

El derecho a la salud: la necesidad de repensar los derechos sociales

The right to health: the need for rethinking social rights

Antonio Yepes P.¹

Resumen

Se plantea la necesidad de profundizar en el análisis acerca de la concepción del fenómeno salud-enfermedad en nuestro medio. Se critica la concepción metodológica, basada en la orientación cartesiana y newtoniana que rige la actividad científica tradicional, debido a que ha fragmentado la vida, la comunidad, la persona y por supuesto la medicina en cientos y miles de subsistemas. Se propone un enfoque integral que parte del estudio del conjunto en total en la cual se analizan las relaciones que sostienen los elementos constitutivos entre ellos y de su aporte a la esencia o núcleo de la estructura, de tal manera que los elementos derivan su significado del papel que cumplen para el todo.

Se propone repensar los derechos sociales haciendo énfasis en la necesidad de garantizar previamente el derecho a la inserción social. A la luz de la necesaria integración entre lo económico y lo social, se plantea superar el esquema asegurador que se aplica a partir de la vigencia de la Ley 100 de 1993, afectado directamente por la orientación neoliberal de nuestra política económica que ha originado desempleo masivo, subempleo y aumento de la economía informal, reflejados en una marcada exclusión social, por el tributo directo que garantice la atención básica universal.

Palabras clave

Salud-enfermedad, enfoque integral, exclusivo social, derechos sociales, inserción social, tributo directo.

Abstract

The need to deepen in the analysis about the conception, of the health-illness phenomenon in your environment is posed. The methodological conception based on the Cartesian orientation and Newtonian orientation that rules the traditional scientific activity is criticized, because it has fragmented life, community, the person, and for sure Medicine in hundred and thousands of subsystems. An integral approach is proposed beginning in the

¹ Rector, Fundación Universitaria San Martín, Medellín, Colombia

study of totality , in which relations among the constitutive elements are analyzed and their contribution to the essence or nucleus of the structure; so the elements derive their meaning from the role that they fulfill for the whole.

Social rights are proposed to be thought over again, emphasizing to need of previously guarantee the right to the social insertion.

And integration between economic and the social facts becomes necessary, so it is posed to overcome the insurance model, which has been applied starting from the validity of the 100 law of 1993, directly conditioned affected by the neo liberal orientation of our economic plan that has originated massive unemployment, underemployment, and a rise in the informal economy; reflected in a marked social exclusion, because of the direct tribute that guarantees the universal basic attention.

Key words

Health-illness, integral focus approach, social exclusion, social rights, social insertion, and direct tribute.

Hay quienes piensan que la salud en el hombre debería considerar niveles de la conciencia y estados espirituales, pues consideran que la salud humana no puede reducirse a la concepción fisiológica de la homeostasis. Hay quienes en cambio, consideran toda alusión a dichos aspectos como un atropello al enfoque científico porque esos asuntos parecen escapar a la prueba y a la constatación experimental. En el primer caso, nos vemos abocados a trabajar en los linderos de la Ciencia. Y en el segundo, a pensar que la salud se reduce a un mero equilibrio físico-químico. Ninguna de estas posiciones parece satisfactoria. ¿Qué es lo que ocurre?

Hace poco, Michael Crichton, un médico de Harvard, relató un interesante episodio ocurrido durante sus años de estudiante mientras realizaba la pasantía en una sala de Medicina Interna.¹ Todos sus compañeros de grupo se sintieron muy defraudados en sus expectativas de aprendizaje pues en aquella sala casi todos los pacientes presentaban la misma dolencia: infarto del miocardio. Consideraban que su estudio de los sistemas orgánicos iba a resultar demasiado reducido y circunscrito. Las lesiones pulmonares, gástricas, hepáticas, pancreáticas y renales, entre otras muchas, iban a quedar sin constatación empírica y directa.

