

Solidaridad relacional: una manera de abordar el derecho a la asistencia sanitaria

Relational solidarity: a way to approach the right to healthcare

*Ricardo Páez Moreno**

Resumen

La atención de la salud es un derecho humano consignado en la legislación de los países democráticos, cuya concreción en la práctica tiene varias limitaciones, sobre todo en países de mediano o bajo ingreso. No obstante México pertenece a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, los distintos indicadores revelan que tiene uno de los niveles más bajos en la atención de la salud. La bioética ha abordado este problema principalmente desde el cumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria. Sin embargo, hacen falta abordajes bioéticos complementarios al de los derechos, más cercanos a la vida diaria y los contextos de las personas, que contribuyan a conseguir el acceso a la atención de la salud, tales como el de solidaridad. A partir de un enfoque relacional de solidaridad o de solidaridad política, que tome en cuenta tres distintos niveles de solidaridad: el interpersonal, las prácticas grupales y las manifestaciones institucionales o legales; y tres aspectos clave en las relaciones humanas: las prácticas, los conocimientos y los factores emotivos o emocionales, este trabajo plantea un modo complementario de acceder al derecho a la asistencia sanitaria y una posible aplicación.

Palabras clave: solidaridad, justicia, derecho a la asistencia sanitaria, autonomía, estado.

Abstract

Health care is a human right that is included in the legislation of democratic countries. In practice, however, the application of these laws has several limitations, especially in countries of low- to middle-income. Even though Mexico belongs to the Organisation for Economic Co-operation and Development, various indicators show that this country has one of the poorest levels in health care. Bioethics has addressed this problem mainly based on the fair distribution of scarce resources. However, new bioethical approaches complementary to human rights are needed, closer to the daily life and context of people, such as solidarity. This study approaches the problem from a relational approach of solidarity or political solidarity, taking into account three different tiers: interpersonal level, group practices and contractual and legal manifestations; and three key aspects in human relations: practices, knowledge, and emotional or emotive factors. It also proposes a complementary way to access the right to health care, as well as a possible application.

Keywords: solidarity, justice, right to healthcare, autonomy, state.

Resumo

A assistência à saúde é um direito humano estabelecido na legislação dos países democráticos, o qual, na prática, tem várias limitações, especialmente em países de baixa e média renda. Ainda que o México pertença à Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento, os diferentes indicadores mostram que tem um dos níveis mais baixos nos cuidados em saúde. A Bioética tem abordado este problema, principalmente, quanto ao direito de assistência à saúde. No entanto, são necessárias novas abordagens bioéticas complementárias aos direitos humanos, mais próximas da vida diária e dos contextos individuais, tais como a solidariedade. A partir de uma abordagem relacional de solidariedade ou de solidariedade política, levando em consideração três diferentes níveis: interpessoal, práticas de grupo e manifestações institucionais ou legais; e três aspectos-chave nas relações humanas: práticas, conhecimentos e fatores emotivos ou emocionais, este estudo propõe uma forma complementar de acesso ao direito à saúde e uma possível aplicação.

Palavras-chave: solidariedade, justiça, direito a cuidados de saúde, autonomia, estado.

* Doctor en bioética. Profesor y tutor del Programa de Maestría y Doctorado en Bioética, Universidad Nacional Autónoma de México. ricardomps@gmail.com.

Introducción

El derecho a la asistencia sanitaria es una de las conquistas de la humanidad que se remonta al surgimiento del Estado de Bienestar. Está consignado en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU 1948), y garantizado por la máxima legislación mexicana en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (SEGOB 2014). Sin embargo, es un derecho que está aún distante de ser cumplido, sobre todo en los países de mediano o bajo ingreso. En México existen entre 20 y 25 millones de mexicanos sin protección de la salud (INSP 2012). Una de las principales razones es el bajo presupuesto destinado a este rubro, siendo uno de los más bajos de la OCDE (OECD 2014). No obstante el Seguro Popular ha contribuido a aumentar las cifras de cobertura, las intervenciones que ofrece son muy limitadas.

Una de las principales líneas de reflexión bioética de este problema ha sido la justa distribución de recursos, cuya fundamentación radica en la exigencia individual del derecho a la asistencia sanitaria (Páez 2002). El sujeto de dicha reivindicación es la persona autónoma y libre, capaz de tomar conciencia y exigirlo. Sin embargo, el abordaje desde los derechos olvida las relaciones establecidas por los sujetos y los contextos que condicionan mucho de su actuar. La autonomía está limitada por varios factores ajenos al sujeto que si no son tomados en cuenta, se configura a manera de reclamos parciales que no alteran las relaciones injustas establecidas por los sistemas económicos o políticos que hacen que mucha gente no tenga acceso a la atención de su salud (Baylis, Kenny y Sherwin 2008; Solomon 2013).

