

DERECHO A LA SALUD Y SISTEMA SANITARIO

La asistencia sanitaria ha sido cubierta por el sistema público en salud según criterios de necesidad y de ciudadanía

Cobertura universal y gratuita

Según necesidades de salud indiferente a hechos, personas y contingencias

La salud es el bien común. Un espacio compartido que consolida el civismo democrático.

Hablar de salud es hablar de la vida. Conjunto de prácticas corporales y sociales, higiene, alimentación, sexualidad, ocio, deporte, hábitat, trabajo, educación...



Un modelo de contrato social:

Ante enfermedad y mala suerte de padecer una enfermedad se da la certeza de poder tener un acceso, diagnóstico y tratamiento

Parte del supuesto de que las personas sanas y los trabajadores activos pagan con sus impuestos la sanidad de las personas enfermas. Bajo el acuerdo de que sus hijos pagarán la sanidad de los que hoy están sanos.

Desde la solidaridad de la transferencia de bienestar para la cohesión social y seguridad. Garantiza la integridad moral y un progreso científico (impuestos presentes para atención futura + I + D actual para futuro)

Contrato social= "conjunto de derechos y deberes compartidos que tienen las personas y el estado, así como el reparto de los mismos

Más expectativas de ser tratado y cómo por el Estado y los demás ciudadanos. Un acuerdo moral y un modo de organización del bien común que aporta beneficios mutuos al individuo y la comunidad.

Fundamento ético de la sanidad pública universal de los llamados Estados de Bienestar
Sistema Nacional de Salud

Las primeras referencias al concepto de contrato:

-Hobbes: el contrato es un acuerdo entre las personas que persigue una seguridad personal que sólo puede garantizar el proceso de civilización por la protección del Estado.

-Locke: el contrato es legitimado por la representatividad democrática

-Rousseau: contrato como instrumento de defensa ante posibles decisiones inapropiadas de la mayoría

☒ **Justicia social y sanidad**

El sistema sanitario español está fundamentado en los valores liberales e igualitarios que conforman el Estado de Bienestar y están determinados por la constitución de la Ley General de Sanidad de 1986

Contrato social basado en:

-Distribución de los recursos: se fundamenta en el hecho de que no podemos saber a priori ni cuando vamos a enfermar ni de qué enfermamos. La probabilidad de enfermar es impredecible y aumenta con el paso del tiempo para todas las personas con indiferencia de su clase o estatus social. Sistema de acceso universal y gratuito en la que nos une los unos a los otros y nos vincula a nuestra comunidad (identidad y sentido de pertenencia) que constituye cohesión social y civismo democrático.

-Igualdad de oportunidades: la igualdad en disfrutar de las mismas oportunidades definidas por el acceso a los recursos sanitarios, reconocimiento a unos derechos básicos y dignidad que nos define como seres humanos capaces de razonar y de sentir. Como derecho humano.

-Principio de diferencia: que permite el acceso prioritario a los más desfavorecidos frente a los que están de menos urgencia. El principio de enfermedad grave prevaleció sobre cualquier otro criterio de edad, género, mérito social o capacidad económica. Fundamentado por políticas de discriminación o afirmación positiva.

☒ **Ética sanitaria y contrato social**

La práctica de la medicina sigue un código deontológico

Los seres humanos son merecedores de respeto y dignidad mientras que los servicios son objetos o cosas cuya función es la de ser utilizados en situaciones de necesidad. Las personas son fines en sí mismas que merecen el mejor tratamiento y trato posible.

Principios básicos: no hacer daño, hacer el bien, sentido de justicia y respeto a la capacidad de autodeterminación

Los médicos deben ayudarle en el proceso de toma de decisiones mediante una presentación de certezas e incertidumbres asociadas a los posibles cursos terapéuticos y dándole apoyo y consejo.

Cuanto más responsable se sea en el cumplimiento se refuerza la atención y la ampliación de los derechos de los pacientes. Derechos + derechos=más derechos.

Aquello que atente contra la dignidad de las personas debe ser corregido o aliviado en la medida de lo posible. Las obligaciones responden al principio de reciprocidad.