Sin embargo, Crichton pensó que aquella era una ocasión muy propicia para estudiar la perspectiva psicológica de aquellos pacientes. En esos días recordó una investigación realizada en los Alpes por un médico suizo, gran aficionado al esquí, atendía frecuentemente accidentes ocurridos a practicantes de ese deporte. En algún momento, empezó a indagar por las causas de los mismos, esperando respuestas de naturaleza física tales como una falla en los patines, una falta de consistencia en la nieve, un saliente rocoso

inesperado entre otros. Su sorpresa fue grande cuando empezó recoger datos tales como “rupturas psicológicas”, “pérdidas emocionales”, “presiones económicas” y “conflictos de negocios” y otros, como las causas determinantes de las distracciones que habían conducido a los accidentes. En consecuencia, Crichton decidió sentarse del modo más cándido y natural en el borde de la cama de cada paciente y formular a cada quien la misma pregunta: “¿Por qué le dio infarto?”. Al Contrario de lo que esperaba, sus pacientes pudieron identificar con plena nitidez una situación específica de preocupación, un problema conyugal o laboral, un estado de angustia por la suerte de una persona amada, como las causas efectivas y suficientes de su mal.

Ahora bien, hay quienes desean considerar estas informaciones como datos referentes a la relación mente-cuerpo, sugiriendo que los estados mentales pueden llevar a la enfermedad y, de la misma manera, a la sanación y curación de cualquier estado patológico. Y es en este punto donde la polémica se enciende, pues aunque una gran cantidad de médicos podría estar de acuerdo en considerar tales estados mentales como causas efectivas de la patología resultante, muchos no lo estarán en cambio con la segunda parte de la afirmación, es decir, con la suposición de que, cambiando el estado mental, se pueda llegar a la sanación y a la curación. Y ello, porque su práctica clínica así se lo demuestra en una gran cantidad de casos.

A su turno, quienes sostienen el enfoque de la relación mente-cuerpo no se sienten satisfechos con un tratamiento que sólo enfoca aspectos físico-químicos como grados de trabajo cardíaco, niveles circulantes de adrenalina, concentración de sustancias coagulantes y otras “cosas” más. Creen de esta manera se están dejando de lado —arbitrariamente además— asuntos importantes que atañen directamente a la salud del paciente.

Investigaciones recientes sugieren que la dificultad para encontrar un criterio unívoco nace de un hecho básico y fundamental: *de enfocar la salud como si se tratara de un estado especial del organismo*. Dicho en otros términos, la confusión nace al enfocar al paciente aislado de su medio. Para nosotros, los médicos formados en la tradición occidental, las causas de la enfermedad deben encontrarse directamente en el paciente, de la misma manera en que un germen o un parásito pueden detectarse en los tejidos o en los fluidos de su organismo. Aún en el enfoque de la relación mente-cuerpo, insistimos en considerar al organismo aislado y en encontrar dentro de él la causa de su dolencia. Es un estado mental —un asunto dentro de él— lo que causa su enfermedad.

No nos salimos del organismo, más que para considerar las condiciones de un contagio. Claro está —decimos— que otras personas y animales pueden actuar como vehículos de la infección, pero para que el germen actúe, ha de instalarse en el organismo específico que enferma. Si no lo detectamos en sus tejidos no lo podemos certificar como causa efectiva del cuadro patológico.

Pero ¿qué tal que las causas efectivas de la salud y de la enfermedad estuvieran en la naturaleza y carácter de las relaciones que el organismo sostenga con su medio? ¿Qué tal

que sean las relaciones —ese asunto fugaz y difícil de aprehender— las que puedan catalogarse como sanas o enfermas?

Un experimento en la Universidad de Ohio apunta en esa dirección. En un grupo de conejos que recibían una dieta de colesterol cuidadosamente proporcionada a su peso, se encontraron algunos que desarrollaron, en el mismo período experimental por supuesto, un 60% menos de arterioesclerosis que el resto de sus compañeros. Después de revisar cuidadosamente en busca de la causa de semejante diferencia, se encontró que esos animalitos eran sacados de sus jaulas y acariciados con regularidad, por uno de los investigadores. Naturalmente, el experimento se replicó con dos grupos claramente diferenciados. Unos conejos a los que se suministraba colesterol y otros a los que se les suministraban colesterol y amor. El resultado se reprodujo en la misma medida. La diferencia era de un 60%. Todo indicaba que el hígado de estos últimos, en respuesta a la buena fortuna de sus dueños, había decidido procesar su ración de colesterol de un modo distinto.

Pero, advirtámoslo, esta sería la conclusión simple si nos mantenemos en el enfoque del organismo cerrado y aislado, conclusión que sólo atiende al caso donde se redujo la arterioesclerosis. En otros términos, esa formulación del experimento apenas explica la diferencia entre unos sujetos y otros pero no da razón del efecto del colesterol sobre el organismo, que es, a fin de cuentas, el objetivo básico de la prueba.

