

Aspectos social y cultural de la salud en Colombia

Yuri Magnolia Arias-Montenegro¹
Gilma Jeannette Caraballo-Martínez²

Resumen

La investigación “Aspectos sociales y culturales de la salud en Colombia” abordó la problemática de la salud en Colombia, tomando en consideración que el ser humano, su vida, se desarrolla de una manera ecosistémica, por tanto, la triada salud-enfermedad-curación, no puede ser vista tan solo como un fenómeno orgánico, algo que le ocurre al cuerpo. Estar sano o enfermo implica de esta manera, aspectos biológicos-sociales, culturales; más si se toma en cuenta la definición de la OMS de la salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (1). (OMS; 1948.p 1). Partiendo de esta definición, y mediante una revisión bibliográfica, se indagó, analizó e interpretó los documentos estudiados con el fin de establecer los aspectos generales sociales y culturales de la salud en Colombia. Uno de los fundamentos teóricos más importantes sobre los que se construye la teoría de esta investigación, es el de determinante social de la salud, definido por la OMS: “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales de esas condiciones, o sea, la distribución del poder, el dinero y los recursos” (2). Los determinantes sociales de la salud que incluyen los culturales definidos por la OMS en el año 2008, apuntan a que la salud, es, o por lo menos debería ser vista como un derecho social e individual, tal derecho está enmarcado en lo que se podría nombrar como un sistema social en la cual el acceso a la salud, se convierte en una medida

¹ Filósofa. Magíster en Investigación Social Interdisciplinaria. Docente del Departamento de Humanidades, Facultad de Ciencias Jurídicas, Humanísticas y Sociales, Fundación Universitaria del Área Andina. Correo: yarias@areandina.edu.co

² Fonoaudióloga. Magíster en Investigación Social Interdisciplinaria. Docente de Investigación Formativa. Facultad de Ciencias de la Salud. Fundación Universitaria del Área Andina. Correo: gcaraballo@areandina.edu.co

que indica lo justo y equitativo que es una sociedad, un Estado. En Colombia, el acceso a la salud indica que estamos en una sociedad poco equitativa y que el Estado colombiano no asume en la realidad la salud como un derecho, sino como un servicio, cuya calidad depende del poder adquisitivo, o del rango social del paciente que devino en cliente. La salud en Colombia está determinada desde esta situación por un sinnúmero de factores sociales y culturales, como son: el acceso al trabajo, las condiciones ambientales, el género, la cultura a la que se pertenece y otros más que dan cuenta por una situación que hace que en Colombia la salud no se vea todavía como “ese estado de completo bienestar” sino tan siquiera, como la salud, como la ausencia de enfermedad, y el acceso a la salud como la posibilidad de una persona de tener un servicio médico sea este de calidad o no.

Palabras clave

Salud en Colombia, aspectos sociales, aspectos culturales, interdisciplinariedad.

Introducción

Como en todo campo de estudio, la salud puede —y de hecho, lo ha sido— ser abordada desde diferentes miradas. Dichas miradas determinan las preguntas que se hacen al fenómeno y las preguntas traen como consecuencia respuestas que resultan coherentes a los cuestionamientos hechos. De esta manera, cuando el fenómeno de la salud se interrogaba desde el límite que considera que el estar sano o enfermo es una situación que enmarcada por completo en el ser biológico material del cuerpo, las respuestas obtenidas se limitan a describir el cuerpo como ente biológico sano y a partir de ello, “descubrir” que la enfermedad consiste en conocer los procesos físicos, químicos, anatómicos y otros del mismo orden que lo enferman. Sanar(se) es, por tanto, devolver el cuerpo a ese estado ideal del cuerpo biológico en el cual no hay enfermedad, como si la enfermedad fuera la invasión de un agente externo que descompone el cuerpo, o la influencia de una situación que hace que el cuerpo no funcione bien.

Este concepto de salud-enfermedad ha cambiado, en mucho debido a que ver el fenómeno sólo desde la mirada biológica deja por fuera una cantidad de situaciones que son evidentes, no solo para los científicos, los profesionales de

la salud o los investigadores sociales, sino para el sentido común. Situaciones tales como que el contexto en el que se vive, las condiciones sociales, culturales y económicas determinan en mucho la calidad de vida de las personas y esta calidad de vida resulta determinante a su vez sobre el estado de salud que tenga un individuo o grupo social.

