

¿De qué derechos hablamos cuando hablamos del Derecho a la Salud?

Aportes desde la Medicina Social/Salud Colectiva

Autora: Lic. Susan López

Pertenencia institucional: Facultad de Trabajo Social UNLP

E- mail: gsusanlopez@hotmail.com

RESUMEN

En la última década, es frecuente encontrar estudios sobre diferentes cuestiones sociales desde una perspectiva o enfoque de derechos. Esta tendencia encuentra respuesta, principalmente en la fuerza que toman los debates sobre los Derechos Humanos para reemplazar los enfoques tecnocráticos basados en el costo-efectividad, implementados en el período anterior bajo la égida del neoliberalismo.

En el campo de las políticas sociales en salud, el derecho a la salud es un tema de interés recurrente, que pocas veces es profundizado y muchas veces relacionado solamente con lo sanitario y la oferta de bienes y servicios asistenciales.

Esta cuestión entraña en sí misma, tanto la concepción que se tenga de la salud y las dimensiones y categorías que abarcan su propia definición, como la comprensión y el reclamo que sobre el derecho a la salud tienen los diferentes sectores sociales

Este trabajo pretende realizar un aporte histórico y analítico para poner en tensión los alcances de la definición del derecho a la salud, según las perspectivas desde donde se define la salud.

Palabras Claves. DERECHOS SOCIALES/DERECHO A LA SALUD/SALUD/ MEDICINA SOCIAL/SALUD COLECTIVA/

Introducción

En este trabajo, que se realiza como parte del proyecto de investigación: “La intervención actual del Trabajo Social y las políticas sociales: nuevas dimensiones en relación con el enfoque de derechos en los campos jurídico, discapacidad, acción comunitaria y gestión de políticas sociales en la ciudad de La Plata”, se pretende profundizar sobre el mismo desde la Medicina Social /Salud Colectiva

En las últimas décadas observamos un creciente interés por el tema de los derechos sociales. El mismo, lo podemos ver reflejado tanto en los análisis de investigación como en el campo del diseño de las políticas públicas.

En este sentido, podemos preguntarnos, que cuestiones se encuentran presente en este resurgimiento cuando el tema en sí mismo no es novedoso. O dicho de otro modo, cuáles han sido las determinaciones sociales que han dado lugar a la reconsideración de estos derechos.

Existe cierto consenso, que esta revitalización es una respuesta a los efectos de atomización e individuación y exclusión generadas en el marco de las políticas neoliberales de los años 90, a partir de las cuales se ponderaba al mercado como el mejor asignador de recursos para disminuir la inequidad social.

Otro aspecto, que suele mencionarse es el balance de lo sucedido en esta materia después de 50 años de la convención de los derechos internacionales y cuál ha sido el compromiso de los gobiernos en el cumplimiento de los mismos.

Partimos de la idea de que, ambas situaciones cobran significado y relevancia para aquellos gobiernos que en la última década intentan recuperar el protagonismo estatal. Tanto como principal motor para desandar los flagelos heredados -por el endeudamiento, la privatización de los principales servicios sociales, la internacionalización del mercado y su consecuente dependencia financiera- como para revertir la exclusión social generada por esas acciones.

En este sentido, observamos para algunas regiones del mundo, una tendencia opuesta a los años 90 y un claro intento de impulsar políticas que garanticen derechos para la inclusión social.

En ese contexto es donde creemos que resurge la necesidad de discutir los derechos económicos y sociales como derechos humanos fundamentales y en ese marco el derecho a la salud. Sin embargo, al momento de analizar los alcances y cumplimiento de este derecho nos encontramos que no existe un consenso de que se entiende por derecho a la salud.

Para ello revisaremos, desde un enfoque histórico social los antecedentes que dan lugar a su surgimiento y los nudos conflictivos – debates y posicionamiento- que este derecho presenta para su afectiva aplicación.

Marco histórico social

Cómo y dónde surge el concepto de derecho a la salud, es la pregunta inicial que nos permite ubicar nuestra discusión.

Desde la perspectiva histórica se discute si este derecho nació en el s. XIX como extensión de los derechos negativos del ciudadano, que tendían a limitar la arbitrariedad del poder, para resguardarse de los ataques de las epidemias, o bien si pertenece a los de segunda generación, los derechos sociales, para cuya aplicación el poder debe intervenir con acciones positivas.

Desde la revisión bibliográfica pueden considerarse tres momentos históricos que han incidido directa e indirectamente en la constitución del mismo.