De la cartera de servicios a las necesidades sociosanitarias

Frente a la injusticia natural la justicia social

La crisis financiera del Estado de Bienestar afecta de forma directa a los servicios de salud y no debería modificar los principios éticos de la práctica profesional. Obliga a replantear el modelo de contrato social adaptándolo al momento actual.

Contrato social basado en solidaridad (derecho de ciudadanía, el Estado se encarga de distribuir los recursos en función de la necesidad), subsidiariedad (pública y privada) y responsabilidad (mutua)

Estimación del impacto de los determinantes sociales sobre el estado de salud de la población

15% factores biológico y genético

25% sistema de salud

10% ambiente físico

50% ambiente social y económico

Diferentes campos

Hay alternativas paliativas a la medicina como la fisioterapia, aguas termales, medicina tradicional china, homeopatía, acupuntura, deporte. Sin embargo, en la sociedad lo que está bien visto es acudir al sistema hospitalario.

Medicina científica o medicina popular. Se puede ejercer solo en el caso de disponer de un título aceptado por el gobierno, con contrataciones en diversos puestos.

-Biológico=social

-Natural=cultural

-Empírico=ideológico - simbólico

-Conocimiento=ignorancia

-Racional=irracional

-Actividad=pasividad

-Poder=desposesión sumisión

-Científico=mágico - religioso

-Objetivo= subjetivo

-Verdadero=falso

☑El carácter ideológico/social de la ciencia (a propósito de la práctica de la medicina)

a) Práctica médica

Es un producto sociocultural y tiene un impacto en la sociedad.

Anteriormente, había una distinción entre lo social y lo biológico. El nexo entre la ciencia médica y la cultura es el producto social de las circunstancias históricas.

Según la época de la historia en la que estemos o la sociedad, variaría lo que entendemos por medicina o salud. Por ejemplo, los testigos de Jehová no quieren operarse por su religión. También, según qué comunidad, le dará más importancia a un tipo de enfermedad que a otra. Así como la propia persona, no vivirá la enfermedad como puede hacerlo otra persona. Influye el umbral del dolor.

La medicina ha ido empeñando un papel importante en lo que es la organización social, la formación y cambio del sistema de ideas y representación.

b) Objeto construido socioculturalmente (saber/poder)

Reflexionar sobre las relaciones entre medicina científica y medicina popular y las relaciones de saber y poder.

Asocia el poder con el conocimiento, así como con las condiciones sociales de clase que permiten adquirirlo.

-Práctica medicina

-Representaciones de la práctica

-Profanos

-Enfermos

c) Saber médico: interpretación + construcción=percibir, reconocer e identificar

El saber médico no es una lectura del organismo sino una interpretación o construcción por lo que dos médicos puede que no lo interpreten de la misma manera. Una interpretación que posteriormente, hay que reorganizar o pedir una segunda opinión para poder realizar el diagnóstico. A un médico, le puede parecer más significativo una cosa u otra. También influye la universidad en donde haya estudiado.

Muchas veces, al no saber un diagnóstico fijo, nos mandarán una receta u otra para “probar”.

d) Encuentro

-Técnica-cuerpo. Una misma técnica puede que no ayude a dos personas con la misma enfermedad. Es decir, no es lo mismo una persona sana que una que ingiere cocaína.

-Médico-enfermo. El médico es un proveedor de servicios del estado y el enfermo es un demandante de servicios. Alguien que se cree con derecho a que le digan que le pasa. A veces, no hay un ajuste entre lo que una persona demanda y lo que le ofrecen.

-Individuo-sociedad

e) Afinidad discursiva

Diferencias contextuales que llevan a formas distintas de abordar una misma situación.

Las construcciones en torno a la salud y enfermedad, podían ser muy variables según el grado de afectación de la enfermedad, su proceso de desarrollo, el sexo y la edad, aceptación o no aceptación de la misma. Así como la propia situación económica, social y familiar del enfermo.

Muestra cómo los mismos elementos somáticos y sociales van adquiriendo una dimensión e importancia diferente y diferenciadas en un caso u otro.