El paradigma biologicista, cuya interpretación de la enfermedad creó las limitaciones antes expuestas, es cuestionado: “Desde los finales de los sesentas se da una polémica intensa respecto al carácter de la enfermedad. Lo que se discute es si esta es esencialmente biológica o, por el contrario, social. Hay así un cuestionamiento profundo del paradigma dominante de la enfermedad que la conceptualiza como un fenómeno biológico individual” (3)

Que el paradigma biologicista se haya cuestionado ha permitido que la salud sea pensada no solo como un equilibrio biológico, como la ausencia de unas anomalías físicas, sino como la relación establecida entre la persona y su sistema social y cultural. Por lo anterior: “conocer el estado de salud de los individuos es estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente, con el sistema de salud que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan su comunidad” (4).

Con esta mirada ampliada del concepto de salud, se puede abordar de mejor manera los principales problemas de salud que presentan hoy en días los individuos y las poblaciones. Se reconoce al ser humano como un ser biológico, un ser social y un ser cultural, puede decirse que el ser biológico, la materialidad de la persona es vista desde esta nueva óptica, que entiende que esa materialidad está localizada en un ambiente determinado y en un sistema social y cultural, por ello, tanto el estar sano, como el enfermarse o curarse debe ser visto como un estado o el devenir de un estado de un ser individual vinculado a lo social y cultural. Partiendo de que la de que la salud individual y colectiva es el resultado de las condiciones sociales que se vinculan con las dinámicas biológicas, la causa de la enfermedad sería entendida desde una multicausalidad, lo que significa “reconocer la especificidad de cada uno y al mismo tiempo analizar la relación que guardan entre sí, lo que implica encontrar las formulaciones teóricas y las categorías que nos permiten abordar su estudio científicamente.” (3)

Para reconocer la especificidad de los elementos sociales y culturales que se relacionan con la salud, se parte del concepto de determinante social y cultural y se recurre como base conceptual

lo planteado por la OMS en el informe publicado en 2008 (2).

Determinantes sociales en salud

Debido a que la salud de un individuo o una comunidad está tan estrechamente ligada con los otros aspectos del vivir, como, por ejemplo, el nivel de satisfacción personal y social en cuanto lo económico, cultural, se puede decir que el tema de la salud está vinculado con el vivir mismo y por supuesto con el morir. El considerar que se tiene o no una buena vida es una situación que se mide en mucho por la categoría estar “sano”.

Este estado de salud, como se dijo en el apartado anterior, implica mucho más que no tener una enfermedad o una discapacidad física, estar sano fue definido por la OMS como: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (1). Aunque esta definición fue acuñada al interior de la OMS, desde el siglo XX, sin lugar a duda, sigue vigente, pues al definir salud como un estado completo de bienestar, se impuso el que se pensara en las personas en todo su contexto vital, incluyendo lo biológico y por supuesto lo social y también lo cultural. De esta manera, al mirar la relación entre lo social y cultural

con la salud, se hace necesario estudiar cuáles situaciones sociales y cuáles aspectos culturales se traducen en consecuencias para la salud, o dicho de otra manera, lo que se requiere desde lo social y lo cultural para que una persona o una comunidad tenga un estado completo de bienestar.

Determinantes sociales de la salud

Desde esta definición, nacieron lo que se denominó como los determinantes sociales de la salud que se definen como: “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales de esas condiciones, o sea, la distribución del poder, el dinero y los recursos” (2).

Esta definición de los determinantes sociales apunta a ver la salud desde los factores sociales y culturales, haciendo un especial énfasis en ver la salud como un derecho humano y social que influye notablemente en la equidad de una sociedad. En efecto, bajo esta definición de determinante social de la salud, el que la población o los individuos tengan un adecuado acceso a la salud o no, hace que haya justicia social o no: “Generalmente se utilizan tres medidas principales para describir las inequidades: las desventajas en materia de salud debidas

a las diferencias entre los sectores de la población o las sociedades; las brechas de salud, que se forman por las diferencias entre las personas que están en peor situación y el resto de la población; y los gradientes de salud, relacionados con las diferencias encontradas a lo largo de todo el espectro de la población” (2).

De este modo, la situación socioeconómica es un factor que determina la accesibilidad a la salud, pero en la conceptualización hecha sobre determinantes sociales aparecen otros factores igualmente importantes, cabe aclarar que todos los determinantes sociales que se describen a continuación están relacionados entre sí. Los determinantes sociales son: la situación socioeconómica y política, los determinantes estructurales y los determinantes intermedios.

El contexto sociopolítico como determinante social de la salud

La perspectiva desde la cual se considera el contexto sociopolítico como un determinante social de la salud es la de considerar que los diversos factores que influyen en la estratificación social influye para que algunos grupos sociales tengan menor acceso a la salud que otros. Los factores más relevantes que se consideran en el determinante sociopolítico de la salud son: mercado de trabajo

(situación laboral), sistema educativo (nivel de escolaridad, acceso a la educación) e instituciones políticas. Al respecto de este factor, dice el documento de determinantes sociales de la salud emitido por la OMS: “No solo es fundamental reconocer la repercusión de los determinantes sociales sobre la salud de las personas y los grupos de población; también es necesario considerar los mecanismos por los cuales las políticas redistributivas, o la falta de ellas, pueden configurar los propios determinantes sociales de la salud” (2).