Si enfocamos la relación en el caso de los restantes sujetos, entonces tendremos que admitir preguntas muy molestas. Porque no se trata, como engañosamente podemos suponer, de cotejar el efecto del colesterol sólo con el efecto que puede producir la mezcla de colesterol y amor.

Las variables completas de la situación experimental son muchas más. Y ello, porque las relaciones nunca son, digámoslo así, asépticas. Especialmente si se trata con organismos que presentan un cerebro emocional altamente desarrollado. Las relaciones implican al otro en un sentido específico y concreto. Son facilitadoras o inhibidoras; amigables u hostiles; en el máximo nivel de indiferencia pueden llegar a ser neutralizantes, pero nunca son inocuas.

Esto significa que las condiciones claves de este experimento tendrían que ampliarse. Y la pregunta resultante tendría que ser de este tenor: ¿Qué papel cumple en el desarrollo de la arterioesclerosis, cierta dosis de colesterol, en conejos de X especie, siendo dicha dosis no elegida por ellos, al mantener a los sujetos aislados de su medio natural, impedidos de contactarse con sus congéneres, limitados al escaso espacio de la jaula experimental, privados de la oportunidad de elegir lo que comen y beben y adicionalmente, que, a pesar de poseer el cerebro emocional de los mamíferos, es decir, el cerebro emocional más desarrollado del planeta, sean tratados como seres insensibles?¹

¹ Una división etiológica de los instintos nos plantea la existencia de animales “precociales” que, como indica su nombre, son precoces, es decir, están listos para cumplir sus funciones

Si enfocamos la relación, las cosas pueden complicarse mucho. Porque tendríamos que explicar además los grados intermedios de la arterioesclerosis o las remisiones naturales de la misma. ¿Qué pasaría por ejemplo si después de suministrar a cada conejo su dosis diaria de colesterol se les dejara en libertad en un medio natural donde pudieran ser observados? ¿Qué ocurriría y a que conclusión llegaríamos si su ingesta libre contuviera nutrientes y químicos equilibrantes?.

En cualquier caso, hoy, a la luz del experimento a que aludo, no podemos dejar de lado las condiciones de aislamiento, de privación de movimiento, de restricción en la libertad para elegir su dieta, entre otras, a las que también se encontraron sometidos los conejos acariciados. Es decir, que no resulta válido concluir que el colesterol, en condiciones naturales de la vida de estos conejos tenga un papel relevante en el desarrollo de la arterioesclerosis, porque no podemos descartar, sin más, el efecto de estas otras variables. O dicho en otras palabras, el experimento no nos permite suponer que la misma dosis de colesterol, suministrada a conejos libres, sea perjudicial. Su diseño mas parece apropiado para estudiar bajo que condiciones (aislamiento, restricción física, trato indiferenciado, etc.) podemos asociar el colesterol con la arterioesclerosis.

¿En qué nivel de credibilidad científica queda en esta perspectiva el control experimental que hace unos años se nos hacía tan riguroso? Me parece evidente que ese rigor sólo muestra una gigantesca ceguera y una tendencia facilista a simplificar para no tener que lidiar con la complejidad real de los procesos naturales. Como diría Einstein: “Todas las cosas deben hacerse tan sencillas como sea posible, pero no más sencillas de lo que son”.

Y por supuesto, no estamos abogando aquí por un control experimental menos riguroso. Al contrario. El control tendría que ser mucho mas estricto para poder abarcar todas las condiciones relevantes. Dicho de otra manera, la simplificación y la omisión de variables que pueden tener una incidencia incluso mayor que las estudiadas sobre la patología y la salud, no pueden seguirse presentando, olímpicamente, como prácticas científicas. Los resultados de ciertos experimentos y estudios recientes parecen exigir entonces un concepto de salud mucho mas complejo que aquel al cual estamos acostumbrados. Un concepto de enfoque, no al organismo en si, sino la relación que sostienen los distintos individuos de una comunidad biótica y que buscaria las causas y las explicaciones de la enfermedad, lo mismo que los niveles crecientes de salud, en aquellas relaciones. Esto significa armonía de

tan pronto como nacen. La mayor parte de estos responden a influencias hormonales externas y a estímulos específicos como la luz pero por otra parte, aparecen los “altriciales”, cuya característica fundamental es el nacer disvalidos y, en consecuencia, tener que depender de los padres o de otros adultos para su supervivencia. Esta característica se inicia en las aves y llega a su punto máximo en los mamíferos. Dentro de estos, el hombre es por supuesto el ser mas disvalido al nacer y su dependencia del aprendizaje y de los demás miembros de su especie es tal, que nunca alcanza un nivel de independencia total.