La salud y enfermedad, representaciones en torno al cuerpo, la vida y la muerte viene dado por la concepción de la persona y las relaciones con los demás.

Diferentes concepciones:

-Ontológico (filosófico)-relacional (lógica y teoría de conjuntos)

-Exógeno (causas externas)-endógeno (causas internas)

-Sustractivo-auditivo

-Benéfico-maléfico. Solemos pensar que las enfermedades son malas.

☒ Distinguir

- Conocimiento ordinario: la ayuda filantrópica tiende a resolver sin pasar por lo científico
- Conocimiento científico: implica una toma de decisiones apoyadas en la aplicación de conocimientos científicos y aplicando métodos de trabajo científicos. No viene de Europa sino de América.

☒Referencias a la historia

1905 en Massachussets: primer servicio de trabajo social sanitario con el doctor Cabo.

En esta época tiene mucha influencia la tuberculosis ya que las condiciones de vida no eran óptimas. No solo por las condiciones (alimentación, vivienda...) sino por su fácil transmisión. Fue un indicador importante para ver la economía de la época.

No solo tratamiento médico sino un tratamiento social mediante programas de saneamiento público, alimentación... y se vio que la tuberculosis fue disminuyendo. Esta práctica se fue sistematizando. La impulsó una discípula de Mary Richmond, Isabel.

☒En nuestro caso

Mediados de los años 50 en el contexto de dictadura y autarquía (hospitales y psiquiátricos): funciones burocráticas o de vinculación entre pacientes y familias.

Años 80: transición, incorporación a los referentes europeos.

☒Es una actividad

- Investigar: factores sociales que inciden en los procesos de enfermar. Amaia Ituarte dice que un factor psicosocial (por ejemplo, el desempleo) no afectará de una manera a dos personas. Influyen diversos factores.
- Intervenir: en los problemas (implicaciones sociales que concurren en estos procesos)

Nuestro contexto asistencial es un contexto relacional

☒Diagnóstico social como proceso

Es un proceso circular, no lineal

Ha de ser participativo entre diferentes agentes

Tiene un contenido historicista

No hay atajos para su construcción el procedimiento describe los pasos a seguir de obligatorio cumplimiento

Se encuentra en las relaciones sociales

Elementos clave: causas, fortalezas, impedimentos en la intervención

Primero entrevistar a la persona usuaria para posteriormente, ver la posibilidad de recoger mayor información o no y preguntarle si podemos preguntar a sus familiares...

María ángeles Duran: la enfermedad tiene un patrón social específico que vaya en frecuencia, duración, grupos concretos en los que incide y tipo de costes que genera, por cuanto que cada sociedad genera un tipo específico de enfermedades, y un modo de enfrentarse

Medicina primitiva

La enfermedad y la sanación estaban dentro del pensamiento mágico. Una entidad divina por encima de la persona. Esto, puede pasar actualmente en el ámbito de la religión, por ejemplo.

El doble ciego: crear dos grupos iguales. A uno se le aplica el medicamento y al otro, placebos. Mediante la sugestión, se obtiene la misma respuesta.

Se necesita buscar la causa de la enfermedad. Esto viene del pensamiento filosófico.

Los romanos unieron a la visión griega (búsqueda de equilibrios) la salud pública. Llevaron las prácticas de sanación individuales a la grupal. Desde el cuidado colectivo. Los gladiadores eran grandes cirujanos.

La medicina en la edad media

Supone un paréntesis. La comprensión racional de la salud.

Se desarrolla una forma de conocimiento científico que conoce los efectos, pero no la razón. Es el caso de las mujeres sanadoras. Lo que más tarde, se reconoció como brujas.

La inquisición supuso de convivir la sociedad en un poder absoluto de la iglesia. Se aniquiló todo tipo de pensamiento que pudo ser diferente. Muchas de las mujeres, murieron en la hoguera. Así como enfermos mentales, epilepsia (creían que eran endemoniados). Pero, sobre todo, mujeres ya que eran las que cuestionaban el orden absoluto. Tenían el poder de la sexualidad (las pulsiones). Conocían las hierbas y su poder no era legitimado.