Así, estos determinantes se enfocan en los factores que crean inequidad social, que hacen que las poblaciones que tienen menos recursos propios tengan poco acceso a la salud, por ello, las políticas que genere un gobierno o estado para que las poblaciones menos favorecidas tengan acceso a la salud es muy importante.

Determinantes estructurales de la salud

Se consideran determinantes sociales estructurales de la salud los que “que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro

de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo “estructural” recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud” (2). Específicamente, los factores que se consideran como determinante social estructural de la salud son:

- **Posición social:** “Se ha demostrado que las mejoras en los ingresos y la educación guardan una relación cada vez más favorable con la salud. La ocupación también es pertinente para la salud, no solo por la exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo, sino también porque sitúa a las personas en la jerarquía social. Los datos estadísticos de salud revelan la influencia de este tipo de variable en las desigualdades de salud en los distintos niveles de agrupación” (2).
- **Género:** “El género puede funcionar, junto con la posición social y el grupo étnico, como determinante estructural debido a la influencia fundamental que tiene en el establecimiento de jerarquías en la división del trabajo, la asignación de recursos y la distribución de beneficios. La división de las funciones según el sexo y el valor diferencial asignado a esas funciones se traducen en

asimetrías sistemáticas en el acceso y control de recursos de protección social fundamentales como la educación, el empleo, los servicios de salud y la seguridad social” (2) (OMS, 2008. p.19)

- **Raza y grupo étnico:** “La discriminación y la exclusión racial y étnica afectan todas las esferas de oportunidades a lo largo de la vida, incluidas las relacionadas con la salud. Dado que no es fácil conseguir datos desglosados por raza o grupo étnico, las pruebas actualizadas y empíricas sobre las consecuencias de la discriminación racial o étnica son fragmentarias y limitadas”
- **Acceso a la educación:** La educación también determina las oportunidades de empleo, los ingresos familiares y la participación en los programas de protección social. Además, estos factores influyen mucho en la accesibilidad a los servicios de salud, de manera que no es sorprendente que las familias con menos educación tengan peores resultados de salud (2). (OMS, 2008. p.20)
- **Acceso al empleo:** El acceso al empleo está directamente ligado a la seguridad social.

Determinantes intermedios

A más de los determinantes sociales estructurales de la salud, la OMS considera los determinantes intermedios de la salud, estos específicamente refieren a: “Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud”

Las circunstancias materiales están relacionadas con la calidad de vida que pueda tener un individuo o grupo social, como por ejemplo la calidad de la vivienda y el entorno de dicha vivienda, también se incluye en este determinante intermedio la capacidad que se tenga para adquirir alimentos y otros bienes, como ropa y por último es parte de este determinante el medio laboral, tipo de trabajo y el entorno físico del trabajo (2).

Los factores conductuales y biológicos son tanto los genéticos, predisposición a ciertas enfermedades físicas o psicológicas, también se incluye en este determinante la nutrición, adicciones, la actividad física (2).

La cohesión social como determinante refiere a las relaciones personales y grupales que se tenga, lazos de solidaridad, respeto, pues se considera que el cómo se den las relaciones y la cohesión social influye en la valoración de una persona sobre su salud y sobre el cuidado que debe tener de esta (2).

El sistema de salud como determinante intermedio, refiere al acceso que se tenga a los programas y servicios de salud e incluso a la calidad del sistema de salud que se les brinde a las personas o comunidades.

Desde la definición de estos determinantes sociales, se abordó la investigación de los aspectos sociales y culturales de la salud en Colombia. Colombia como Estado Nación, tiene sinnúmero de características sociales y culturales que influyen notablemente en la salud de su población, no sólo como individuos sino como poblaciones y grupos sociales diferenciados. La inequidad social en el país ha hecho que históricamente muchos individuos y poblaciones no accedan a los servicios de la salud, la pobreza, la falta de recursos materiales, la violencia, el vivir en medios inhóspitos, o en poblaciones apartadas de los centros urbanos, ha hecho que en la salud en Colombia pese más los factores sociales y culturales que los biológicos.

El acceso a los servicios médicos es hoy por hoy un indicador muy fuerte de la calidad de vida que tienen las personas, la salud en Colombia poco se vive como un derecho. Aunque tanto la constitución como las leyes de salud así lo indiquen, por el contrario, la salud es cada vez más un privilegio de unos pocos, la escala de acceso al servicio médico ni siquiera está establecida sobre una media, pues se parte de los individuos y grupos sociales que están afiliados a algún tipo de servicio médico (contributivo o subsidiado) a los que no, esto sin mirar la calidad del servicio.