todo el orden, una cualidad que se aplica al conjunto y no a los elementos que lo constituyen.

De hecho, es un concepto que enfoca la salud de toda la comunidad como el verdadero dato de interés. Así como en la organización industrial resultó claro un día que la productividad aislada de una sección, por más alta que sea, nada indica sobre la productividad integral de la empresa y que antes bien, una altísima productividad de una sección, comparativamente con las demás, puede resultar en una severa desventaja para el conjunto total. En una ensambladora de radiotransmisores por ejemplo, puede existir una sección que produzca muchas piezas de un tipo, por ejemplo antenas, mientras otra, digase la sección encargada de producir los tableros donde se sintoniza el dial, solo alcanza a producir la mitad de las unidades. En ese caso la productividad integral de la ensambladora no se modifica por el aumento en la productividad de la primera sección, antes aumenta las existencias de antenas que nunca van a poder instalarse ya que la productividad real y total de la empresa siempre será equivalente a la productividad de la sección menos productiva. Si esta solo alcanza a producir 10 tableros al día, esa será la cantidad de radiotransmisores que salgan de la empresa, nunca un número mayor.

Este concepto se opone a la concepción tradicional, orientada por un paradigma analítico, según el cual, para comprender un asunto es necesario descomponer dicho asunto en sus elementos constitutivos antes de comprender las cualidades como propiedades y funcionamiento del conjunto. En realidad, este paradigma es engañoso, porque nunca vuelve al Todo. Su método le impide regresar. Y ello es así, debido a que cuando aísla uno de los subsistemas para estudiarlo, ese subsistema se le convierte en un nuevo todo, el cual, a su turno, debe ser descompuesto en sus elementos constitutivos antes de poder comprender sus características y funcionamiento integrales y así, hasta el infinito. Es un movimiento sin fin; es un paradigma que aunque parte de una formulación aparentemente integral, de una promesa de ocuparse del todo, desarrolla un método de avance en una sola dirección: en la de separar, a cada paso, cada asunto, en sus elementos constituyentes. *No vuelve al Todo, porque no ha concebido jamás, una sola forma de aproximarse a él.*

Es una concepción metodológica que ha ido fragmentando la vida, la comunidad, la persona y por supuesto la Medicina en cientos y miles de subsistemas y que no tiene en su estructura un solo recurso para corregir el rumbo. El nuevo paradigma en cambio, parte del estudio del conjunto total, su caracterización, sus propiedades y modos de funcionamiento y examina los elementos constitutivos a partir de la relación que sostienen entre ellos y de su aporte o contribución a la esencia o núcleo de la estructura. Los elementos derivan su significado del papel que cumplen para el todo.

Esto significa que en el reconocimiento general de un paciente deberían ocupar lugar absolutamente principal las diferentes relaciones que este sostiene en el seno de su familia, en su trabajo, en su barrio y en su comunidad en general. Su salud será, digámoslo así, proporcional al grado de integración, participación y contribución al conjunto u organismo mayor que lo contiene. En esta concepción, el estado general de los sistemas orgánicos del

paciente formaría parte de ese reconocimiento por supuesto, mas no como el terreno donde se da lo causal, sino como el terreno donde aparecen los efectos.

En esta dirección se han realizado estudios muy relevantes. Un estudio sobre relaciones parentales, efectuado entre estudiantes de medicina, reveló que en la medida en que estas relaciones son más frías y en que dichos estudiantes presentan una mayor incapacidad de expresar sus emociones, hay una mayor incidencia de cánceres mortales.² Y en el mismo sentido, un grupo de pacientes con cáncer de mama mostró diferencias significativas en el tiempo de vida entre las personas que expresaban sus emociones y las personas que se mostraban pasivas.³ Y como estos estudios, muchos otros que empiezan a revelar que los modos como se encaren las relaciones con los distintos ámbitos donde discurre nuestra vida son determinantes para el desarrollo de la salud y para la aparición de distintos cuadros patológicos. Son estudios que muestran que tanto la longevidad, como la gripe o las infecciones coronarias, no pueden entenderse ni comprenderse cabalmente sin apelar al estudio de las relaciones que la persona sostiene con las comunidades donde habita.

