

# Cirugía y Cirujanos

Volumen 73  
Volume

Número 4  
Number

Julio-Agosto 2005  
July-August

*Artículo:*

La salud, ¿responsabilidad de quién?

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de  
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in  
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Medigraphic.com**

## ***La salud, ¿responsabilidad de quién?***

*Dra. Alicia Hamui-Sutton,\* Acad. Dr. José Halabe-Cherem\*\**

El tema de la responsabilidad de la salud alude a las modalidades de estructuración sociopolítica y económica de los sistemas de salud, así como al conocimiento, los valores y las actitudes que los individuos asumen en las interacciones que se dan en su seno. La tesis principal de este ensayo es que en la actualidad existe la necesidad de transitar de un modelo de medicina curativa a otro de medicina preventiva.

En el primero, el control de las enfermedades es tarea de las instituciones y el personal de salud, que detentan los conocimientos científicos y las habilidades técnicas para lograrlo. Es un esquema vertical donde el paciente sigue las indicaciones del médico sin participar en ellas.

Por el contrario, en el modelo de la medicina preventiva se busca un acuerdo colaborativo donde los pacientes junto con el personal de salud, la familia y los agentes de la sociedad en su conjunto, asuman responsabilidades compartidas para mejorar su calidad de vida. En un acercamiento como éste, se debe tomar en cuenta las creencias, los afectos, saberes y haberes de las personas respecto a la salud, y con base en ellos diseñar planes de acción.

El objetivo de esta reflexión es, por lo tanto, analizar los esquemas éticos y culturales en las relaciones sociales que se establecen en torno a la salud y la enfermedad, para controlar sus causas y efectos multivariados. La meta es hacer conciencia de las ventajas de coordinar esfuerzos para construir entornos más saludables y compartir las responsabilidades de la salud y la enfermedad en esquemas de colaboración.

En la disputa entre la medicina curativa y la medicina preventiva están involucrados aspectos económicos, políticos,

éticos y culturales. Hay una corriente economicista que se opone a los proyectos de prevención, sobre todo en ancianos, pues considera que resultan costosos para los escasos resultados, aunado a que se requieren presupuestos sustanciosos a corto plazo y los recursos públicos y privados siempre son insuficientes.

Por otro lado, desde la última mitad del siglo XX ha habido un gran desarrollo científico y tecnológico en el campo de la medicina que ha llevado a descubrimientos importantes y a la curación de diversas enfermedades antes sin remedio. Se han invertido grandes sumas de dinero en la resolución de pocos casos, aunque los logros han sido profusamente publicitados y socialmente valorados por académicos, científicos y público en general. El desequilibrio en la asignación de presupuestos ha afectado el destino de recursos suficientes a las áreas médicas encargadas de tratar las afecciones de las grandes masas de población que requieren atención profesional y medicamentos.<sup>1</sup>

Otros argumentos en el ámbito de la ética señalan que la medicina preventiva, sobre todo aquella que implica un cambio de conducta en los pacientes para el control de los factores de riesgo, lo que en realidad hace es “culpar a la víctima”, e interferir con el derecho de los individuos a decidir sobre su vida privada. Es decir, sostienen que las autoridades en realidad buscan transferir la responsabilidad de la salud a los individuos y con ello recortar los esfuerzos para asegurar entornos saludables y adecuados, implementar controles de salud laborales y disminuir la responsabilidad de las aseguradoras en relación con los gastos médicos.

Numerosas personas insisten en que la salud y la enfermedad son responsabilidad de sus padres, esposo, doctores, compañías donde trabajan o del gobierno; las menos consideran que es responsabilidad de sí mismas. Esta actitud refleja en parte la influencia de los argumentos antes mencionados, difundidos por algunos científicos, médicos autoritarios o dirigentes empresariales, cuyos intereses financieros están relacionados con productos poco saludables. Esta actitud también muestra el hedonismo irresponsable de las sociedades de consumo.<sup>2</sup>

En este contexto, es difícil que las actitudes de prevención de la salud tengan éxito, sin embargo, no se puede eludir que

\* Doctora en Ciencias Sociales, Universidad Iberoamericana.

\*\* Jefe de la División de Medicina Interna, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

*Solicitud de sobretiros:*

Acad. Dr. José Halabe-Cherem,

Jefe de la División de Medicina Interna,

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, 06725 México, D. F.

Tel.: 5627 6900, extensión 21274

Recibido para publicación: 14-09-2004

Aceptado para publicación: 14-11-2004

muchos de los factores determinantes de las enfermedades y las discapacidades pueden ser controladas con la promoción de políticas de prevención desde la niñez hasta la tercera edad.<sup>3</sup>

La dimensión cultural acerca de la cuestión del control sobre la salud también es importante para comprender la manera como las personas definen las situaciones de enfermedad. Habría que determinar si las creencias de los individuos y sus familias se basan en premisas de control interno del padecimiento, de control externo ejercido por el azar, o de control externo ejercido por otros poderes.

Una orientación hacia la localización interna del control implica la creencia de que un individuo puede influir sobre el desenlace de una situación, que la energía y la capacidad para crear soluciones provienen de la persona o la familia. En presencia de una enfermedad, estas personas creen que son directamente responsables de su salud y que tienen el poder para recobrarla.<sup>4</sup> Si bien los programas preventivos son ideales para los individuos que asumen la responsabilidad de su salud, en ocasiones cuando presentan enfermedades esas personas son renuentes a solicitar ayuda a los especialistas, pues no reconocen los límites de su capacidad de control.