A partir de lo anterior, se puede decir que son muchos los factores objeto de análisis para determinar los aspectos sociales y culturales de la salud en Colombia, sin embargo, para efectos de esta investigación se abordó de manera general la relación entre las categorías social, cultural y salud.

Aspectos sociales y culturales de la salud en Colombia

El concepto de salud es complejo dado que ha tenido diferentes momentos en los que se ha definido, así que depende en mucho de lo que se considera que es estar vivo, o por lo menos de lo que se considera tener calidad de vida. La salud es un derecho, podría decirse que vital,

esto por lo menos a lo que refiere a los modelos políticos democráticos, y es un derecho dado que el desarrollo de los pueblos y la búsqueda de los axiomas principales de los derechos humanos (justicia, libertad, equidad, solidaridad) implican que los pueblos y los individuos, iguales en dignidad necesitan la garantía de tener salud, de sentirse saludables para que se viva en la realidad lo que proclama la hoja de ruta de los derechos humanos.

El concepto de salud y su relación con lo social y lo cultural

El derecho a la vida, si se mira desde un referente del vivir amplio, implica por supuesto mucho más que el mantener la vida orgánica, el derecho a la vida requiere de la posibilidad de desarrollarse como sujetos en una sociedad. La vida como derecho implica por tanto el derecho a estar sano, a ser parte de una sociedad sana, esto es claro; sin embargo, cuando se mira más detenidamente el concepto de salud, la claridad conceptual tiende a convertirse en un supuesto teórico que no se aplica de manera total, algunas veces ni siquiera parcialmente en lo concreto. El concepto de salud de la OMS, promulgado desde 1948 “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1).

Desde esta definición, se puede ver fácilmente que absolutamente todos los aspectos del vivir, por ello, de la dimensión social y por supuesto, la cultural, están relacionadas con la salud, aunque en términos prácticos, cuando se piensa en salud simplemente se refiere al no estar enfermo, ello causado en gran parte porque la manifestación más evidente de la ausencia de salud, es la enfermedad física. También se puede decir que: “la salud es una cosa, es decir, que se trata de un fenómeno cuantificable. Es evidente que múltiples fenómenos relacionados con la salud son mesurables o susceptibles de observación empírica.

Se puede determinar estadísticamente mediante la recolección de datos en una población, su tasa de natalidad o mortalidad, la esperanza de vida, la incidencia del paludismo o el dengue y la proporción de médicos por habitantes, los cuales son algunos indicadores que se integran a su vez al concepto de salud, para establecer su nivel” (5). Así, la salud contiene aspectos cuantificables y otros que por sí mismos son tan constitutivos de la variabilidad histórica, social y cultural que se pueden interpretar, por supuesto investigar y conceptualizar mas no cuantificar. Dichos aspectos son los que están en el orden de lo inmaterial, de las creencias, percepciones, imaginarios

y representaciones de lo que un sujeto, una sociedad y una cultura, en un contexto histórico, consideran que es estar sano. Lo que los sujetos, las sociedades y las culturas consideren qué es eso de tener un “completo bienestar físico, mental y social”, puede variar desde la apreciación más sutil hasta la más radical. Por solo citar un ejemplo, para algunas sociedades el completo bienestar significa el vivir en centros urbanos en los cuales se cuenta con todos los recursos materiales que brinda el mundo moderno a la mano, pero para algunas culturas campesinas e indígenas, el tener completo bienestar significa poder vivir en un medio natural, por lo cual el vivir en un centro urbano, significa no tener una vida sana, en la medida que no es un vivir que se sienta satisfactorio.

Entonces, el que la salud sea un derecho individual, social y cultural requiere que se discrimine de manera puntual qué elementos de la salud son universales y qué elementos de la salud corresponden a particularidades respetables de los sujetos, las sociedades y los pueblos.

La definición de la OMS de la salud permite en mucho identificar esos elementos universales, completo bienestar por supuesto implica de manera universal que las personas no estén enfermas, que tengan una calidad de vida

en la cual la alimentación, vivir en una vivienda sana, estén garantizadas. También “completo bienestar” implica tener los recursos materiales necesarios para vivir dignamente, tener acceso al sistema de salud, gozar de un ambiente sano. En fin, el concepto de “completo bienestar” leído universalmente desde lo social implica respaldar con hechos el derecho a la vida digna, justa, que haya una equidad social, esto para todos los individuos y grupos sociales en su conjunto.