Ahora bien, las concepciones predominantes de la salud en un país, se expresan en su educación y en su estructura asistencial y determinan en buena medida las posibilidades reales de asegurar el derecho de los ciudadanos a la salud.

En la primera concepción, las especializaciones reducen cada día mas la visión integral del organismo y mucho más, la visión integral de una comunidad. El argot usual de los profesionales de la salud revela incuestionablemente su visión recortada y el carácter despersonalizado de su relación con el paciente: “En la habitación 43 hay un enfisema pulmonar”; “en la 14 hay una diverticulosis”, son expresiones comunes en hospitales y clínicas. Cuando oigo estas expresiones no puedo dejar de preguntarme: ¿Cómo podrá asumir el paciente un poco de responsabilidad sobre su estado de salud con este enfoque? Resulta tan absolutamente alejado, tan indescifrable para él, que la sola expresión de su diagnóstico, en el caso de acompañarse de suficiente ansiedad, tendría que bastar para matarlo.

Las especializaciones proliferan, no según la proporción y la distribución de las distintas patologías en el país, sino dependiendo de la rama profesional que se considere más prestigiosa, más exigente desde el punto de vista académico, más exclusiva, incluso más extraña o simplemente más rentable. Es decir, que la educación se mueve por criterios ajenos al estado real de salud de la comunidad.

A su vez, la estructura asistencial está totalmente desintegrada y por lo tanto es completamente ineficiente. Con el fraccionamiento no sólo de los servicios sino incluso de las instalaciones físicas, estamos asegurando que la población permanezca alejada hasta de la mera asistencia. La consulta externa por un lado; los laboratorios en otro; las farmacias en otro más; los servicios de vacunación en otro; el servicio de aquella especialidad no sólo demorado a veces durante meses enteros sino además, ubicado en el otro extremo de la ciudad; las oficinas para las afiliaciones, los recaudos y la información en otras partes, en

fin, cuando observo la gigantesca dispersión de la actividad, no puedo menos que comparar esta estructura con una serviteca.

En una serviteca moderna, uno lleva su vehículo a un servicio de alineación. Si el técnico detecta que el carro necesita antes la rectificación de un eje, inmediatamente lo pasa al taller que funciona allí mismo; si además determina que se requiere cambiar un guardapolvo, inmediatamente solicita el repuesto al almacén que se encuentra dentro de las mismas instalaciones; cuando usted lo llama para informarse de su carro, él le informa en detalle qué se le está haciendo, dónde se encuentra en el momento y la hora probable de entrega. Y cuando usted llega por él, puede esperar en una sala leyendo una revista y saboreando un tinto, mientras le preparan la factura y se la entregan en su silla. Usted sólo tiene que dirigirse a la taquilla que se encuentre libre y pagar, para recibir su factura cancelada. Mientras tanto, el técnico que le recibió el carro está sacándolo de su sitio de parqueo para entregárselo personalmente, directamente al frente de la puerta de salida. Se puede pensar que un automóvil tiene asegurada en Colombia una asistencia más integral que el afiliado a nuestro sistema de Seguridad Social en Salud.

Introducir un nuevo concepto de salud en Colombia puede llevarnos el resto de nuestras vidas y más, pero parece lo único razonable que podamos emprender. Un modelo que empieza por enfocar las relaciones que cada quien sostiene con los demás es un modelo que permite responsabilizar directamente a cada persona. Es un modelo que exige la reestructuración de los servicios asistenciales de salud en centros integrados, ubicados en el seno de las comunidades específicas, definidas, capaces de responder diferencialmente a las necesidades de estas, de realizar procesos educativos que lleven a la comunidad atendida a interesarse en estudiar la salud de todo el conjunto, detectar dónde y cómo progresa y dónde y cómo flaquea. Es un modelo que genera la necesaria participación.