1.- A partir de la Revolución Industrial las condiciones de vida de la población fue en franco deterioro¹. El fantasma de las epidemias y la necesidad de contar con trabajadores sanos para el impulso de la economía fueron creando las bases para el desarrollo, durante el siglo XIX, de acciones por parte del Estado y de las organizaciones de los trabajadores. Por un lado, la ciencia médica impulsaba acciones tanto de higiene personal como de saneamiento ambiental, responsabilizando al Estado en la obligación de la ejecución de esta última. Por otro lado, y después de mitad de ese siglo, pueden observarse la aparición de las primeras de formas de mutuales y de seguro sociales que cumplían la función de contención para la

¹ Las mismas han sido estudiadas y reflejadas en los trabajos de Edwin Chadwick “La condición sanitaria de la población trabajadora en Gran Bretaña” (1842) y de Frederick Engels “La situación de la clase obrera en Inglaterra” (1845)

atención a la enfermedad y en general estaban relacionadas con las organizaciones de trabajadores. Además, también se debe reconocer que existía en la Rusia Zarista, en Inglaterra y en la Alemania prusiana, algunas formas de medicina estatal para los campesinos.

Sin embargo, ninguna de estas formas consideraba que la protección y/o el cuidado de la enfermedad era una responsabilidad del Estado sino solo medidas de protección de algunas situaciones puntuales. Había un claro consenso que era de responsabilidad individual.

2.- La I Guerra Mundial, la Gran Depresión y la II Guerra Mundial no pasaron desapercibidas a la hora de buscar salida a la reconstrucción de las economías nacionales. Dos grandes ideas se dirimieron por entonces, si el protagonismo lo ejercería el mercado o el Estado y si las mismas serían dirigidas por los ideales libertarios o ideales liberales igualitarios. En ese contexto, puede comprenderse no solamente porque algunas naciones resistieron a la consideración de la salud como derecho sino que también explica la forma que asumieron los sistemas de salud en cada una de ellas.

En este sentido sostenemos que, la determinación histórica, económica y política es lo que explica las orientaciones de los modelos de salud y la aceptación o la negación del derecho a la salud.

Michel Foucault, sitúa la consolidación del derecho a la salud en Inglaterra conjuntamente con la elaboración del Plan Beveridge, el cual afirma, sirvió de modelo a la organización de la salud tanto en Inglaterra como en otros países. Considera que con este plan, el Estado se hace cargo de la salud. Si bien reconoce que como función del Estado no es una novedad si lo era con relación a la garantía de la salud física, la salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados para los individuos. Así *“el concepto del individuo en buena salud para el Estado se sustituye por el del Estado para el individuo en buena salud”*. Se deja de lado la idea de la obligación de los individuos para garantizar su salud y la de su familia y se convierte en objeto de la propia acción del Estado.²

3.- El contexto de la II Guerra Mundial y la creación, en 1945, de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

² Foucault, M págs.. 93-4

Cabe recordar también que, las acciones que desplegó esta institución comenzaron a constituirse unos años antes de la finalización de la misma con el objeto de reglar el orden económico y financiero internacional al concluir la guerra. La Conferencia Monetaria y Financiera, que se reunió en 1944 en Bretton Woods, cuando se crearon el Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo, hoy Banco Mundial (BM), y el Fondo Monetario Internacional (FMI), es quizás el puntapié inicial del resto de organizaciones que se desarrollaron bajo la órbita de la ONU. En ese contexto, en 1948 se creó la Organización Mundial de la Salud (OMS).

No menos importante, para nuestro tema de interés, es la Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, también en 1948.

En sus arts. 3° y 25° se establecen las bases que garantizan el derecho a la vida y la salud.

Artículo 3: *“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”*

Artículo 25: **1.** *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.*

2. *“La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.*

A partir de esta declaración han surgido una serie de pactos que reafirman el derecho a la salud. En este sentido, que en 1966 la ONU adopta el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales (PIDESC) que expresa:

“Artículo 12

1. *Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

2. *Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:*

a) *La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;*

b) *El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;*

- c) *La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;*
- d) *La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”*

Concepciones y discusiones centrales sobre el derecho a la salud

Partimos de señalar que, la forma de referir a este derecho es de por sí confusa. Se lo menciona como “derecho a la protección de la salud”, “derecho a la salud”, “derecho a la asistencia sanitaria”, “derecho a gozar de un nivel adecuado de salud”, “alto nivel de protección de la salud humana”, “derecho al máximo nivel de protección de la salud humana” o incluso “derecho a un mínimo decente de asistencia sanitaria”.

Muchas veces se habla de estas denominaciones como sinónimos, sin embargo, cada una de estas formas, expresa un significado y alcance diferentes. Lo que nos lleva a pensar si este derecho es comparable y equiparable con los otros derechos sociales. Es decir, si se los acepta con la misma convicción que los derechos civiles y políticos. Por ejemplo, Ugalde y Homedes (2008) señalan que *“los países que no han ratificado el PIDESC, como es el caso de EE.UU., justifican su decisión con el argumento de que no hay una definición operacional del concepto salud y señalan la dificultad de medir el estado de salud de un individuo o una comunidad y por consiguiente determinar a que tienen derechos los ciudadanos”* pag.17.

La primera crítica que surge desde la perspectiva jurídica, es que el derecho a la salud no puede comprenderse en términos estrictos porque significaría como mínimo “derecho a no estar enfermo”, y esto es algo que esta fuera de las posibilidades jurídicas. De allí se deriva que lo que se puede garantizar es la utilización de ciertos medios para la protección de la salud.