A esta mirada universal de la definición social de la salud es necesario agregar otros aspectos, como el derecho a no ser violentado ni física, ni psicológicamente, tanto individualmente como socialmente, esto implica que lo que se puede nombrar como el derecho a la “paz” o por lo menos a no vivir en medios violentos, es un derecho conexo a la salud, como lo es el derecho a la recreación, al desarrollo de la personalidad y muchos otros del mismo orden que se enmarcan mejor dentro de los aspectos sociales y culturales de la salud, que dentro de los aspectos clínicos de ésta.

Los aspectos culturales de la salud abarcan, más que los sociales estos aspectos de la salud que se podrían denominar particulares, esto porque toda cultura tiene su interpretación propia sobre la vida, la muerte, la salud, la enfermedad y

utiliza diversas prácticas, saberes y tecnologías para curarse y tener una buena vida, para estar sano, se diría.

Es claro que cuando se dice “toda cultura” se está incluyendo no solo las grandes culturas, como el ser indígena, o la cultura popular, o la cultura moderna, o la cultura científica, sino lo que podríamos denominar las mezclas culturales, que puede en cuestiones de salud ser una mezcla de las mencionadas, sino otras muy diversas como las culturas urbanas. Trazar la línea de lo cultural, o de los aspectos culturales es de por sí difícil en cualquier parte del mundo, más lo es en un país como Colombia que tiene una diversidad cultural étnica enorme, sino que tiene un complejo entrelazado de lo heredado como acervo cultural, con lo cultural construido. Se puede encontrar perfectamente una persona que siendo colombiana acude a las medicinas orientales, toma antibióticos, y visita algún indígena. Dada esta complejidad del aspecto cultural de la salud, en este trabajo de investigación se estudió solo lo referente a las culturas que tienen por su cultura lo que se puede denominar medicinas propias, estos son los pueblos indígenas de Colombia, y su relación compleja con relación al sistema de salud del Estado.

La salud como derecho social en Colombia

Cuando se enuncia “la salud como derecho social en Colombia” es necesario mirar de primera mano dos interrogantes, el primero es si dicho derecho está garantizado, o mejor, si la salud en Colombia es considerada un derecho. El segundo interrogante refiere a qué es lo que cubriría este derecho, que remite a la discusión que pareciera resuelta, si al hablar de salud se está refiriendo a la ausencia de enfermedad o al bienestar total.

Si la salud es un derecho de los ciudadanos que debe garantizar el Estado es una discusión que es anterior a la constitución de 1991, sin embargo, cuando en el año 91 se renueva el pacto social, uno de los puntos que se abordaron fue por supuesto la salud.

La salud, a pesar de no haber sido definida como un derecho fundamental en la constitución nacional de 1991, sí debe ser entendida como tal, gracias a la interpretación que ha hecho la corte constitucional cuando establece el goce de plena salud, se halla conexo con el derecho a la vida y a la dignidad humana.

En la carta constitucional de 1991 está plasmada en el capítulo 2 de los derechos sociales, económicos y culturales en los artículos 48, 49 y 50 (6):

- En donde se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
- La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado.
- El estado debe establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades públicas y privadas y ejercer vigilancia y control.
- De igual manera se trata el tema de seguridad social la cual debe ser garantizada y protegida por el estado.
- Protección a los niños menores de un año para que reciban atención gratuita en las instituciones de salud que reciban aportes del estado.
- También en la constitución del 91 se reconocen una serie de derechos de las comunidades indígenas
- En el artículo 7 el estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana.
- Dentro de la diversidad cultural se encuentra el respeto a la medicina nativa indígena.
- En el 2012 se inicia por primera vez la construcción de la política en salud propia e intercultural para pueblos indígenas.

De esta manera pareciera que la pregunta que refiere a si en Colombia la

salud es un derecho, parece quedar respondida de manera positiva, por lo menos en cuanto se refiere a la carta constitucional de 1991, en la cual el Estado colombiano se presenta como garante de los derechos de sus nacionales, consagra como principal derecho, el derecho a la vida, al cual por supuesto está unido el derecho a la salud. Sin embargo, pasando de la letra a la práctica, la salud como un derecho que debería garantizar “Un estado de completo bienestar” no limitado al tratamiento de la enfermedad empieza a verse incumplido en su aplicación real, esto si se tiene como punto referente lo que estipuló la ley 100 de 1993 con respecto a la salud, en la cual pareciera que la salud se presenta más que como un derecho, como un servicio.

