵

De acuerdo a Alvarez y Deza, abogadas de Tucumán que analizaron las causas penales iniciadas por aborto en la jurisdicción que corresponde a la capital tucumana y sus alrededores entre 1992 y 2012 (605 casos), la atención sanitaria de urgencia:

“... aparece mediada por la posibilidad de la persecución penal, aun en los casos en que no se trata siquiera de una figura tipificada en la ley de fondo. El derecho a la salud de las mujeres se presenta como una cuestión de suerte, de buena voluntad del personal sanitario. El Estado no puede servirse de un hecho ilícito, como es la violación del secreto médico, para someter a investigación a una persona, sobre todo cuando recurre a un servicio de salud para salvar su vida o resguardar su salud” clandestinidad de esta práctica”,

Por lo tanto, a partir de la violación del secreto profesional – y consiguiente ruptura de la relación de confianza paciente-médico-, se procede a denunciar y penalizar a la paciente/víctima, maltratándola, negándole su derecho a la salud, discriminando y estigmatizando:

“La estigmatización de hallarse sometida a un proceso penal por un aborto, que ni siquiera termina en sobreseimiento, tiene consecuencias en diversas esferas para las mujeres, por ejemplo, no pueden obtener un certificado de buena conducta, o bien si piden un certificado de antecedentes penales/policiales en una solicitud de trabajo o de plan social, surgirá el registro de la causa penal por aborto”, indicó. Además, del

5 La propia corte provincial rechazó investigar a dos médicas de la Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes, que depende del gobierno de Tucumán, que llamaron a la policía para denunciar a una mujer pobre, identificada como María Magdalena, ante la sospecha de que se había provocado el aborto y dejaron ingresar a la madrugada a la sala de partos comunitaria –donde había parturientas y sus familiares– a dos uniformados para tomarle declaración mientras permanecía internada, acostada en una cama del hospital. Pero antes la sometieron a un interrogatorio cargado de maltrato y le practicaron un legrado sin anestesia, según denunció la paciente. El caso está ahora en la Corte Suprema de la Nación, que tiene en sus manos la oportunidad de dictar un fallo ejemplar para que las y los médicos dejen de atentar contra el derecho a la salud de las mujeres. Llama la atención las carátulas de muchas de las causas: aborto espontáneo (sic), aborto espontáneo, aborto natural, aborto incompleto, aborto en grado de tentativa. Ninguna de esas figuras son punibles

temor de terminar presas. O condenadas injusta y arbitrariamente, sin pruebas. Como Belén.”⁶

Pero aquí no podemos olvidar el problema de fondo. La confidencialidad se viola en el hospital público, donde acuden por su vida mujeres de sectores humildes, llevando a criminalizar y a estigmatizar a las mismas aun cuando no hay delito (muchos son abortos no punibles). Esta confidencialidad no se viola en las clínicas privadas, donde se practica el aborto a quienes puedan pagarlo. No obstante, si bien la ruptura de la confidencialidad lleva a la ruptura de la “confianza” en el sistema, queda claro que esta ruptura se produce por los *dobles estándares* practicados por los profesionales de acuerdo a los sectores e instituciones demandantes. El problema de fondo es mayor, *se trata de la negación del derecho igualitario a la atención de la salud para los sectores más vulnerables.*

Seguidamente plantearemos otro problema de criminalización, originado en los mismos programas estigmatizadores de atención del enfermo alcohólico y drogadicto en la salud pública argentina.

I.2 Drogadicción y alcoholismo criminalizados

Es importante resaltar que en el contexto social actual argentino, la situación de drogadicción se han agravado debido a la ausencia de presupuestos para Programas Preventivos contra la Drogadicción (Sedonar); el crecimiento del desempleo –y, con este, el crecimiento de alcoholismo, drogadicción y violencia–; la deserción escolar; la falta de recursos en salud pública y de personal capacitado; la creciente represión