Una manera alternativa de acceder al derecho a la asistencia sanitaria es la solidaridad. Si bien la solidaridad ha sido poco trabajada en la bioética, el reporte realizado por el Nuffield Council on Bioethics (Prainsak y Buyx 2013) es de gran relevancia al respecto, al ofrecer un concepto operativo de solidaridad en tres niveles de acción: el interpersonal, el de prácticas colectivas o grupales y el institucional o de normas contractuales. Tiene que ver con prácticas compartidas que reflejan un compromiso personal o colectivo para

llevar los “costos” (financieros, sociales, emocionales u otros) de asistir a otros. Sin embargo, la solidaridad vista desde el ángulo relacional o político, considera además otros importantes aspectos de las relaciones humanas, tales como las prácticas concretas, lo emocional o afectivo y los conocimientos. El primer aspecto tiene que ver con el lugar de ubicación, las relaciones y los compromisos entablados. El segundo, con las disposiciones emotivas que se dan cuando una comunidad tiene satisfechas por el Estado sus necesidades básicas y ha sido educada al respecto, por ejemplo, lealtad, reciprocidad, confianza, etc. (Krishnamurthy 2013). También aquellas disposiciones que surgen naturalmente como producto de la cultura de ciertos pueblos, aunque éstos vivan en condiciones de explotación. Tal es el caso de la unión, la lealtad y la confianza existente en los pueblos originarios de México. El tercero se relaciona con la toma de conciencia de aquellos factores por los que una población es sometida a desventajas de manera sistemática (o los llamados determinantes sociales de la salud), y por lo tanto se pregunta desde qué áreas y a qué colectivos es más importante atender (Powers y Faden 2006; Commission on Social Determinants of Health 2008).

El objetivo de este trabajo de demostrar cómo la solidaridad, particularmente la relacional o política, es un camino alternativo y complementario a la exigencia del cumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria. Esto sobre todo en lugares como México, donde aún existen importantes carencias en el cumplimiento de este derecho, en buena parte condicionada por factores estructurales de injusticia subyacentes. Para ello se partirá de una serie de datos sobre el incumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria en México. Se presentará el abordaje bioético basado en derechos con sus aportes y límites. En seguida se planteará la solidaridad relacional como un camino alternativo y complementario. Finalmente se presentarán algunas propuestas para la concreción de esta última.

En países como México donde el tejido social ha sido sumamente lacerado por diversos factores estructurales, es del todo importante construir la solidaridad a partir de prácticas a diversos nive-

les y desde factores emocionales y cognitivos, en vistas a ayudar al cumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria.

1. Datos sobre el incumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria en México

Las grandes instituciones que han proporcionado salud a la mitad de la población mexicana son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que tiene aproximadamente 48 millones de afiliados, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que atiende a cerca de 11 millones de personas, y los organismos homólogos de los gobiernos estatales con aproximadamente 1.5 millones de derechohabientes. Petróleos Mexicanos y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas son regímenes especiales de seguridad social y atienden a 1.5 millones de personas. Toda esta población puede clasificarse como asegurada. El resto de población no asegurada, es atendida por el Sector Salud a través del Sistema de Protección Social en Salud. Los sistemas Estatales de Salud, el programa IMSS - Oportunidades, así como diversas instituciones federales proveen servicios a la población no asegurada. La población total con acceso a servicios públicos de salud es de casi 78 millones de personas. El resto de la población se atiende con servicios privados (PNUD 2011). En cifras relativas, se tiene que la cobertura en el 2010 se estimaba en 80% de los cuales 38% correspondían al IMSS, 9% al ISSSTE, 2% a PEMEX, 2% a las Fuerzas Armadas y 3% a los Seguro Médico Privados. El restante 20% se supone cubierto por la Secretaría de Salud mediante cuotas de recuperación.

Aunque era una meta del gobierno federal para el 2012, México no ha logrado alcanzar la cobertura universal, y menos aún de calidad. El Seguro Popular¹ ha logrado disminuir los gastos empobrecedores en salud sobre todo en la población no asegurada, pero está muy lejos de equipararse con la seguridad social. Este seguro cobra una

cuota de inscripción y se limita a 255 servicios médicos y 285 medicamentos. Las intervenciones médicas que ofrece tienen un carácter básicamente preventivo, sin dirigirse a tratar las enfermedades responsables de la morbilidad y mortalidad de la población. Y por último, representa una sobrecarga para los actuales servicios públicos de salud, que además de la política de abandono y desabasto que se ha tenido hacia estos, ahora tienen que solventar la atención del Seguro Popular. Todo esto sin adentrarse en el problema financiero que representa (Sánchez y Palomino 2005).

Según cifras del Consejo Nacional para la Evaluación de las Políticas Públicas de Desarrollo Social del 2012, en el espacio de los derechos sociales en México, había 86.9 millones de personas con alguna privación social, es decir, tres de cada cuatro ciudadanos. La carencia que más afectó a la población nacional fue la relacionada con el acceso a la seguridad social, pues 71.8 millones de personas (tres de cada cinco) presentaron esta privación: 31.8 millones de mexicanos no tuvo acceso a servicios de salud, ni públicos ni privados (CONEVAL 2012). Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, la cobertura de protección de la salud llega a cerca de 79% de mexicanos (INSP 2012). De manera general, la cobertura del 90 % que anunció el gobierno federal quedó reducida a un 48.3 % de los costos de hospitalización, medicinas y rehabilitación, debido al desembolso que los mexicanos tienen que erogar para pagarse su salud (Díaz 2012).