Una orientación externa<sup>5</sup> implica la creencia en que los resultados no dependen del comportamiento del individuo o la familia. Aunque el control personal es minimizado, se considera que es orquestado desde fuera de la persona: por los profesionales de la salud, Dios, o en ocasiones otros miembros de la familia que ejercen el control sobre sus cuerpos y el curso de las enfermedades. Utilizan afirmaciones como: "respecto a mi salud, sólo puedo hacer lo que mi doctor me indica", o bien: "otras personas desempeñan un papel muy importante para que esté sano o enfermo".

Las personas que consideran la enfermedad en función del azar creen que es cuestión de suerte y que el destino determina la recuperación. La eficacia potencial de las estrategias racionales y deliberadas para enfrentar la adversidad se considera mínima. En pacientes con este tipo de creencias es muy difícil ejercer la prevención.

Estas tres orientaciones con frecuencia representan tendencias en las personas y sus familias antes que convicciones firmes y absolutas. El equilibrio puede cambiar de acuerdo con el tipo de problema de salud. No es raro que un individuo se adhiera a un conjunto de creencias acerca del control cuando se enfrenta a problemas biológicos del cuerpo, y a otro cuando se trata de problemas cotidianos de diferente índole. Por consiguiente, es útil comprender el sistema de valores básico de las personas, sus familias y sus comunidades respecto al control de la salud en general, las afecciones crónicas y con riesgo de vida, así como sobre la dolencia específica con la que se enfrenta.<sup>6</sup>

La creencia de un individuo y su familia acerca del control afectan su relación con los problemas físicos y con el sistema de salud. Estas creencias ayudan a predecir ciertos comporta-

mientos relativos a la salud, especialmente la observancia del tratamiento, e indican las preferencias de la familia respecto a la participación en el tratamiento y el proceso curativo de su enfermo.<sup>7</sup> Las familias que consideran el curso o desenlace de la enfermedad una cuestión regida por el azar, tienden a establecer relaciones marginales con los profesionales de la salud, en gran medida porque su sistema de creencias minimiza la importancia del efecto que ellos mismos o el profesional puedan tener en el proceso de la enfermedad. En estos casos es esencial lograr un ajuste viable entre el paciente, la familia y el equipo de salud respecto a los valores fundamentales del individuo y su familia.

Las familias que no se sienten comprendidas por los profesionales de la salud a menudo reaccionan a esa falta de acuerdo en el nivel básico de los valores, y con demasiada frecuencia se ven despojadas de su necesidad de participar, inquietud ignorada por el profesional, quien pretende ejercer un control unilateral. El reconocimiento de las diferencias normativas en las creencias acerca del control puede orientar distintos tratamientos psicosociales eficaces diseñados a la medida de las necesidades de cada persona y confirmar los valores centrales del grupo social al que pertenece.<sup>8</sup>

Volviendo a nuestra pregunta inicial en torno a quién es responsable de la salud, podemos afirmar que los factores económicos, políticos, éticos y culturales son determinantes en la promoción de programas de prevención y curación de las enfermedades, pero que el éxito de estos programas se define en las interacciones cotidianas entre las personas y sus familias con los sistemas de salud en sus distintos niveles, donde las consideraciones culturales, como los valores, las actitudes y las capacidades individuales y colectivas, son básicas para entender el curso que toman las acciones.

Sin duda, los intereses económicos de poderosas compañías, las prioridades en la asignación de recursos en las políticas públicas, el impresionante desarrollo tecnológico en las áreas médico-biológicas que se enfocan a la curación de los padecimientos, coadyuvan a la promoción de una cultura que hace énfasis en el control externo de las enfermedades depositando la responsabilidad en instancias distintas a las del individuo, especialmente en los profesionales que operan en la red del sistema salud. No obstante, la batalla emprendida a favor de una cultura preventiva de la salud cada vez construye mayores consensos en los cuales la responsabilidad de la relación entre el paciente, su familia, los médicos y los sistemas de salud se combinan de tal manera que la responsabilidad se vuelve compartida, aunque no por eso difusa. En esta nueva relación, los individuos adquieren mayor conciencia de la importancia de preservar su salud a través de acciones concretas como la alimentación adecuada, la práctica constante del ejercicio físico, la abstención del tabaco, el alcohol y las drogas, lo que implica un compromiso consciente ante la preservación de la salud. Por otro lado, los profesionales de la

salud también asumen una actitud menos autoritaria y más corresponsable en relación a un binomio salud-enfermedad que considere aspectos psicosociales más amplios como las actitudes, las creencias, los comportamientos, los conocimientos, los valores de los pacientes y sus familias en determinados contextos económicos, políticos y sociales, donde el entendimiento de las creencias sobre las causas y el control de las enfermedades son datos fundamentales para lograr una cooperación armoniosa para la preservación y curación de las enfermedades.

## Referencias

1. Somers AR. Preventive health services for the elderly: the growing consensus. In: Chernoff R, Lipschitz D, editors. Health promotion and disease prevention in the elderly. New York: Raven Press; 1988. pp. 17-32.
2. Doyle E, Ward S. The process of community health, education and promotion. California: Mayfield; 2001. pp. 8-11.
3. Berkman LF, Clark C. Neighborhoods and networks: the construction of safe places and bridges. In: Kawachi I, Berkman LF, editors. Neighborhoods and health. New York: Oxford University Press; 2003. pp. 288-302
4. Wallston KA, Wallston BS. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. Health Ed Monogr 1978; 6(2):160-170.
5. Levenson H. Activism and powerful others: distinctions within the concept of internal-external control. J Personality Assess 1974;38: 377-383.
6. Kubansky L, Kawachi I. Affective states and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. Social epidemiology. New York: Oxford University Press; 2000. pp. 213-241.
7. Antonovsky A. Health, Stress and Coping. San Francisco: Josey-Bass; 1979. pp. 28-37.
8. Rolland JS. Familias, enfermedades y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistemica. Barcelona: Gedisa; 2000. pp. 184-187.