6 Si se toman los expedientes abiertos en el período 2008-2012, un 95 por ciento corresponde a mujeres denunciadas por aborto propio y en las mismas se puede apreciar una falta de uniformidad para caratular los expedientes: aborto espontáneo, aborto natural, aborto incompleto, aborto en grado de tentativa. Ninguna de esas figuras constituye un delito. Otro hallazgo interesante fue una marcada diferencia de género en la distribución de las causas. Del total de 76 causas iniciadas por aborto entre 2008 y 2012, 70 corresponden a la figura de aborto auto provocado, mientras que sólo 6 se refieren a denuncias contra terceros, 4 por la práctica de un aborto con el consentimiento de la mujer, mientras que dos fueron por abortos forzados o provocados sin el consentimiento de la mujer. Mientras que aquellos que colaboran o facilitan el aborto a mujeres que lo solicitan como las y los profesionales de la salud, parteras, enfermeros o curanderas, solo 4 casos han sido judicializados en los últimos cuatro años cuando se sabe que son cientos y son uno de los eslabones más beneficiados del negocio montado gracias a la clandestinidad. Véase Álvarez, Alejandra Iriarte y Soledad Deza, *Jaque a la Reina: Salud, autonomía y libertad reproductiva en Tucumán*, coedición de Editorial Cienfuegos y la Universidad de Tucumán San Pablo-T. Los principales hallazgos del extenso estudio fueron detallados en dos *amicus curiae* que presentó la APDH, uno ante la Corte Suprema de Nación, por el caso de María Magdalena y otro por el caso de Belén, ante la corte tucumana, donde otras diez organizaciones comprometidas con los derechos humanos también recurrieron a la misma figura para pedir por su libertad. Hay jurisprudencia de la Corte Suprema ya en ese sentido (fallo Baldivieso)

hacia el vulnerable por parte del Estado (“disciplinamiento”); y el manejo financiero del narcotráfico en diferentes niveles sociales.⁷

En un interesante trabajo titulado “*Sobre barreras invisibles y fracturas sociales: criminalización del uso de drogas y Atención Primaria de la Salud*”, María Epele sostiene (Epele, M, 2007, p.154):

“Cuando nos preguntamos sobre las barreras y la accesibilidad al sistema de salud, generalmente nuestra mirada se dirige a la disponibilidad de la información, las diferencias sociales y simbólicas, los medios económicos y geográficos de acceso... Aun en aquellos modelos de salud pública que en la actualidad tienen en cuenta la desigualdad y las condiciones estructurales como paradigma para establecer programas preventivos y de intervención en salud, sólo en contadas ocasiones se incluyen las formas en que la violencia cotidiana erosiona las bases de la realidad social compartida y las características de los vínculos entre grupos minoritarios y los representantes de las instituciones de la sociedad dominante.”

A modo de ejemplo de estas relaciones, Epele nos ilustra cómo en el vecindario “La Cantera” se puede identificar la desconfianza en las siguientes afirmaciones de los pacientes referidas a programas de atención (Epele, 2007, p.p.150-155):

1. *“Que en ciertos centros de salud y hospitales han llevado a cabo prácticas curativas abusivas (abscesos sin anestesia) y los profesionales han indagado si el consumo de drogas es actual o del pasado, con el objetivo de obligarlos a hacer tratamientos*

2. *Que la medicación que reciben en los centros de salud es para pobres y no genera el mismo efecto, o tiene efectos secundarios de los que carece la administrada al resto de la población,*

3. *Otros ... refieren que cuando empezó la epidemia del SIDA los profesionales no sólo no les informaron de los riesgos de utilizar la vía inyectable sino que los dejaron morir porque eran pobres y marginales*

4. *Que en determinados lugares reparten jeringas para hacer que otra vez los jóvenes se inyecten*

7 “Un millón de pibes no estudian ni trabajan”... “la respuesta que se sigue dando es con un fuerte enfoque en la represión a los sectores más vulnerables, basta con comparar el presupuesto del ministerio de Seguridad con el de la Sedronar (Prevención Drogadicción); si no ofrecemos oportunidades no alcanza con perseguir al narcotráfico, sobre todo hay que cuidar a los pibes”. “No queremos la droga en nuestros lugares y apoyamos todos los esfuerzos para erradicar el narcotráfico, pero sería bueno poner el foco en los circuitos financieros, porque el narcotráfico también tiene CEOs que saben tanto de drogas como de comunicación y lobby”, Véase Documento sobre la pastoral social sobre drogadicción, 6 de Noviembre de 2016, Argentina

5. *Que los cambios en la pureza y toxicidad de la cocaína en los noventa en los barrios pobres del sur del conurbano eran realizados de modo intencional, con el objetivo de producir diversos daños, lesiones y sobredosis;*