Por supuesto, también es un modelo que exigirá una formación muy diferente de los profesionales de la salud. Y además reclamará cambios en la manera de formular políticas porque los esfuerzos sociales no podrán ser encarados a la ligera. Es un desafío gigantesco, pero no encuentro otra ruta que pueda ofrecer verdadera esperanza.

En este orden de ideas, es necesario por lo tanto repensar los derechos sociales y entre ellos, especialmente, el derecho a la salud. Como ya lo anotamos, la salud es un proceso dinámico, es un fenómeno holístico, por lo tanto no pueden darse definiciones estáticas, permanentes. En ese proceso participan el individuo con sus componentes biológico y psicológico, pero a su vez también participan su entorno ambiental, social y económico:

El concepto de salud y los conceptos de enfermedad relacionados con él no se refieren a entidades bien definidas, sino que son partes integrantes de unos modelos limitados y aproximativos que reflejan la red de relaciones entre los numerosos aspectos de ese fenómeno complejo y fluido que es la vida.⁴

El organismo humano es un sistema dinámico con aspectos psicológicos y fisiológicos interdependientes, haciendo parte de sistemas mayores de

dimensiones físicas, sociales y culturales con los que entabla relaciones recíprocas.⁵

Por lo tanto no se puede hablar de la salud como un derecho absoluto que se concede, que se otorga y del cual son responsables sólo los médicos y los servicios de salud. En ese proceso es necesaria la activa participación del individuo y de la comunidad y por lo tanto es una construcción colectiva, en donde existen derechos y deberes. Se podría hablar del derecho a la atención en salud de manera aislada, pero de que le sirve a un ciudadano tener derecho a la atención en salud, si a la vez no tiene garantizados derechos fundamentales como los derechos a la vida y al trabajo —vulnerados en Colombia de manera permanente—, si no tiene garantizada la protección a su vida y si logra sobrevivir no tiene la posibilidad de serle útil a la comunidad mediante el desempeño de una actividad que le permita realizarse como ser, humano integrante activo de una comunidad. Por ello, la salud es un proceso complejo, heterogéneo, que exige además de los esfuerzos individuales, la participación de todo el núcleo social.

En este sentido, el Estado no puede desentenderse de esta perentoria obligación constitucional. El Ministerio de Salud debe ser el eje del sistema, respondiendo por la aplicación de las políticas estatales, orientando las actividades, vigilando las tendencias epidemiológicas, coordinando la atención de los eventos catastróficos y articulando acciones con el sector educativo en la formación de los recursos humanos, con las calidades necesarias y en la cantidad y distribución apropiadas.

El avance del capitalismo salvaje y la aplicación del modelo de desarrollo neoliberal, basado en una apertura acelerada— que deja el futuro de la comunidad dependiente de las tendencias del mercado—, han originado en los países pobres —y en la mayoría de los desarrollados— una profunda crisis en los principios organizadores de la solidaridad y en la concepción de los derechos sociales.⁶

Esta crisis repercute directamente sobre el sistema de los seguros de tipo social, cuyos procedimientos seguirán siendo insoslayables y permanecerán como una de las formas modernas del vínculo social, pero no desempeñarán un papel central en la aplicación de los derechos sociales, a los cuales pertenece el de la salud. Por consiguiente, el Estado, como sociedad aseguradora, también ha entrado al momento crítico y ya no puede seguir la mutualización creciente de los riesgos sociales.

Los derechos sociales, como compensadores de un disfuncionamiento pasajero ya no tienen vigencia. El desempleo masivo y creciente, con su lógica consecuencia de una gran exclusión social ha desbordado el esquema asegurador, puesto que se ha formado un círculo vicioso incontrolable, mediante el cual es necesario indemnizar la exclusión social aumentando los aportes parafiscales, lo cual a su vez impide la generación de empleo estable, que disminuye el volumen de los aportes. Antes de hablar de derechos sociales en las normas es necesario garantizar el derecho a la inserción social en la realidad.