Con la Ley 100 de 1993, se creó el sistema de seguridad social, que tiene 4 áreas: pensión, salud, riesgos laborales y servicios sociales complementarios (7). Este modelo de seguridad social pone al Estado colombiano, no como el responsable de los derechos sociales de los colombianos, sino como el garante de que se va a prestar el servicio de manera vigilada. A más de lo anterior, desde la Ley 100, en la cual como ya se dijo, desfigura la salud como un derecho y lo convierte en un servicio, dicho servicio queda dependiendo de si hay o no capacidad de

pago, de si se pertenece al régimen subsidiado o contributivo. Para identificar qué grupo de personas son las que requieren que el estado las subsidie, se creó el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) (7). Claramente, identificar a las personas que requieren el subsidio en salud del Estado, no es desde el punto de vista social, garante de que los “beneficiarios” tengan acceso a una calidad en el servicio de salud igual a las personas que tienen la capacidad o la obligación de contribuir porque tienen un trabajo, simplemente significa que el Estado está cumpliendo con la cobertura en salud.

El tener cobertura en salud, o más bien el prestar el servicio de salud desde este criterio reduce, casi desaparece la idea de la salud como un “bienestar total”, pues como ya se mostró, el tener un bienestar total pasa por poder acceder a los servicios médicos, pero para nada se queda allí. Por fuera quedan todos los determinantes sociales de la salud, aunque el régimen subsidiado sea acompañado del SISBEN de medidas sociales complementarias, como dar cuotas alimentarias a grupos de personas que se vea así lo requiera. Estas medidas para nada suplen ni tan siquiera el derecho a la alimentación o a la vivienda, o al trabajo,

que son parte de los determinantes sociales de la salud.

Los grupos sociales que pertenecen al régimen subsidiado manifiestan de manera cruda la crisis social de la salud en Colombia, pero la situación de algunos grupos sociales que hacen aportes no está tan lejos de dicha situación. La ley 100 ligó de manera obligatoria el tener trabajo y el contribuir. Mediante la ley de manera perversa se garantiza que las empresas privadas prestadoras de salud reciban la cantidad de usuarios necesarios para hacer que el negocio sea rentable. Hay que pagar salud y pensiones, todo trabajador formal, sin importar la cuantía de su sueldo, debe pagar la contribución en salud y en muchos casos en pensiones. Los patronos deben aportar una parte y el trabajador otra. Que el trabajador aporte no significa por otra parte que reciba una prestación del servicio de calidad, en la realidad, no existe mucha diferencia entre los servicios que recibe los usuarios del régimen contributivo y del régimen subsidiado, son casi igual, el problema, es que son iguales en la poca calidad y en lo reducido de sus servicios, en el aspecto que cubre, este es, el de la salud en relación con la enfermedad.

La situación antes descrita se agrava cuando se analiza puntualmente la problemática de la salud con relación a

regiones apartadas del país, en donde no hay centros de salud o los que hay son de primera categoría, con los implementos necesarios para prestar tan solo los servicios primarios de atención y no más. Todos estos casos someramente expuestos hacen que la relación salud-sociedad, se manifieste más bien pobres, lo que hace que se pueda concluir de manera general, que aunque la conceptualización contemporánea de la salud de gran importancia a la dimensión social, y que inclusive en el país tenga mucha fuerza áreas de estudio especializadas, como la salud pública, aún se requiere afinar el concepto de salud, hacer propios los mandatos de la ONU respecto a salud, buscar mecanismo para llevar a cabo los planes y políticas nacionales e internacionales que apuntan a poner en primer plano la salud como un derecho no solo social, sino también político y cultural, como el estudio realizado sobre los determinantes sociales expuesto ya en este texto.

Si los aspectos sociales de la salud presentan diversas problemáticas generales y particulares, los aspectos culturales son igualmente problemáticos o tal vez más, debido a que considerar la salud dentro del ámbito cultural implica reconocer que, aunque es o debería serlo, un derecho universal, también es un derecho cultural.

Un aspecto muy importante para tener en cuenta cuando se analiza la salud es el de la cultura. La perspectiva cultural hace que la salud sea pensada a más desde los aspectos universales, desde el saber científico, como una producción cultural. Las diversas culturas, etnias y pueblos, producen lo que se puede denominar prácticas médicas. Las prácticas médicas de las culturas están como es apenas obvio, conectada de la cosmovisión general de éstas, en un complejo sistema de saberes curativos que corresponden a las ideas que tengan sobre la vida, la muerte, el cuerpo y la curación.

Colombia es un país declarado como pluriétnico y multicultural. Existen 87 pueblos indígenas, que han conservado como parte de su tradición diversidad de saberes y prácticas referentes a la salud. Aunque estas prácticas han sido ampliamente estudiadas por la antropología médica, solo con la constitución de 1991 y cómo parte de los derechos obtenidos, se declara que los pueblos indígenas tienen derechos culturales y es deber del Estado el reconocer y proteger la diversidad cultural: “El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación Colombiana (artículo 7) y es obligación del Estado proteger las riquezas culturales “(artículo 8) (6).