6. *Que los retrasos o faltantes en la medicación antiretroviral se deben a que los funcionarios se la roban*

7. *Que el paco o pasta base es parte de un plan de aniquilación de jóvenes pobres*

8. *Que son obligados a ingresar en tratamientos y granjas con internación para que los que dirigen estas organizaciones hagan un negocio y se queden con el dinero de las becas del Estado.”*

Para la perspectiva epistemológica tradicional estas afirmaciones son ficcionales y desechables, debido a que responden al carácter autoinfligido del consumo de drogas y sus daños:

“La sospecha (en términos de narrativa de complot) supone un desdoblamiento de la realidad entre lo aparente y lo oculto. Incluye la desconfianza, la cual se constituye en una de las barreras más importantes entre los que consumen drogas y los profesionales de salud. Usualmente no se considera una barrera, ya que es entendida como propiedades de los vínculos sociales. Es desmentida por considerarla una caricatura del pensamiento o un efecto paranoide del uso de drogas.” (Epele, 2007)

Sin embargo, esta lógica de la sospecha explica una parte importante del porqué de la desconfianza: la criminalización del paciente que consume drogas/alcohol y el carácter estigmatizante de los programas de salud. En el citado ejemplo no constituyen “ficciones desechables”, sino la misma realidad del marginado que acude a un centro de salud para su atención y termina en una cárcel a partir del cambio de rol del profesional de la salud: de médico a policía. En los contextos cotidianos, los usuarios viven en constante amenaza, persecución y peligros por el hecho de ser consumidores de drogas y marginados. *¿Cómo confiar, entonces, en el médico/en la sistema de salud?*

Experiencias reiteradas de malestar, enfermedad y muerte son sufridas por los conjuntos sociales oprimidos. De acuerdo a Epele (Epele, 2007), esta lógica se extiende en salud en una las siguientes dimensiones:

1. *postergación o rechazo a recurrir a los centros de atención de la salud frente a malestares, enfermedades o situaciones críticas;*
2. *negación y ocultamiento de su adicción;*
3. *desarrollo de prácticas de curación autorreferenciales o llevados por terceros;*

4. transmisión de experiencias y fortalecimiento de vínculos entre los pacientes mediante prácticas alternativas al sistema de atención de la salud;

5. rechazo y modificación del sentido de mensajes, práctica, y campaña preventiva de cuidado y atención ligados a las instituciones de salud-enfermedad

La criminalización y la estigmatización se originan en los problemas de desigualdad social y de fuerte comercialización de la salud. Las personas de clase alta, con poder adquisitivo suficiente, se internan en clínicas para drogadicción o asisten a clínicas privadas para practicarse abortos tempranos; y no sufren la violación del secreto profesional/ confidencialidad, o una potencial criminalización o estigmatización de su accionar o decisión libre. Se presentan aquí los “dobles estándares” en la atención de la salud, que llevan a negar el mismo carácter universal del “derecho a la salud”.

II-De cómo las estructuras inciden en nuestras relaciones sociales: desigualdad, relaciones débiles y ruptura de confianza en salud

La confianza en las relaciones humanas se origina a partir de las mismas necesidades humanas de cooperación social; y, muy especialmente, a partir de la necesidad del cuidado del otro ante situaciones de enfermedad/vulnerabilidad social.

La naturaleza humana es esencialmente social: los seres humanos dependemos de las relaciones sociales para vivir. Las relaciones sociales fuertes, los amigos, la contención en nuestros primeros años de vida, nos permite generar lazos sociales y afectivos para desarrollarnos y combatir la soledad, el aislamiento y la marginación que impide el nuestro bienestar sico social. Ejemplo de ello se ha evidenciado en el cambio de la pediatría a partir de la detección del “hospitalismo” (Spitz, 1945)⁸ y del reconocimiento de la “Teoría del Apego” (Bowlby, 1998)⁹. El primero de ellos mues-

8 El hospitalismo es un conjunto de alteraciones físicas y psíquicas que padecen los niños como consecuencia de un prolongado internamiento en instituciones sanitarias u hospicios, privados de la afectividad de sus madres. Fue descrito en 1946 por el psiquiatra René Spitz, que estudió el desarrollo psico-afectivo de 100 pequeños que vivían en un orfanato cercano a Nueva York, durante la II Guerra Mundial. A pesar de estar bien cuidados, los niños entraban en un estado de aletargamiento y estupor que podía llevarles a la muerte. Los afectados volvían a la normalidad al ver a sus madres.