La categoría unificadora del riesgo perdió su pertinencia; está todavía vigente pero cambió de escala. Ya los fenómenos de exclusión social y de desempleo masivo no son riesgos ocasionales, han pasado a la larga duración y a la estabilidad. Se plantea, entonces, el regreso al tributo directo para asegurar una atención de salud básica y universal, pero asociada a cambios en el modelo de desarrollo que le permitan a los ciudadanos participar activamente en la construcción de la sociedad y asegurar así la atención de ellos mismos y de aquellos que padecen algún tipo de invalidez.⁷

La sustitución de la figura del asegurado social por la del contribuyente se hace necesario debido a fenómenos demográficos, sociales y económicos que han incidido directamente para plantear la necesidad de esa transición. El aumento en la expectativa de vida, la disminución de las tasas de natalidad, las diferencias en los costos —es una tercera parte para la población de 20 a 60 años comparada con la de 80 a 90 años de edad— el aumento del desempleo y el auge de la economía informal, han precipitado la necesidad de la transición propuesta debido a la amplia disociación que han producido entre el contribuyente y los derecho-habientes.

No se trata, entonces, de acabar con los mecanismos aseguradores, pero si es necesario diferenciar significados: el seguro es una técnica y la solidaridad es un valor; no son antitéticos pero si muy diferentes.

Todas las causas anotadas han llevado a la autodestrucción de la solidaridad, tal como afirma Jean Francois Revel. La disociación profunda entre lo económico y lo social es también una consecuencia de las grandes contradicciones del capitalismo moderno y de la sociedad individualista y de consumo.

Ante estas dificultades, no se puede caer en la tentación de establecer subsidios para la subsistencia o en introducir la victimización social, como la denomina Ronsavallon en su obra ya citada, estrategia que busca, especialmente en Estados Unidos, producir efectos de redistribución sobre la base de una filosofía de la indemnización; el individualismo radical pretende compensar a las víctimas y ampliar los derechos civiles, antes de afirmar los derechos sociales.⁸

No se puede cambiar el derecho al trabajo, a la utilidad social, a asociar su ingreso al reconocimiento de una función social por el simple derecho al ingreso de manera subsidiada.

Es necesario pasar de una sociedad de indemnización a una sociedad de inserción. Se debe pensar en un nuevo tipo de derecho social que ocupe una posición intermedia entre derecho y contrato sociales. Se debe superar la protección y la dependencia para pasar a la participación social. Se debe abrir campo a un nuevo tipo de gravamen que permita efectuar una redistribución a partir de una comprensión ampliada de las diferencias y las desigualdades.

En la sociedad actual, marcada por el signo del capitalismo a ultranza, se encuentra un gran dinamismo, mucha inequidad, marcadas desigualdades, que han reorganizado los modos de diferenciación que ya no son únicamente colectivos sino cada vez más individuales. Se debe tener cuidado para que este reconocimiento de la individualidad y su autonomía sea compatible con la solidaridad, que la asistencia recibida sea un derecho y no una protección.

La nueva concepción de los derechos sociales exige profundas reflexiones en los medios académicos, amplias consultas con todas las organizaciones populares, decisión política para innovar y diseño de medidas audaces que vayan al fondo del asunto para plantear soluciones a largo plazo que tengan en cuenta una filosofía clara del proceso de la salud y la enfermedad ante los derechos sociales.

La reforma de la seguridad social en Colombia apenas tiene cinco años de aplicación, con un período de transición demasiado corto para los objetivos buscados, en medio de múltiples obstáculos, en un sector tradicionalmente marginado y deprimido. Antes de proponer su derogatoria o reformas aisladas en aspectos circunstanciales, emprendamos un amplio debate social, orientado por las instituciones académicas, para tener la posibilidad de contemplar soluciones de fondo, que obedezcan a principios filosóficos y tengan legitimidad social. Antepongamos lo importante a lo urgente.

Referencias

1. Crichton M. Viajes y Experiencias. Barcelona: Plaza & Janes; 1998.
2. Thomas CB. Precursors of premature disease and death: the predicting potential of family habits and attitudes. *Ann Intern Med* 1976; 85: 653–658.
3. Derogatis LR, Abeloff, Melisaratos N. Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *J Am Med Assoc* 1979; 242(14): 1.504–1.508.
4. Capra El punto crucial: ciencia, sociedad y cultura naciente. Buenos Aires: Troquel; 1992.
5. *Ibíd.* p.423.
6. Rousavallon. La nueva cuestión social: repensar el Estado. Buenos Aires: Manantial; 1995.
7. *Ibíd.*
8. Propuesta electoral de Bill Clinton en 1992. En: *Putting People First*.