Ateniéndose a las cifras, la crisis del sistema de salud mexicano es evidente, el cual se caracteriza por tener los porcentajes más bajos entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en cuanto a recursos destinados por el Estado para el sostén y mejoramiento de los servicios en salud:

- Desde 1960, México ha experimentado uno de los aumentos más grandes en cuanto a la expectativa de vida en la OCDE. Sin embargo, la esperanza de vida al nacer permaneció en 74.4 años en el 2012, poco más de cinco años por debajo del promedio de la OCDE.

¹ Esquema de aseguramiento público que opera por una cuota social proveniente de la federación y de los estados, así como una cuota familiar. Ofrece una serie de beneficios siempre y cuando estén dentro de la cobertura otorgada.

- El gasto en salud de México es del 6.2% del PIB, y el gasto promedio es del 9.3%; y el gasto por persona en salud fue de 1048 USD en 2012 comparado con el promedio de la OCDE que es de 3484.
- El gasto de bolsillo fue de 45.2 por ciento del gasto en salud, comparado con 19 por ciento de la OCDE.
- La cantidad de médicos por mil habitantes en 2012 fue de 2.2, comparada con la cifra de 3.2 de la OCDE.
- El número de camas disponibles en los hospitales para el cuidado intensivo de la salud fue de 1.6 por cada mil habitantes en el 2012, frente al promedio de la OCDE de 4.8 camas por cada mil habitantes (OECD 2012).

Además desde una mirada crítica, el derecho a la asistencia sanitaria ha sido vulnerado por varios factores: el insuficiente presupuesto destinado por el Estado a este rubro, el modelo no unificado de sistema de atención sanitaria en el que cada institución realiza las funciones básicas de financiamiento, organización y administración de consumo y provisión de salud (PNUD 2011), y por las reformas emprendidas por el sistema neoliberal con el fin de hacer más eficiente a la seguridad social (Homedes y Ugalde 2009; Tamez, Bodek y Eibenschutz 1995), pero que sólo han logrado irla entregando progresivamente al sector privado, sin aumentar su eficiencia y calidad de servicio.

En base a los datos anteriores, puede concluirse que la atención de la salud es un derecho humano muchas veces incumplido en México. No obstante la seguridad social y la Secretaría de Salud ofrecen un importante porcentaje de cobertura, la tendencia es a cubrir a la población sin atención sanitaria a través del Seguro Popular, cuya atención dista mucho para ser calificada como cumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria.

2. El abordaje bioético de los derechos: aportes y limitaciones

Desde el punto de vista teórico, los derechos humanos han sido un recurso muy utilizado para fundamentar el derecho a la salud o a la atención

de la salud. Los derechos humanos tienen su origen a lo largo de la historia: de manera remota en las culturas griega y romana, y de manera próxima en las propuestas histórico-utópicas del derecho natural de los ilustrados. La Declaración de Virginia, en 1776, y sobre todo la Declaración francesa de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, de 1789, suponen las primeras concreciones programáticas dentro del marco jurídico. En los estados de derecho liberales, el derecho a la asistencia sanitaria tiene su fundamento en las ideas iusnaturalistas que dan lugar a la formulación de la primera generación de derechos humanos (civiles y políticos), que prescribe que al hombre le asiste por naturaleza el derecho a la salud y la integridad física. En este contexto el derecho a la salud es visto de manera negativa, considerándose que existe con anterioridad al contrato social y a la formulación de leyes positivas, que deberían tenerlo en cuenta y protegerlo. El estado liberal asume una actitud minimalista frente a la iniciativa privada de los particulares, de la que dependerá la efectividad de los derechos naturales protegidos, tales como el derecho a la atención médica.

En la segunda mitad del siglo XIX, bajo la influencia del pensamiento social marxista, se desarrolla el movimiento obrero que aboga por los derechos de segunda generación (económicos, sociales y culturales), que se sustentan de forma positiva y no negativa para que puedan hacer factibles los derechos civiles y políticos. En conformidad con lo anterior, el derecho a la atención médica deberá depender de la iniciativa estatal y no de la privada.

Frente al valor de la privacidad en la atención médica que dominaba a finales del siglo XIX, el derecho positivo a la asistencia médica adquiere su primera materialización práctica de peso con el triunfo de la Revolución Socialista y la iniciativa tomada por el estado soviético de desarrollar un sistema de salud que respondiera a las demandas del movimiento obrero y su ideología. En el sistema comunista los servicios médicos debían ser ofrecidos de manera gratuita a cada cual según sus necesidades. En el sistema capitalista se irá creando la necesidad de socializar también la medicina para que responda a las demandas

de atención sanitaria de sus fuerzas productivas, dando origen a la asistencia médica pública —a través de entidades de beneficencia, seguridad social y seguro médico— y la medicina preventiva del siglo XX. Estos logros adquieren expresión jurídica internacional en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los pactos firmados posteriormente para su observancia. Se reconoce el derecho de toda persona a la salud y se reconocen las medidas que deberán tomar los estados firmantes para hacerlo efectivo.