9 El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo). El trabajo de Bowlby estuvo influenciado por Konrad Lorenz (1903-1989) quien en sus estudios con gansos y patos en los años 50, reveló que las aves podían desarrollar un fuerte vínculo con la madre (teoría instintiva) sin que el alimento estuviera por medio. Pero fue Harry Harlow (1905-1981) y su descubrimiento de la necesidad universal de contacto quien le encaminó de manera decisiva en la construcción de la Teoría del Apego.

tra, en términos generales, que los niños que no tenían contacto emocional humano, es decir abrazos y cariño directo, no podían sobrevivir al tratamiento hospitalario. Sin embargo, los que recibían el contacto humano o se reconectaban con sus madres, sobrevivían sin problemas. Tan importante es la dimensión afectiva y las relaciones sociales fuertes en la niñez que inciden en el desarrollo de enfermedades futuras, y en nuestras probabilidades de sobrevivir. He aquí, también, la importancia del apego del niño con su madre y las experiencias tempranas en los primeros años de vida para determinar las oportunidades del desarrollo del niño (Ej. el crecimiento, la diabetes, retraso cognitivo, letargo, enfermedad sico sociales, propensión a adicciones, entre otras).

La explicación de cómo la estructura social, más precisamente las desigualdades económicas y sociales, inciden en la salud mental del individuo ha sido estudiada desde la epidemiología política por Wilkinson (Wilkinson, 2009). Según Wilkinson, los “*determinantes sociales de la salud*”, es decir aquellos factores ambientales y de la estructura social que afectan nuestras vidas y nuestra salud por la interacción del individuo con su medio¹⁰, muestran que *las diferencias en salud no son*

10 Los determinantes sico sociales constituyen los factores centrales para comprender la salud del individuo y la comunidad. A diferencia de los factores materiales, actúan en tanto somos conscientes de las diferencias sociales y jerarquías, ocasionando sentimientos que dañan la salud del individuo. Estos factores afectan la calidad de nuestras relaciones sociales, el grado de control que tenemos sobre nuestras vidas, ocasionando nuevas enfermedades, y la extensión de enfermedades de los países ricos a los países pobres (enfermedades sico-sociales, cardiovasculares, cáncer, obesidad, drogadicción, etc) por emulación de hábitos de consumo. Wilkinson distingue tres factores prioritarios: 1-el estatus social bajo generado por la diferencia de ingresos y la posición jerárquica inferior de subordinación, implica la falta de autonomía del individuo y su alienación. El ciudadano marginado no posee control sobre su trabajo y sus circunstancias. La emoción central es la vergüenza. Justamente el bajo estatus social, el sentimiento de no respeto a su dignidad, genera violencia, discriminación y racismo. Este tipo de violencia fue expresado por Adorno en 1950 como “Reacción bicicleta” (reverencia a los superiores y patadas a los subordinados). Los humillados tienden a humillar, demostrando su superioridad ante otros grupos vulnerables. En la cultura machista de sociedades no igualitarias, la desigualdad se traduce en drogadicción, alcoholismo, violencia doméstica. En las mujeres se suma la depresión y el embarazo adolescente; y en los niños el déficit de atención y los problemas de comportamiento. 2-la pobreza de relaciones sociales y grupos de contención está dada por la marginación, las relaciones sociales débiles, hecho que se acompaña con falta de participación en la comunidad y la falta de valoración y respeto. En un contexto de relaciones jerárquicas el juicio de los otros afecta nuestra seguridad porque nos experimentamos a través del ojo de los otros, produciendo stress crónico, ansiedad, rivalidad por la necesidad de ser reconocidos. Estos sentimientos no surgen en comunidades cooperativas, basadas en la reciprocidad y ayuda mutua. 3- las experiencias en la niñez, aún el stress pre y post natal, nos prepara para el conflicto o la cooperación, y genera consecuentes enfermedades futuras producidas por el bajo peso al nacer. Ej. Diabetes. En contraposición, el desarrollo en los primeros años de vida, apoyado en lazos de contención familiar y social fuertes, junto con la educación, produce una tasa de retorno en el capital social, en el trabajo y la productividad en la economía. los factores sico-sociales. , es decir aquellos que afectan nuestra salud sólo si estamos conscientes de ellos, ya que suponen sentimientos que dañan la salud.