El renacimiento

Seguimos manteniendo la mayor parte de la mujer como papel fundamental (rol cuidador) pero sin embargo, socialmente se reconoce más al hombre.

Supone una serie de cambios sociales. Desplazamiento del poder de la nobleza ya que hay una nueva clase emergente, la burguesía. La cual se desvincula del poder religión y se vincula al poder económico. Lo que tiene es la posibilidad de liberar el conocimiento.

La revolución francesa

Aporta el poder ciudadano como sujeto de derechos. Nuestro sistema sanitario actual, no podría reconocerse sin

TEXTO 1/TEMA 1: JAVIER PADILLA Y PEDRO GULLÓN.

Las epidemias no surgen de la nada, parten de unos contextos sociales, políticos concretos y entender este sustrato político, económico, sanitario y social es clave para analizar como afectan.

Transición demográfica, epidemiológica y sanitaria

Las sociedades cambian con el tiempo por tanto la estructura de su población y las causas de muerte también. La “teoría de la transición demográfica” se utiliza para describir el proceso histórico de cambio en los niveles de mortalidad y fecundidad.

Esta transición se puede resumir en cuatro fases: fase I, población joven con una alta tasa de fecundidad y de mortalidad. En una segunda fase, la mortalidad empieza a descender, pero la fecundidad se mantiene alta con un importante crecimiento poblacional. En la tercera fase, la fecundidad disminuye por lo tanto el crecimiento poblacional es pequeño hasta una cuarta fase con poblaciones muy envejecidas.

Esta transición por tanto ha ido acompañada de un cambio en las razones por las que enfermamos. Esta teoría de cambio es reconocida como “transición epidemiológica” y describe la evolución de las causas de enfermedad, muerte y discapacidad centrandose en el descenso de la mortalidad y el cambio en la distribución poblacional.

En este transcurso de transición ocurren tres cambios principales:

1. Sustitución de las causas de muerte: las enfermedades infecciosas, son sustituidas por enfermedades de carácter crónico y degenerativo asociadas a las condiciones sociales de la actualidad.
2. Desplazamiento de la morbi-mortalidad: Son desplazadas hacia edades más avanzadas. De esta forma la esperanza de vida aumenta pero las personas se ven expuestas a factores de riesgos que conlleva un aumento de carga de enfermedad en la etapa final de la vida.
3. Cambio de patrón epidemiológico de la mortalidad a la morbilidad: La enfermedad deja de ser un proceso agudo que termina con la muerte o curación, pasando a ser crónico.

El término “transición sanitaria” hace referencia a la evolución de los factores que influyen en la salud. Por ejemplo: condiciones laborales, infraestructuras, cambio climático...

Transición de la orientación sanitaria y los sistemas de salud.

Los modelos de atención sanitaria desde sus inicios se ajustaron al patrón epidemiológico de salud y enfermedad, los recursos para paliar las enfermedades eran limitados y los lugares donde se realizaba la atención sanitaria tenían como objetivo aliviar y acompañar a la vez que aislar a las personas con enfermedades infecciosas.

Hemos construido nuestros hospitales basándonos en la atención a personas con cuadros agudos.

No es hasta el siglo XX y el surgimiento de la Atención Primaria en Salud, cuando se plantean nuevos modelos que abarcan una relación salud-enfermedad diferente y más compleja. Esto no significa únicamente que la Atención Sanitaria se enfoque hacia los problemas más prevalentes, sino que implica una reorientación comunitaria de la atención sanitaria.

La alta accesibilidad, la atención integral, la coordinación con otros niveles asistenciales deberían ser uno de los muchos elementos prioritarios a la hora de organizar la atención sanitaria.

En las epidemias el papel que tienen se reflejan en las necesidades generadas y la forma de abordar los problemas derivados del distanciamiento social prolongado y el debilitamiento de la vida social y económica cuyas consecuencias son fáciles de prever pero difíciles de prevenir.

¿Son las transiciones epidemiológicas fenómenos naturales?

Considerar que todos los pasos de la transición epidemiológica son procesos naturales, es marcar nuestra situación política hacia situaciones que nacen fundamentalmente de situaciones de injusticia y explotación.