Después de estas iniciativas internacionales, se han sucedido otras que han sido sustantivadas por organizaciones sanitarias de carácter internacional y regional, como la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Médica Mundial, el Consejo de Europa y la Organización Panamericana de la Salud. No obstante, la situación sanitaria de dos terceras partes del planeta prueba que las políticas de salud de la mayoría de los estados del hemisferio distan mucho de haber cumplido lo pactado, notándose grandes diferencias entre los países de alto y los de mediano o bajo ingreso. La perpetuación de un orden internacional injusto y la imposición del sistema neoliberal de manera global, obstaculizan grandemente el cumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria. En los países de mediano o bajo ingreso, los programas en salud están distantes de cumplirse de manera universal y con estándares de dignidad. Es por ello la imperiosa necesidad de desarrollar el derecho a la asistencia médica tomando como base la observancia de los derechos humanos de tercera generación (derecho a la autodeterminación de los pueblos, derecho al desarrollo, derecho al medio ambiente sano, derecho a la paz) sustentados en el valor de la solidaridad humana (Martínez 2008).

Muchos abordajes al problema de la falta de asistencia sanitaria han estado centrados en la óptica de los derechos, heredado de la ética clínica y la ética de la investigación, y consonante con la cultura dominante moral y política en el mundo anglosajón. El problema con el enfoque en los derechos individuales, es que permite a los investigadores y políticos por igual, ignorar el contexto social y político como fuente de riesgos aumentados de enfermedad (Venkatapuram, Bell

y Marmot 2012). Los derechos colectivos relacionados con la justicia distributiva que se ocupa de la distribución de bienes cuantificables, ignoran a veces ciertas situaciones de desigualdad que ocasionan, en la vida real, que muchas personas se queden sin atención de la salud, tales como pertenecer a alguna etnia explotada, no tener acceso a la educación, pertenecer a algún grupo social marginado o estigmatizado, etc. Los abordajes basados en derechos de tercera generación y a la luz de la solidaridad son los más novedosos y es necesario desarrollarlos desde un enfoque contextual.

Los individuos son inseparables de sus comunidades y contextos, y los intereses de ambos están interrelacionados. Una noción relacional de la persona, tiene que ver con la membresía a determinados grupos como fuente de identidad. Si un grupo pertenece a los sistemáticamente desaventajados, sus miembros encontrarán muchas estructuras sociales o determinantes sociales de la salud que sistemáticamente reforzarán la desventaja. Estos tendrán menos oportunidades en la vida que otros grupos y estarán más propensos a la discriminación y a ser estereotipados. El enfoque relacional hace ver, no sólo que todos están conformados socialmente, sino también recuerda que no todos están conformados como iguales.

El enfoque relacional tiene que ver con las necesidades en salud de comunidades y poblaciones a través de acciones tomadas a nivel social o político. Como tales, requieren un concepto de persona que reconoce y responde a su naturaleza situada económica, política y socialmente. Abordajes contextuales desde la justicia social, permiten analizar por qué determinado colectivo está sometido siempre a desventajas de todo tipo, incluso teniendo cobertura de asistencia sanitaria, o qué desigualdades importan más y tienen sometida a una población (Powers y Faden 2006). Así por ejemplo, México según el PNUD es un país de alto nivel de desarrollo, y pertenece a los países de la OCDE. Su macro economía es estable. Sin embargo la desigualdad es una nota central y de muy larga historia, causante de muchos de sus problemas actuales.

Las interacciones entre las personas son constitutivas de éstas al grado que no pueden considerarse los intereses individuales al margen de los de su comunidad. En salud, el bienestar (o desventaja) de algunos es el resultado del bienestar (o desventaja) de otros. Así, la distribución de la asistencia sanitaria necesita integrar una comprensión relacional de las personas que esté atenta a los caminos en que los patrones de discriminación o privilegio sistemático operan en términos de éxitos y actividades de salud pública.

La autonomía relacional (Baylis, Kenny y Sherwin 2008) sostiene el hecho de que las personas son inherentemente sociales y están situadas social, política y económicamente, dentro de enclaves sociales, que desarrollan sus intereses y valores en conversación con otros seres política y económicamente situados. Más que pretender que los individuos puedan tomar decisiones “libres” de influencias externas, la autonomía relacional promueve a poner atención de aquellos tipos de fuerzas que pueden delinear las decisiones individuales. Al evaluar el grado de autonomía presente en un caso dado, es necesario determinar si el contexto promueve o mina las oportunidades de autonomía. Las decisiones personales dependen de las opciones disponibles a las personas, y tales opciones a veces son determinadas por políticas adoptadas por las sociedades en que viven (Solomon 2013).

El abordaje relacional conduce a ver las múltiples y variadas formas en que las opciones políticas en competencia afectan las oportunidades disponibles para los miembros de los diferentes grupos sociales. Permite ver cómo la autonomía de algunos puede darse a expensas de las demandas de justicia de otros.