reflejo de las diferencias de acceso hospitalario, sino producto de las desigualdades sociales. Wilkinson sostiene que la salud está dividida en grados por el estatus social (gradiente socio económico: ingreso, educación, ocupación). Por cada rango de ejecutivos senior hacia abajo, hasta ejecutivos rasos, hay más anginas, más diabetes y más bronquitis.¹¹ Pero no se trata sólo del riesgo individual. *La salud no se reduce al acceso a la atención de la salud en servicios hospitalarios, sino que debe ser considerada en un sentido amplio.* La misma concepción de salud no se reduce a lo biológico, sino a la consideración positiva de la salud desde la promoción de la salud sico social y la reducción de las desigualdades sociales.

Esta visión de los determinantes sociales coincide, en lo fundamental, con la medicina social impulsada desde América Latina, donde se propone una concepción de la salud colectiva o social (Breihl, 2013). De acuerdo a Breihl, se requieren modos de producción no insanos y relaciones sociales armónicas con la naturaleza¹². Por ejemplo, para actuar preventivamente contra el dengue no bastan con campañas educativas y reparto de repelentes gratuitos. El dengue es mayor en lugares donde la tala de árboles y monocultivos ha provocado el calentamiento de la tierra, el aumento de temperaturas y, consiguientemente, de mosquitos; donde el agua potable es escasa, y, por lo tanto, se junta en baldes; donde los trabajadores trabajan más horas que en sociedades desarrolladas, y en condiciones precarias y hacinados; donde las poblaciones se encuentran con menos acceso a la atención de la salud temprana o a su vacunación. Frente a dicho esquema complejo, no basta con responsabilizar al individuo por su enfermedad. Es necesario actuar en el entorno social.

En sociedades no igualitarias, los marginados y excluidos del sistema no puede construir relaciones sociales fuertes ni alcanzar su bienestar. Las diferencias de estatus y poder generan relaciones sociales débiles (Wilkinson, 2009) y mayor desconfianza. Sólo desarrollamos empatía con aquellos que vemos como iguales. Por lo tanto, la confianza depende también de las relaciones de igualdad, y la desconfianza se profundiza por las desigualdades sociales y jerarquías. La desigualdad característica de la sociedad moderna no se centra en la privación material, sino en la *privación relativa* que produce jerarquías y *ciudadanos subordinados*. Esta condición de subordinación genera humillación, y nuevos determinantes sico sociales que inciden en la salud de la población. La “pobreza relativa” se *vincula con el estatus social bajo*, la relación entre individuos y clases, y la exclusión social (AUTOR, 2016).

11 El Informe Black de 1980, Inglaterra y Gales, muestra también una fuerte correlación entre salud y clase social, pero la asociación entre la posición en el trabajo y el estado de salud era más fuerte que la asociación entre la clase social y el estado de salud.

12 Para salud es colectiva, de acuerdo con Breihl, es preciso incidir en los modos de producción insanos (sistemas laborales que destruyen masivamente la salud en los espacios de trabajo, modelos consumistas que degradan los modos de vivir, lógica extractivista de la industria que degrada también la relación sociedad-naturaleza). *Es preciso trabajar, mediante una investigación intercultural, interdisciplinaria y basada en la comunidad, en la construcción de una sociedad centrada en la vida, la equidad y la plena bioseguridad (socio-biocéntrica).*

Wilkinson concluye que el éxito material *no* produce más bienestar, sino más *stress* y nuevas enfermedades vinculadas al mismo (depresión, ansiedad, dependencia a drogas, violencia, entre otras). El éxito material de la sociedad moderna se transformó en un *fracaso social*, fracaso expresado en la *calidad de las relaciones sociales y en la destrucción ecológica ocasionada por los niveles de consumo insostenible*.

