

# El fin de la salud como un derecho: el discurso político vs la realidad del sistema

Diego Herrera[1]

1. Saludesá, Santo Domingo de los Tsáchilas – Ecuador

Doi: <https://doi.org/10.23936/pfr.v7i1.229>

PRÁCTICA FAMILIAR RURAL | Vol.7 | No.1 | Marzo 2022 | Recibido: 27/02/2022 | Aprobado: 24/03/2022

## Cómo citar este artículo

Herrera C. (2022) El fin de la salud como un derecho. *Práctica Familiar Rural [Internet]. 7(1)*. Disponible en: <https://practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/229>

Compartir en:



## Resumen

Entre las declaratorias más repetidas en los discursos políticos latinoamericanos están frases como “la salud es un derecho”, pero esto no es completamente cierto. Existen determinantes que junto a las condiciones socioeconómicas propias de los países en vías de desarrollo, ponen en duda la universalidad de esta aseveración.

**Palabras clave:** salud pública, nuevos determinantes sociales, agotamiento del modelo de salud

## The end of health as a right: the political discourse vs the reality of the system

## Abstract

Among the most repeated declarations in Latin American political speeches are phrases such as "health is a right", but this is not completely true. There are determinants that, together with the socioeconomic conditions typical of developing countries, cast doubt on the universality of this assertion.

**Keywords:** public health, new social determinants, exhaustion of the health model

En 1980 se inició la denominada reforma de la atención primaria de salud, esta estrategia, se basaba en los modelos instaurados en países desarrollados, en esencia criticaba una atención basada en hospitales, dando una nueva orientación del modelo clásico de atención, hacia la prevención. Buscaba crear un modelo de trabajo en equipo, y reformas políticas reflejadas en nuevas leyes nacionales, “la salud como un derecho”, así como la generalización y universalización de las coberturas de atención para toda la población fue la gran utopía.

Estas declaratorias políticas, emitidas hace más de 40 años, dieron un giro desde la utopía a una distopía, pues la situación de los países latinoamericanos, tanto desde el punto de vista económico, político, organizativo como funcional, configuran un panorama poco alentador para la consecución de estas metas, que van quedando como “discursos vacíos” del siglo pasado.

Una realidad cambiante, que nos enfrenta a nuevos factores biológicos, ideológicos, políticos, económicos, organizacionales e individuales, representan nuevos desafíos, no existentes en el siglo pasado.

El discurso del APS, se mantiene con frases hechas que no concuerdan con la realidad de la población. Entre las declaratorias más repetidas por los políticos latinoamericanos están frases como “la salud es un derecho”, esto no es completamente cierto, pues existen determinantes genéticos, biológicos, que nos diferencian. Estas, junto a condiciones socioeconómicas particulares, ponen en duda la universalidad de esta aseveración.

Por ejemplo, los nuevos determinantes sociales de este siglo, como las nuevas epidemias, bacterias multirresistentes, guerras internacionales y la transformación del fenómeno de la violencia que se va desplazado desde el Estado, hasta las calles, y luego incorporarse dentro del sujeto (1).

Otra frase hecha, es que “la salud es universal y gratuita”, esto se contradice con las inversiones realizadas en el sector salud por todos nuestros países en los últimos años, esta falta de inversión en salud, se confirma con el incremento del gasto de bolsillo en Latinoamérica en los últimos 20 años. (2).

La falta de interés en la salud de la población de parte del sector político, se explicita cuando esta tarea fundamental dentro de los deberes del estado, se delega a una sola institución (en el caso de Ecuador el Ministerio de Salud Pública). A pesar de las múltiples reformas del sector salud, los sistemas sanitarios se encuentran desfinanciados, burocratizados, corruptos, como resultado de la historia de cómo fueron establecidos. La institucionalidad actual, como la conocemos, no está en capacidad de enfrentar un trabajo extraordinariamente difícil y complejo como es la defensa de la salud.

Las inversiones en el sector salud han sido dirigidas a mejorar la estructura, pero no la calidad de atención. El trabajo de la burocracia sanitaria, está enfocado en incrementar las coberturas y los indicadores (3).

La presencia de un alto componente burocrático, ligado a la actividad sanitaria, dedicado a elevar la producción de los servicios o cumplir metas copiadas del supuesto desarrollo empresarial del primer mundo; sumado a un divorcio entre la atención primaria y la atención especializada-hospitalaria que destruyen los intentos de potenciar y obtener una real atención integrada de servicios, dificultan la gestión integrada de procesos clínicos, tragedia en la cual están inmersos todos los días los usuarios de la red pública, quienes han perdido la confianza tanto en los médicos como en los sistemas de salud.

Otra parte de la estrategia de la APS que se va agotando en el nuevo siglo, es la formación de profesionales que debía “mantener un equilibrio relacionado con las necesidades reales de la población”. En teoría, debía permitir que estos recursos puedan “ser aprovechados y en su momento renovados paulatinamente por el sistema de salud; los nuevos profesionales debían encargarse de la prevención de las enfermedades, la salud ambiental y la salud en el trabajo” (4).

Estas políticas de formación de recursos humanos olvidan las brechas en las remuneraciones económicas y las preferencias de los médicos jóvenes, al momento de optar por una especialidad, no solo en los países latinoamericanos, sino también en algunos europeos como el caso de España en donde, tres de cada cuatro postgradistas de medicina familiar, optan por una segunda especialidad luego de egresar (4).

Los profesionales de esta generación, asumen el ascenso social como un “derecho”; como un “reconocimiento” al esfuerzo académico realizado. Este ascenso económico no está garantizado por especialidades como la salud pública, la salud ocupacional o la medicina familiar.

Estos y otros múltiples factores, configuran una nueva complejidad, la obsolescencia y agotamiento del discurso y del modelo actual de salud se convierte en una oportunidad de iniciar un replanteamiento, una reingeniería, una deconstrucción del discurso de la Salud Pública. El inicio debe ser un imprescindible debate que facilite la redefinición de los planteamientos actuales de la salud en Latinoamérica (5).

## Referencias

1. Byung-Chul H. Topología de la violencia Barcelona: Herder; 2016.
2. Organización Panamericana de la Salud. Gastos directos de bolsillo en salud: la necesidad de un análisis de género OPS , editor. Washington, D.C.; 2021.
3. Kruk M GAACea. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Glob Health. 2018 Noviembre; 6(11).
4. Álvarez S. Crisis en la medicina de familia: una perspectiva bioética desde la práctica diaria. Atención Primaria. 2010; 42(10).
5. Dedeu A,LC,MJMJ,yPJ. Reflexiones sobre la atención primaria de salud Fundación Alternativas; 2011.