3. Solidaridad relacional

La solidaridad es un término tan antiguo como la civilización romana, aunque fue retomado a partir de la Revolución francesa como una forma alternativa de fraternidad. La *solidarité* llegó a ocupar un lugar central en el movimiento de los trabajadores de los orígenes tardíos del siglo XIX, siendo el origen del uso histórico del término en formas relacionadas con el movimiento, tales como las

agrupaciones contra la discriminación en base a la raza o el sexo, o aquellas orientados hacia varios aspectos de la salud (Butler 2012). Sin embargo, el término ha sido utilizado de manera muy diversa, lo que ha ocasionado una vaguedad en su definición y una confusión entre sus ámbitos normativo y descriptivo (Pensky 2008). Por lo tanto, se acude en este trabajo a la siguiente definición operativa de solidaridad en bioética, producto de un excelente estudio del Nuffield Council on Bioethics: *prácticas compartidas que reflejan un compromiso colectivo para llevar los costos (financieros, sociales, emocionales u otros) de asistir a otros* (Pranisack y Buyx 2011).

El enfoque de la solidaridad más común ha sido el desarrollado por los liberales, para quienes la persona antecede a sus fines, es decir, los individuos tienen la capacidad de cuestionar sus relaciones hasta el punto de separarse de ellas si así lo desean: el individuo libre de vínculos, de compromisos y elector de sus fines y objetivos vitales. La solidaridad de corte liberal es entre desiguales, y genera dependencia paternalista. Es un compromiso voluntario y supererogatorio. Y en definitiva, está desligado de la justicia y los derechos humanos (Martínez 2004).

Sin embargo, la solidaridad entendida de manera relacional tiene que ver con el lugar donde cada uno se encuentra ubicado, cuáles son sus relaciones y compromisos, con quiénes y con qué se haya uno identificado. Es una idea de libertad situada capaz de tomar en cuenta el “formar parte” de ciertas prácticas compartidas. En el contexto de la salud pública, la solidaridad relacional tiene que ver con incorporar las necesidades en salud de los más desaventajados social y económicamente.

Un concepto relacional de solidaridad a partir de un concepto relacional de persona, esquivo todo tipo de exclusión y se dirige a expandir la categoría de “nosotros” por la de “todos nosotros”. Lo que importa es un interés compartido en la sobrevivencia, seguridad y protección, un interés que puede ser efectivamente perseguido por la búsqueda de bienes públicos y a través de los esfuerzos para identificar y deshacer las complejas redes de privilegio y desventaja que sostie-

nen y alimentan una división de “nosotros” contra “ellos”.

La solidaridad tiene el papel de promover los bienes públicos para la salud (por ejemplo, el conocimiento científico o el control de enfermedades comunicables y de la resistencia a antibióticos). No se considera a la salud como un bien público en sí. La solidaridad relacional si es vista desde el corazón del proyecto de salud pública, y desde las preocupaciones de la justicia social y la autonomía relacional, tiene un gran reto moral: el triunfo en su labor depende críticamente de nuestra voluntad y capacidad de dismantelar los patrones existentes de privilegio y desventaja, patrones profundamente entremezclados en nuestras estructuras y políticas públicas.

La solidaridad relacional está íntimamente ligada con la solidaridad política, puesto que esta última tiene que ver con las relaciones concretas establecidas entre los propios ciudadanos. Supone una serie de sentimientos, conocimientos y acciones, en torno a la identificación colectiva, el respeto mutuo, la confianza recíproca, la lealtad y el apoyo mutuo. Se trata de un sentimiento a favor del bien común, de tener una misma causa. Implica el conocimiento de formar una identificación colectiva. Supone haberse tejido en base a acciones de lealtad y confianza, equidad y respeto. A nivel descriptivo, la justicia requiere que las instituciones sociales y políticas estén estructuradas de tal manera que éstas promuevan la solidaridad política. Éstas pueden ser el estado o tradiciones comunitarias encarnadas en estructuras organizativas básicas propias de los pueblos originarios: comisariados, fiscales, agentes de salud, comités para la conservación de la ecología, la lengua y las costumbres, etc. Y a nivel normativo, es necesario construir este tipo de relaciones para que se desarrolle la solidaridad.

Sin embargo, si no se está en una relación de solidaridad política con los propios ciudadanos, o si se les mira como distintos o desconectados de uno mismo, es probable el retiro de la vida pública y el encierro en uno mismo, generando ciudadanos menos motivados en la cooperación social que es esencial para lograr un orden social justo. La solidaridad política es afectada negativamente

cuando las instituciones y las prácticas no educan a la ciudadanía en la confianza, el respeto, la igualdad, y peor aún si generan exclusión, discriminación, o incluso atropellan a la ciudadanía (Krishnamurthy 2013).

En México, la solidaridad está en niveles muy bajos, según el estudio realizado en el otoño de 2010 por la revista Nexos para medir las aspiraciones de los mexicanos en relación a algunas dimensiones de la sensibilidad nacional que tienen que ver con la solidaridad política (Escalante 2011). Se trató de un estudio cualitativo con entrevistas a gente de todas las edades, los niveles socioeconómicos y ocupacionales, y en todas las regiones del país; y cuantitativo bajo una encuesta aplicada a 1794 hogares. Entre los principales resultados, una primera constatación es el profundo individualismo: en proporción abrumadora los mexicanos creen en sí mismos más que en el país donde viven. Todo o casi todo lo esperan de su propio esfuerzo, poco o nada de la calidad política, económica o social de la nación que han construido².