En dicho contexto, resulta claro que la desigualdad socava la confianza y separa a las personas por estatus sociales (“...*la desigualdad socava la confianza y separa a las personas, al gobierno de los ciudadanos, a los ricos de los pobres, a las minorías de las mayorías...*” (Wilkinson, 2009,71)). Desarrollamos empatía sólo hacia aquellos que vemos como iguales, aquellos que “viven como nosotros”. Ante la ruptura de relaciones sociales, rigen las jerarquías sociales y, a partir de ellas, un mundo de violencia y exclusión.

En síntesis, en un contexto de creciente comercialización de la salud y de la vida misma, la desconfianza y la lógica de la sospecha del vulnerable será inevitable si no se atienden los orígenes de la misma, y si se continúa criminalizando a las víctimas y no a sus responsables. La “justicia en salud” (derecho a la salud) implica actuar sobre la complejidad de problemas que inciden en la salud, incluyendo la interculturalidad, y conlleva la misma transformación del entorno social que daña a la naturaleza humana, la naturaleza general; pero muy especialmente, daña a las comunidades vulnerables y a los excluidos.

-CONCLUSIÓN

El análisis de las causas de la erosión de la confianza nos llevó a estudiar las relaciones sociales entre el ciudadano y las instituciones de la atención de la salud, entre el ciudadano y los profesionales de la salud, entre el profesional de la salud y las instituciones y el modelo productivo. Dichas relaciones, las formas de construir las y plantearlas, constituyen las bases para la generación de la confianza (construir confianza) o para la generación del conflicto (ruptura de la confianza). Resulta evidente que si las mismas se plantean como relaciones jerárquicas y asimétricas en un contexto de desigualdades sociales, sólo reforzarán la exclusión del oprimido y la negación del acceso igualitario al sistema de salud (derecho básico universal).

Las raíces del problema de desconfianza responden a las desigualdades presentes en la estructura social. Por ello, para atender el problema de justicia en salud, no podemos ignorar las desigualdades sociales que originan jerarquías, diferencias en salud y pobreza relativa. Frente a la creciente marginación, exclusión y estigmatización social de los más necesitados de su ejercicio del derecho a la salud, las jerarquías (médico juez y policía) refuerzan la desigualdad. Si las situaciones históricas de injusticia, violencia institucional, marginalidad se agravan, es lógico y esperable que se susciten situaciones de violencia frente a la indignidad. En este sentido, las recomendaciones para evitar el conflicto y restaurar la confianza implican un cambio en la misma concepción de salud pública: la atención de la salud no se reduce a la tardía y deficiente atención hospitalaria, y, menos aún, se reduce a un modelo de salud extrapolado de otras realidades y centrado en la información-

La salud pública exige la temprana prevención de las desigualdades generadas a nivel de los determinantes sico sociales. La atención de la salud no puede reducirse a la dimensión biológica, como tampoco el modelo de salud puede reducirse a un modelo burocrático. En una sociedad no igualitaria, no sólo se requieren enfoques intersectoriales que promuevan entornos saludables. El individuo aislado no puede cambiar su situación de marginación y enfermedad. En este sentido, la responsabilidad en la atención de la salud es social, y no recae en “estilos de vida individuales” o soluciones burocráticas centradas en los derechos individuales. La responsabilidad social en salud descansa en un Estado no mínimo ni gendarme, que intervenga tempranamente en el entorno social para eliminar o disminuir las desigualdades sociales, y que proteja al vulnerable para que éste pueda ejercer su derecho a la salud y constituirse en un ciudadano participativo.

La construcción de redes sociales de confianza no es posible a través de ilusiones de transparencia e información para la toma de decisiones autónomas, que sólo constituyen un cambio estético de modelos. La construcción de confianza no es posible si se criminaliza a las víctimas y no respetan sus derechos humanos elementales, como lo es la salud.

Sólo a través de la eliminación de desigualdades sociales será posible desarrollar confianza y empatía con aquellos que vemos como iguales, con nuestros conciudadanos; reconociendo los derechos sociales y no sólo los derechos individuales.