El derecho cultural y la obligación del Estado a protegerlo, no puede ser pensado tan solo como una integración de los sistemas culturales y sociales de estos pueblos minoritarios a la sociedad mayoritaria. Por el contrario, un verdadero reconocimiento del derecho y su protección pasa por entender que son partes de la nación colombiana, pero que tienen diferencias culturales, sociales y de todo orden que los diferencia. Por ello, se requiere entender que: “El derecho a la salud respecto de los miembros de las comunidades indígenas, solo podrá ser garantizado asegurando de manera eficaz y eficiente la realización de sus derechos de manera conjunta, donde a lo largo de este estudio se ha mencionado, que si realmente se necesita la protección y el acceso a la salud de estos grupos, estos debe ser acorde a sus necesidades culturales, costumbres y a la defensa de la supervivencia de su medicina tradicional como parte de su identidad”³ (8).

Respetar las diferencias culturales de los pueblos indígenas y respetar a la vez los derechos que tienen como parte de la nación colombiana requiere establecer un equilibrio entre lo que se puede denominar “salud propia” y el acceso al

servicio a la salud que tiene todo nacional. La ley 691 del 2001 pareciera tender a establecer ese equilibrio: “El Sistema de Seguridad Social en Salud, para las comunidades es una estrategia que debe encaminarse a brindar los servicios adecuados de Salud, dándose respeto y protegiéndose el principio de la Diversidad Étnica y Cultural, un desarrollo armónico entre la aplicación de la medicina del blanco y la medicina tradicional Indígena, lo que justifica la creación de un régimen especial en salud, destinado a cubrir de manera preferencial las necesidades y problemas que afecten a la comunidad y su desarrollo en general, sin costo alguno, trámites rápidos y atención inmediata” (8).

En la práctica este artículo se traduce en que se les reconoce a los pueblos indígenas sus prácticas médicas y a los sabedores que conocen dichas prácticas el derecho a practicar su medicina en el contexto cultural. Se podría decir que en estos aspectos se marcha lento, pero que no hay duda de que hoy en día se da un mayor reconocimiento y respeto de los saberes sobre salud que tienen los pueblos indígenas. Sin embargo, la realidad social, que la mayoría de poblaciones

³ Corte constitucional, sentencia T-506 de 2003, Mp: Vargas Hernández Clara Inés.

indígenas estén ubicadas en lugares apartados de los centros urbanos, y que sean una de las poblaciones que sufre los fenómenos de violencia de todo orden que se vive en el país, hace que en la práctica el derecho a la salud de los indígenas sea pobremente aplicado, tanto en su especificidad cultural, como en lo general que debería cubrir a todos los nacionales.

Así, la problemática de la salud de los pueblos indígenas en Colombia es preocupantemente deficiente, hay poco acceso a los centros hospitalarios, desnutrición, enfermedades ambientales asociadas a epidemias, falta de agua potable, violencia intrafamiliar. Todas estas problemáticas, unidas a la aún existente discriminación y exclusión que se ejerce sobre estas poblaciones, hace que en lo social se vea una creciente descomposición y en lo cultural que los saberes médicos se estén perdiendo, pues para conservar y transmitir dichos saberes se requiere que haya una estabilidad social. Por ello, es en las culturas indígenas se puede observar de manera tan clara la relación cultura, sociedad y salud, pues es parte de su interpretación cosmogónica en general, pensar que estar sano implica también que su medio ambiente está sano, la comunidad esté armónica y que las personas que conforman el

conjunto de la comunidad estén sanos, en cuerpo, mente y todo su ser.

Cumplir con los derechos culturales en salud de las comunidades que tienen “salud propia” requiere que se restablezcan sus derechos sociales, que se ejecuten políticas especiales que tome en cuenta sus diferencias sociales y culturales, solo de esta manera puede darse una verdadera inclusión política, social y económica de los pueblos indígenas

Metodología

Se planteó una revisión no sistemática con el objetivo de evaluar la relación entre los determinantes social y cultural en la situación de salud en Colombia. La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases Medline (PubMed), Central (Cochrane Library), Google académico, revistas médicas colombianas y consulta de bases de referencias bibliográficas de las bibliotecas de la Universidad Nacional, Universidad Pontificia Javeriana, Universidad Externado de Colombia y Universidad del Rosario. La estrategia de búsqueda de artículos y documentos se manejó a través de los descriptores: salud en Colombia, determinantes sociales, determinantes culturales, salud como derecho. Se realizó una revisión de 1980 a 2015. Se obtuvieron 103 referencias.