A falta de un sueño común o una visión solidaria que vincule los destinos individuales³, los mexicanos tienden a poner sus sentimientos de pertenencia en la familia. La apuesta al propio esfuerzo y el refugio en la familia⁴ como mundo nuclear, dibuja, con fuertes trazos, la imagen de un ciudadano que desconfía correlativamente de

2 86% dijo no tener aspiraciones colectivas sino individuales; 63% contestó que el esfuerzo personal es más importante que el de todos como país, y que “cada quien jala por su cuenta”; y el 37% que se trabaja en equipo. El 61% reveló que hace lo que le beneficia aunque no sea a favor del país. En relación a la percepción del país, el 56% lo considera como “un barco a la deriva”, y el 62% que va por mal camino.

3 Dentro de las aspiraciones individuales, la primera es el bienestar material; tener educación y acceso a la salud se respondió como prioridad en 14 y 10% respectivamente; las aspiraciones colectivas tales como desear que al país le vaya mejor, fueron afirmativas en un 9% y ser un buen ciudadano en un 1%. Las aspiraciones deseadas para el país son distintas a las proporciones de vida próspera que anhelan para sí mismos: una vida política de mayor calidad implícita en las aspiraciones de tener un país “seguro, sin violencia” (36%), “sin corrupción” y con buen gobierno (14%), que “cuida el medio ambiente” (3%), y con igualdad de derechos (1%).

4 81% declaró que su familia estaba en sus intereses antes que su país.

sus elites dirigentes, en particular del gobierno⁵, y mira hacia el país con un sentido crítico que incluye el resentimiento de creerlo un país rico y no haber recibido suficiente de él⁶. La confianza casi irrestricta en sí mismo y la desconfianza radical en el estado y sus instituciones arrojan el perfil de lo que provocativamente se ha llamado “un liberal salvaje”, queriendo decir con ello que se está frente a un ciudadano que no reconoce en el fondo otro ethos que el del bienestar personal y familiar, ni otro derecho que el de resolver su vida con los medios a su alcance, perjudiquen estos o no a su comunidad y a su nación.

Lo anterior revela una serie de fracturas que impiden la solidaridad política: entre las aspiraciones individuales y las colectivas, entre la seguridad hallada en la familia y el poco interés por el bien común, entre el deseo de bienes materiales individualmente y el deseo de un buen gobierno para el país, entre la riqueza del país y su mala distribución.

Los mexicanos, como se ve, están divididos en sus percepciones. El reto para los líderes del país: articular un sueño común, conciliar aspiraciones individuales y colectivas, hacer explícito el puerto al que se quiere llegar, que necesariamente deberá atender la satisfacción de aspiraciones individuales y de calidad de la vida cotidiana (Escalante 2011:45).

4. Posibles caminos para tejer solidaridad relacional

La definición operativa de solidaridad (Pranisack y Buyx 2011) consta de tres niveles, comenzando por una conceptualización de cómo los individuos se involucran en practicar la solidaridad. Se organizan en una jerarquía de institucionalización, con el primer grado a nivel interpersonal y el más informal, y el tercer nivel más institucional y más formal-legal. Los individuos no son considerados como entidades dadas y claramente

unidas, como en el enfoque liberal, sino como personas cuyas identidades, intereses y preferencias emergen de las relaciones con otros, es decir, bajo una perspectiva más comunitaria. Consecuentemente la solidaridad puede ser vista como algo que es una necesidad innata y característica de la gente, no algo supererogatorio. Luego entonces las relaciones en este modelo no son vistas de manera independiente, sino como parte de la persona. Si bien Pranisack y Buyx no consideran los aspectos emotivos y conceptuales de la solidaridad, faltando entonces el motivo por el cual se relacionan entre sí las personas o los grupos (lealtad, confianza) o las razones para hacerlo (abolir determinada relación injusta) (Krisnamurthy 2013), su modelo sirve para clasificar los distintos niveles de intervención solidaria, en los cuales se incluirán también estos aspectos. Los tres niveles son: interpersonal, de prácticas grupales y de manifestaciones contractuales y legales; y semejante a la del universo liberal, comunitarista y socialdemócrata de la solidaridad (Martínez 2004). Dado el descrédito institucional y las insuficiencias en la práctica del estado mexicano en la atención de sus deberes públicos, la solidaridad tendrá que ver sobre todo con las relaciones establecidas en los primeros dos niveles.

El nivel interpersonal de solidaridad puede tomar varias formas: la conciencia de estar asociado con otros por elección, por destino u otras circunstancias. Así, entra la libertad en acción, en tanto por determinado motivo se elige hacerse solidario con otro u otros a quienes se decide ayudar. Se puede hacer propio el destino de otro(s) similares a quienes se presta ayuda, en al menos algún aspecto. La solidaridad no es tal si no está acompañada por actos, esto es, la manifestación externa de la voluntad de sobrellevar los costos de asistir a otros. Y también por sentimientos de confianza, empatía y lealtad hacia otros. A su vez, por la claridad de ayudar a salir a otro de una determinada situación injusta.