Referencias

- ALVAREZ, I; y DEZA, S, (2016) *Jaque a la Reina: Salud, autonomía y libertad reproductiva en Tucumán*, coedición de Editorial Cienflores y la Universidad de Tucumán San Pablo-T
- BECK, Ulrick (1998), *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Ediciones Paidós, Barcelona.
- BOWLBY, J, (1998) *El apego y la perdida*, Edit. Paidos Barcelona.
- BREILH J. (2013) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva), *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(supl 1): S13-S27.
- CASTELLS; M;(2002) *La Era de la Información. Vol. I: La Sociedad Red*. México, Distrito Federal: Siglo XXI Editores.
- AUTOR----- (2004), “El uso no médico de la información genética individual” en Bergel, S et.al, *Genoma humano*, Santa Fe, edit. Rubinzal Culzoni, 2004, ISBN 950-727-584-3. pp. 283-299
- (2006) “Análisis crítico del concepto de enfermedad como criterio de acceso a la atención de la salud: naturalismo vs. normativismo”, *Revista Latinoamericana de Filosofía, op.cit*
- (2008) “Hacia un enfoque integral en los criterios de acceso y distribución de recursos...”, *Interdependencia: del bienestar a la dignidad*, Editores: T. Ausin-R. Aramayo, ISBN 978-84-96780-46-0, Madrid, Plaza y Valdés editis, 2008, p p.165-189,
- (2009), “Igualdad de acceso a la tele-sanidad en zonas rurales y aisladas.

- Propuesta de un marco ético normativo...”, *Revista Latinoamericana de Bioética*, Colombia, vol. 9, Nro.1, edic. 16, p.p. 76-93, ISBN 1657-4702, 2009
- (2011) “Igualdad social, Justicia y Políticas de Salud”, *Revista Latinoamericana de Bioética*, ISSN 1657 4702; edic.20, vol.11, Nro.1, pp.68-7
- (2013), “Un análisis crítico de la Paradoja de Easterlin desde la Teoría Del Bienestar Subjetivo”, en *IX Jornadas de Investigadores de Filosofía*, UNLP;
- (2014), “Gobernaza” y “Gobernanza en salud”: ¿Una nueva forma de privatizar el poder político? *OXÍMORA Revista Internacional de Ética y Política No 5*, ISSN 2014-7708, p.p.63-86-[http://revistes.ub.edu/index.php/oximora/issue/view/1050-](http://revistes.ub.edu/index.php/oximora/issue/view/1050)
- (2015), “Equidad y distribución de recursos en salud”, en Álvarez Díaz, J, comp.; *Ensayo sobre ética de la salud. Aspectos sociales*, Cap. I; pp 9-39; Editorial de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México.
- (2015), ¿Equidad y gobernanza en salud?... Pensar lo Propio, *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, FLACSO, ISSN 0328-5634, Año 19, Nro 37-38;
- (2016) “Responsabilidad social vs. responsabilidad individual en salud”, *Revista de Bioética y Derecho*, ISSN 18865887, Barcelona, Nro. 36, pp 23-36;
- (2016), “Las “teoría de justicia liberales igualitarias” ante los desafíos en salud de una sociedad compleja”, *Revista Las Torres de Lucca*, Madrid, UCM; próximo número (aceptado)
- DOYAL, L; GOUGH, I, (1991) *Teoría de las necesidades humanas*, Guilford, NY; p.182
- EASTERLIN, R (1974). “Does Economic Growth Improve the Human Lot?” *Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honor of Moses Abramovitz*, P. A. David and M. W. Reder (eds.), New York: Academic Press.
- (2005). “Building a Better Theory of Well-Being,” *Economics and Happiness*, L. Bruni and P. L. Porta (eds.), New York: Oxford, 29-65.
- ENGELHARDT, T (1986), *The foundation of Bioethics*, New York, Oxford University Press;
- EVERS, K (2010), *Neuroética*, Madrid, Katz.
- EPELE, M (2007) “Sobre barreras invisibles y fracturas sociales: criminalización del uso de drogas y Atención Primaria de la Salud”, en Maceira, *Atención primaria de la salud. Enfoques interdisciplinarios*, Paidós, Bs As.
- , *Sujetar por la herida*, Paidós, Bs As, 2010
- FERNANDEZ MANZANO, J (2015), *Pluralismo y Justicia*, Videoconferencia FAHCE; UNLP.
- FILHO AP (2001), “Inequities in access to information and inequities in health”, *Rev. Panamericana de Salud Pública*, May-June 11, 409-12
- FLOREAL FERRARA FA et. al (1972) *Medicina de la comunidad*, Buenos Aires: Inter-Médica.
- HAIDT, J, (2006) *The Happiness Hypothesis: Finding Modern Truth in Ancient Wisdom*, Basic Books
- (2001). “The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment,” *Psychological Review*, 108(4): 814–834.