Se realizaron dos procesos de filtrado, el primero automático, seguido de otro segundo manual mediante la lectura de la bibliografía obtenida. Se seleccionaron los artículos según los siguientes criterios: estudios de revisión, artículos de reflexión, artículos de análisis, estudios de casos, artículos de investigación y libros. El número de artículos tras el filtro automático fue de 52 y 41 respectivamente. Se completó el proceso con una búsqueda de documentos legales y de normatividad alrededor de la salud como derecho, con un total de 13 documentos.

Conclusiones

La necesidad de hacer investigaciones interdisciplinarias que aborden el problema de la salud desde la mirada social de las ciencias sociales es perentoria si se quiere encontrar soluciones a la creciente crisis de la salud en Colombia. Tal crisis no puede ser vista tan solo como un problema de cumplimiento en el propósito de lograr un cubrimiento universal en el servicio de salud en el país.

La crisis de la salud, por supuesto, pasa por la baja capacidad que tiene el estado para garantizar que los nacionales tengan el servicio médico, pasa por las crisis hospitalarias, y también por el modelo económico comercial que se

instauró desde 1993 con la ley 100 para prestar el servicio de salud.

Es cierto, este modelo de salud que convirtió al paciente al cliente y que redujo de manera considerable el derecho a la salud a un simple servicio que a lo sumo garantiza el Estado, causa problemáticas apremiantes, visiblemente manifiestas como “crisis”. Las noticias diarias en el país, suelen tener muchas veces alguna nota sobre pacientes muriendo en salas de espera, o sobre protestas de los profesionales de la salud por sus derechos laborales, o sobre casos de corrupción al interior de las Empresas Prestadoras de Salud. Todas estas manifestaciones de la crisis son importantes, pero hay que profundizar de estas a lo que serían las causas profundas, que esta investigación inicial indica están en los aspectos sociales y culturales de la salud, en general y específicamente en Colombia.

La mirada de las ciencias sociales es el campo disciplinar llamado a indagar, diagnosticar y proponer salidas a la crisis, esto porque, es desde la visión social que se puede ampliar el panorama de las causas de que el modelo de salud que se tiene en Colombia, no esté tan siquiera cumpliendo con el cubrimiento del servicio.

La salud es, o por lo menos debería serlo, un derecho que los países que se dicen democrático, tendrían que garantizar.

Esto quiere decir que la definición de salud como “bienestar total” debería ocuparse del bienestar no solo a nivel físico, sino también emocional y por supuesto social y cultural.

La salud que se ocupa de promover un “bienestar total” requiere, por tanto, que se dé un orden social en el que los individuos y comunidades tengan los bienes por lo menos mínimos para tener una vida con calidad. Implica esto, que se tenga posibilidad de desarrollo social sostenible, un ambiente sano, relaciones sociales pacíficas, la posibilidad de poder proyectar una vida desde las particularidades subjetivas, una economía digna, en fin, para que el concepto de salud dado por la OMS, se haga realidad, se requiere que los determinantes sociales y culturales de la salud pasen de ser un instrumento para diagnosticar problemáticas sociales relacionadas con la salud, a un punto de partida para dar solución a dichas problemáticas.

Esta investigación plantea tan solo las bases conceptuales de los aspectos sociales y culturales de la salud en Colombia, desde estos primeros pasos en la temática, se requiere ahora analizar las manifestaciones puntuales en individuos

y poblaciones de este campo de estudio. Por ejemplo, aspectos como la relación salud y equidad en Colombia, o las problemáticas asociadas al trabajo o al género. Se requiere para ir más lejos en lo que evidencian estudios de este corte, dejar de partir de la premisa que todo es evidente, que la salud es un problema en la que la relación calidad-cubrimiento, está en continua tensión o que la mayor problemática es que la salud en Colombia se convirtió en un negocio. Todas estas evidencias mencionadas son efectos, consecuencias, las causas están aún por determinar.

Para llegar a descubrir las causas más profundas es menester indagar considerando la salud como un fenómeno social y cultural, esto no significa que se dejen por fuera los aspectos biológicos, técnicos, jurídicos. Por el contrario, la propuesta de esta investigación es que se retomen estos aspectos y que sean estudiados de manera integral, interdisciplinaria, partiendo del axioma que la salud es una dimensión del ser humano en la cual lo físico, lo psicológico, lo axiológico, lo social, lo cultural, lo subjetivo, está relacionado en un tejido que construye la vida misma.

Referencias

1. Laurell A. Proceso de Trabajo y Salud. Cuadernos Políticos. 1978;17:69-71.
2. Alcántara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad. Sapiens. 2008;9(1).
3. Constitución Política de 1991.
4. Martínez F. Feliz. La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? Bogotá: Fedesalud. 2013.
5. Mireles A. Problemática de salud indígena en Puerto Carreño-Vichada. [Tesis de grado]. Facultad de Derecho, Politécnico Gran colombiano, Bogotá; 2011.