Es necesario que los profesionales de la salud conscientes y dispuestos a la solidaridad, contribuyan a educar la narrativa de los pacientes u otros colegas en vistas a la progresiva toma de conciencia de la necesidad y oportunidad de ha-

5 Hay un descrédito generalizado en el gobierno: la suma de rubros relacionados con la exigencia de buen gobierno da un 78%.

6 Aunque 68% piensa que México tiene los medios para salir adelante, 70% considera que no ha recibido su parte de la riqueza que tiene el país.

cerse solidarios con otros. Por ejemplo, orientar a la toma de conciencia que la asistencia sanitaria no es una bondad del estado o las instituciones de salud, sino un derecho que necesita ser atendido. Ante el individualismo reinante o la tendencia a encontrar la solución en el ámbito familiar, el primer nivel de solidaridad se genera en la proximidad con el otro en un contexto de respeto con el fin de recuperar la palabra, generar confianza, ofrecer testimonios personales de lealtad que hagan ver que asociados, es posible salir adelante de carencias de atención sanitaria a las que está sometida la población -aún aquella que tiene cobertura de parte de la medicina pública-. Pero también, tomar conciencia que la atención de la salud es un derecho humano que debe ser atendido y puede ser exigido y no paliado por supuestas instituciones filantrópicas. Tal es el caso del Teletón, evento destinado a recaudar fondos para crear centros de rehabilitación infantil en los que se otorga tratamiento gratuito a niños con diferentes discapacidades, que tiene la finalidad oculta de deducir impuestos al gran monopolio que los patrocina al atribuirse los donativos recaudados y justificarlos como propios. Esta y otras más son maneras que encubren la falta de cumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria en México (Páez y Reyes 2014).

Esto recupera la dimensión social y política del ser humano a través de la expresión de pensamiento y sentimiento, experiencia y estructura, que se verbaliza en un relato expresado en una conversación continua, cara a cara, a través de la cual se va construyendo el compromiso cívico. Crear capital social se desarrolla a través de una continua, prolongada e intensa conversación entre dos personas o entre pequeños grupos. Se requiere un contacto persona a persona a lo largo del tiempo para construir la confianza y la comprensión mutua que caracteriza a las relaciones que son la base del capital social. Además, el capital social es necesariamente un fenómeno local, porque se define por medio de conexiones entre personas que se conocen unas a otras (Blanco 2013).

Esta proximidad puede darse en la relación entre profesional de la salud-paciente, o paciente-paciente. Ante los grandes tiempos de espera que

tiene que soportar la gente en la medicina pública para tener una consulta o una intervención diagnóstica o terapéutica, retardo que en muchas ocasiones provoca pérdida de oportunidades curativas, la tendencia es solucionar el problema en lo individual a través del gasto de bolsillo, perdiendo el pequeño ahorro familiar para pagarse la atención de la salud. Se trata de verbalizar la necesidad con otro, tomar conciencia del derecho a ser atendido y exigirlo en diversos ámbitos.

La solidaridad a nivel colectivo o de prácticas grupales puede ser descrita como manifestaciones de un compromiso colectivo de llevar los costos de asistir a otros que están unidos por medio de una situación o causa compartida. Esta es la forma más prominente de solidaridad. La gente que comparte una situación participa de ciertos riesgos o logros positivos que emergen de, o definen una situación. O comparte los logros alcanzados por la lucha en favor de ciertos derechos, así como las respectivas cargas o contrariedades. Presupone igualmente sentimientos de lealtad, confianza, reciprocidad, y tener clara la causa injusta contra la que se hace solidario el grupo. Aquí se ve nuevamente cómo la solidaridad conduce a exigir el derecho a la asistencia sanitaria.

Un ejemplo consistiría en unirse entre pacientes para exigir a las autoridades del centro de salud la justa atención de su necesidad. Probablemente no esté en sus manos lograrlo, pero el conjunto de reclamos a diversos niveles de autoridades presionará para que éstas busquen caminos para solucionar la necesidad. Las redes sociales están cada vez más a la mano de la población y son un recurso efectivo para hacer presión social. Dicha unión pide echar lazos de lealtad y equidad entre el grupo para evitar dividirse cuando se ofrezcan favores particulares, los cuales se deberían rechazar por solidaridad. Si se van logrando pequeños éxitos que se puedan instituir como práctica normativizada, se habrá llegado hasta el tercer nivel de solidaridad o de prácticas institucionales que idealmente puedan positivizarse.

El tercer nivel se da si los principios y valores solidifican no sólo en normas sociales sino que se manifiestan en normas contractuales u otras

normas legales que construyen tejido social. Se trata de la más dura y firme forma de solidaridad.

Conclusión

Ante el problema de la falta de atención de la salud, la solidaridad relacional o política es un abordaje bioético complementario al basado en el derecho a la asistencia sanitaria. Además de retar a la generación de formas creativas de atención de la necesidad en salud, la práctica solidaria genera conciencia, construye lazos de relación entre la sociedad, y puede llegar incluso a instituir prácticas institucionales. Ante la crisis de atención a la salud vivida en México, la solidaridad relacional puede convertirse en una respuesta a través del fomento de la lealtad, la confianza, la conciencia crítica y la construcción de diversas concreciones de tejido social.