- HARRIS, MARVIN Y JOHNSON, ORNA (2007) *Cultural Anthropology*, Boston, Pearson, p. 2
- GLOBALIZACIÓN Y SALUD (2009), Fund. Sindical de Estudios, Edic. GPS Madrid.(Cap. 8-12)
- HONNETH, A; FRASER, N (2006), *¿Redistribución o reconocimiento?*, Madrid, Morata.
- INFORME DEL BANCO MUNDIAL (1993), “*Invertir en Salud*”
- INGLEHART, R., R. FOA, C. PETERSON AND C. WELZEL (2008). “Development, freedom, and rising happiness: A global perspective (1981–2007),” *Perspectives on Psychological Science*, 3(4): 264–285.
- INGLEHART, R. AND H.-D. KLINGEMANN (2000). “Genes, Culture, Democracy, and Happiness,” *Culture and Subjective Well-Being*, E. Diener and E. M. Suh (eds.), Cambridge, MA: MIT Press: 165-183.
- NOZICK, R (1974), *Anarchy, State and Utopia*, New York, Basic Books, (Versión española Nozick, *Anarquía, Estado y Utopía*, México, Bs As, FCE, 1991)
- NUSSBAUM, M, (1992) “Human Functioning and Social Justice”, *Political Theory*, vol.20, nro.2, 1992; p.p.203-246
- (2002) “Genética y justicia: tratar la enfermedad, respetar la diferencia”, *Isegoría*, 27, 5-17
- (2007) *Las fronteras de la justicia*, Paidós, p. 34. (278)
- OLIN WRIGHT (1997), *Class counts: comparative studies in class analysis*, Cambridge University
- OMS /WHO (1946) Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Internacional Health Conference, New York, 19 Jun-22 July 1946, firmado en julio 1946
- ONU (2008), *El derecho a la salud. Folleto informativo N0 31*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 3
- POGGE, T, (1989) *Realizing Rawls*, Ithaca, Cornell University Press;
- (2001) Erradicating Systemic Poverty: brief for a global resources dividend. *Journal of Human Development* Vol. 2 No. 1;
- (2004), “Assisting the global poor”, in *The ethics of Assistance*, Cambridge University Press, p.260;
- (2005) *World Poverty and Human Rights*, Cambridge University Press,
- RAWLS, J, (1971); *A Theory of Justice*, Cambridge, MA, Harvard University Press (Versión en español Rawls, J, (1993), *Teoría de Justicia*, FCE, México)
- , (1980) “Kantian constructivism in moral theory”, *Journal of Philosophy* 77,159-185;
- , (1995) *Liberalismo político*, México, FCE (----- (1996) *Political Liberalism*, New York, Columbia University Press)
- RODRIGUEZ ZOYA, L, Epistemología y política de la metodología interdisciplinaria, *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, Vol. 4, Nr. 1, 2014
- SANDEL (1982); *Liberalism and the limits of Justice*, Cambridge, Cambridge University Press

- SEN, A, (1995) *Nuevo examen de la desigualdad*, Madrid, Alianza;
- (1997), *Bienestar, justicia y mercado*, Barcelona, Paidós;
- (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta;
- (2004). *Why health equity?* , en Anand, S., Peter, F. y Sen, A. (eds.) *Public health, ethics and equity*. New York: Oxford University Press;
- (2010), *La idea de la Justicia*, Taurus ;
- SPITZ; R.A. (1945). Hospitalism Solicitud de la Génesis de Condiciones Psiquiátricas en Temprana Niñez. Estudio Psicoanalítico de Niño, 1, 53-74
- TOMASELLO, M, (2009) *¿Por qué cooperamos?*, Madrid, Katz, 2009
- VAN PARIJS, (1996), *Libertad real para todos*, Madrid, Paidós.
- WILKINSON, R (2005), *The impact of inequality*, NY, The New Press;
- -----, R, PICKETT, K,(2009) *Desigualdad*, Turner Noema.
- YOUNG, I.M (2001), “Pushing for inclusion: Justice and the politics of difference”, in Terchek, Ronald J.; Conte, Thomas C., *Theories of democracy: a reader*, Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield Publishers.