Hay diversas críticas que están basadas en una posición anticolonialista, que considera bajo esta premisa que la transición epidemiológica de los países en vías de desarrollo se debe principalmente a las ayudas técnicas y financieras de las potencias colonialistas y que es completamente independiente de su situación histórica, social y cultura.

Avilés propone cinco mecanismos por los cuales la ideología ha penetrado como un proceso natural en lo que ocurre:

1. Organizaciones internacionales como elementos centrales para determinar y evaluar el progreso en esos países.
2. Ocultamiento de los intereses políticos y económicos de estos grupos.
3. Simplificación de los procesos de salud-enfermedad al supeditar todas ellas a la modernización y el desarrollo industrial.
4. Cuestionamiento de la validez científica de las propuestas apuestan por la crítica al sistema establecido.
5. Presentación de todos los procesos sociales como “estados naturales universales”

Al intentar convertir la “transición epidemiológica” en una gran relato explicador de lo que ha ocurrido y de lo que debe ocurrir en todos los contextos sociales y culturales, nos exponemos a ejercer una práctica totalizadora de la salud pública que oculte la perspectivas de quienes justamente están protagonizando otras realidades.

¿Qué entendemos por enfermedad transmisible?

La denominación de enfermedades no transmisibles engloba una serie de problemas de salud de diversa índole, tales como salud mental, enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes.

Esta denominación no es más que una contraposición a la condición de “enfermedad transmisible” por medio de un microorganismos que caracteriza a estas enfermedades de carácter infeccioso.

Sin embargo, podemos encontrar algunas características comunes a este grupo de condiciones:

- Componente crónico: exposiciones a factores de riesgo durante un periodo largo de tiempo
- Carga global de enfermedad: mayor carga sobre la mortalidad, morbilidad y discapacidad
- Carácter prevenibles: evitar o disminuir diversos factores.
- Factores de riesgo “proximales” comunes: aquellos comportamentales o biológicos, tales como estilos de vida, hipercolesterolemia, o la obesidad.
- Factores de riesgo “distales” comunes: provocados por condiciones económicas, sociales y ambientales tales como la industrialización, globalización, urbanización.
- Aspectos comunes de injusticia y desigualdades sociales en la distribución de la carga de enfermedad, morbilidad y mortalidad.

Allen y Feigl proponen como alternativa el concepto de “enfermedades transmitidas socialmente” que mueve el foco de lo individual a lo colectivo

Ya Rudolf Virchow decía: “La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en una escala más amplia”. Este, señalaba la necesidad de concebir una medicina atravesada por un contexto político o ideológico, dentro de un marco histórico concreto.

En su análisis sobre el “tifus” clasifica a esta enfermedad como “artificial” para enmarcar que aunque la causa inmediata eran los microbios, su distribución geográfica y la vulnerabilidad de ciertas personas a los microorganismos estaban determinadas por factores sociales tales como la vivienda o las condiciones de trabajo.

Aquí es donde radica el carácter social y político de la medicina: las intervenciones médicas y sanitarias no son más que un paliativo que debe ir acompañado de una reorganización social “radical” basada en la democracia, la educación y el bienestar.

El “radicalismo” de Virchow, plantea que son las reformas radicales del sistema político las verdaderas intervenciones que tendrán impacto en la salud: es decir, trascender el movimiento sanitario y propones un movimiento social.

¿Por qué preferimos entender como una epidemia antes a las casas de apuestas que a la ansiedad?

La ansiedad no es una epidemia, sino una característica de las sociedades contemporáneas capitalistas.

Se considera epidemia a las enfermedades que afectan a un número elevado de la población por encima de la frecuencia esperable.

Las cifras de ansiedad son esperables dentro del marco sistémico de precarización de la vida, destrucción del tejido comunitario de idealización de las expectativas vitales que se producen en el sistema económico actual.

En muchas ocasiones, las epidemias son un asunto más económicos, político y sociales que clínico y tienen una mayor capacidad para mostrarlo que ocurre en las sociedades y las poblaciones que para describir los mecanismos sub individuales del enfermar.