Entregado 12-3-2015

Aprobado 2-6-2015

Bibliografía

- BAYLIS, F., KENNY, N.P. & SHERWIN, S., 2008. A Relational Account of Public Health Ethics, *Public Health Ethics*, Vol 1, No 3:196-209.
- BUTLER, S., 2012. A dialectic of cooperation and competition: solidarity and universal health care provision, *Bioethics*, Vol 26, No 7:351-360
- BLANCO, A., 2013. ¿Y quién es mi prójimo? Una relectura de la solidaridad en la sociedad actual, *Sal Terrae*, Vol 101/7, No 180:649-661.
- COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. WHO [Versión electrónica]. Recuperada el 31 de julio de 2015. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
- CONEVAL - Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2012. Informe de pobreza en México 2012. CONEVAL [Versión electrónica]. Recuperada el 22 de febrero de 2015. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Pobreza/Informe%20de%20Pobreza%20en%20Mexico%202012/Informe%20de%20pobreza%20en%20M%C3%A9xico%202012_131025.pdf
- DÍAZ, U., 2012. Pagan los mexicanos doble por salud, *Periódico Reforma*, Sección Primera. [Versión electrónica]. Recuperada el 22 de febrero de 2015. Disponible en: <http://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?id=50030&v=5&po=4&urlredirect=http://www.reforma.com/aplicaciones/articulo/default.aspx?id=50030&v=5&po=4>
- ESCALANTE, F., 2011. El mexicano ahorita: Retrato de un liberal salvaje, *Nexos*, 1 de Febrero, 42-49.
- HOMEDS, N. & UGALDE, A., 2009. Twenty-Five Years of Convoluting Health Reforms in Mexico, *PLoS Medicine*, Vol 6, No 8. [Versión electrónica.] Recuperada el 22 de febrero de 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719806/>
- INSP - Instituto Nacional de Salud Pública, 2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, INSP [Versión electrónica]. Recuperada el 22 de febrero de 2015. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- KRISHNAMURTHY, M., 2013. Political Solidarity, Justice and Public Health, *Public Health Ethics*, Vol 6, No 2:129-141.
- MARTINEZ, J., 2004. El sujeto de la solidaridad: una contribución desde la ética social cristiana, en: VILLAR A. y GARCÍA-BARÓ M. (ed.), *Pensar la solidaridad*. Ed. Universidad Pontificia Comillas, Madrid, pp. 47-114.
- MARTÍNEZ, J.A., 2008. Derecho a la asistencia médica, en TEALDI J.C. (comp), *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, Ed. UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, pp. 247-249.
- OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development, 2014. OECD Health Data 2012. How does Mexico Compare, OECD. [Versión electrónica]. Recuperada el 22 de febrero de 2015. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014.pdf>
- ONU – Organización de las Naciones Unidas, 1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas. [Versión electrónica]. Recuperada el 22 de febrero de 2015. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- PÁEZ, R., 2002. La medicina y la justicia, en ALONSO, J., AGUILAR, L.A. y LANG, R. (comp), *El futuro del Estado social*, Ed. Universidad de Guadalajara, ITESO y Goethe Institut, Guadalajara, México, pp. 271-301.

- PÁEZ, R. y REYES, L.F., 2014. Violencia y salud, en LEON, F.J., LEÓN, D. y NAVARRETE, V., (comp), Bioética para la toma de decisiones, Parte 1, Ed. Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAIBE), Santiago de Chile, pp. 418-432.
- PENSKY, M., 2008. The ends of solidarity. Discourse theory in ethics and politics, State University of New York Press, New York.
- PNUD - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011. Informe sobre desarrollo humano. Equidad del gasto público: derechos sociales universales con subsidios focalizados, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, México. [Versión electrónica]. Recuperada el 22 de febrero de 2015. Disponible en: http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Mexico/Mexico_NHDR_2011.pdf
- POWERS, M. & FADEN, R., 2006. Social Justice, Oxford University Press, New York.
- PRAINSACK, B. & BUYX, A., 2011. Solidarity. Reflections on an emerging concept in bioethics, Nuffield Council on Bioethics, London.
- SÁNCHEZ, M., PALOMINO, B., 2005. La salud en México: algunas consideraciones actuales, Mundo Siglo XXI, Vol 1, No 2:35-44.
- SEGOB - Secretaría de Gobernación, 2014. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Gobernación, México, XX edición impresa.
- SOLOMON, S., 2013. Protecting and respecting the vulnerable: existing regulations or further protections? Theor Med Bioeth, Vol 34, No 1:17-28.
- TAMEZ, S., BODEK, C. y EIBENSCUTZ, C., 1995. Lo Público y lo Privado: las Aseguradoras y la Atención Médica en México. Cuadernos de Salud Pública, Vol 11, No 4:579-587.
- VENKATAPURAM, S., BELL, R. & MARMOT, M., 2012. The right to sutures: social epidemiology, human rights, and social justice, Health and human rights, Vol 12, No 2:3-16.