Resumiendo los fundamentos del derecho a la protección de la salud propuestos por Lema Añon (2010), podemos clasificar las diferentes teorías en: las Libertarias, Utilitarias y las del liberalismo igualitario.

La propuesta libertaria, de autores como Nozick, niega que el derecho a la protección de la salud pueda ser justificado, no puede hablarse de salud como derecho porque no es

un derecho autónomo sino que forma parte de otros derechos.

El utilitarismo proporciona criterios de equidad en las políticas públicas de protección de la salud. Para esta corriente las políticas sanitarias más adecuadas serían las que lograsen maximizar la suma de los estados de salud de los individuos, así un sistema sanitario justo sería aquel que proporciona el máximo de salud para todos los ciudadanos.

Liberalismo igualitario, con Dworkin como exponente, busca criterios de justicia que permitan redistribuir equitativamente el gasto en salud y establecer criterios para la racionalización del mismo sin que se vulnere la equidad. En este sentido es que propone un mercado de seguros médicos “el seguro prudente”.

Desde otras perspectivas, no estrictamente jurídicas, se sostiene que el derecho a la salud no significa estar saludable, dado que los determinantes de la salud son múltiples y muchos de ellos no pueden ser modificados por la acción voluntaria humana, como por ejemplo la genética, ciertos factores ambientales, laborales, culturales etc.. Por otra parte, también consideran que a veces el estado de salud depende de decisiones personales y que forzar a los individuos a adoptar estilos de vida saludables puede constituir una violación de otros derechos civiles. Quienes promueven este derecho sostienen que el Estado sí tiene la obligación de establecer condiciones que permitan a las personas y comunidades a tomar decisiones saludables.

Otras posturas refieren a la imposibilidad de implementar el derecho a la salud mientras un grupo de ciudadanos sufra desnutrición, carezca de agua potable de educación básica o vivienda adecuada, etc. porque la salud no puede ser comprendida sin considerar las condiciones sociales en su totalidad.

Las críticas y posiciones encontradas y disímiles en la interpretación del derecho a la salud puede encontrar respuesta en la concepción misma que se tiene de salud.

Qué es la salud.

En general se ha interpretado a la salud como aquella instancia de la vida donde no está presente la enfermedad -ausencia- y a ésta como la presencia de algo extraño que genera condición de invalidez que afecta la vitalidad y potencialidad humana. Sin embargo, la

enfermedad y la salud no son opuestas, están estrechamente relacionadas y no pueden entenderse en formas aisladas ni separadas. La sola presencia de una referencia a la otra porque constituyen un mismo fenómeno en el proceso del ciclo vital humano.

A la legitimada definición de la OMS “*El completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad*”, le continuaron varias otras que fueron ampliando los alcances que tiene el propio concepto. Para ello se han considerado las dimensiones histórica y cultural de cada grupo humano y se ha hecho hincapié en la capacidad biopsicosocial, individual y colectiva, para la resolución de los conflictos que limitan su optimismo y vitalidad.³

Por su parte, Giovanni Berlinguer (2002) afirma que la salud tiene un valor en sí, es un bien indivisible y es “*...al mismo tiempo uno de los procesos más íntimos de la persona y uno de los fenómenos ligados a la vida colectiva, tiene en el plano moral un doble valor: intrínseco, como presencia, limitación o ausencia de capacidades vitales e instrumental, como condición esencial para vivir libres*”

En este sentido, la corriente de pensamiento de la medicina social/salud colectiva, sostiene que el complejo salud-enfermedad se presenta como un conjunto de hechos y situaciones que guardan relación entre sí, que la salud-enfermedad es intrínseca a la propia vida humana y se expresa en el propio proceso de vivir, enfermar y morir. Proceso que a su vez está históricamente determinado por lo económico, político y social donde el homo sapiens, en forma individual o colectiva, reproduce su cotidianidad.

La fundamentación de esta determinación surge, principalmente, al analizar las diferentes formas de enfermar y su relación con los diferentes modos de producción. Cuestionando incluso los propios avances de las ciencias médicas como única respuesta a la conquista o mitigación de las enfermedades, porque aquellos también quedan sujetos al modo e interés en que este determina su reproducción.

³ Para ampliar sobre las definiciones sobre salud y las características que diferentes corrientes han postulado, véase. Weinstein, Leonardo (1988) Salud y Autogestión. Nordan. Montevideo.

En este mismo sentido, Berlinguer nos recuerda que el derecho a la salud se constituyó como tal cuando estuvieron dadas las condiciones históricas para su surgimiento, comprendido incluso el conocimiento científico.

La perspectiva de la medicina social/ salud colectiva sobre el derecho a la salud

Desde esta corriente, el derecho a la salud tiene un fundamento histórico y práctico diferente a los otros derechos humanos. En primer lugar considera que este derecho no está contenido en el derecho a la vida, tal como se formulara en el s. XVIII como derecho de no ser objeto de deliberados atentados por parte de terceros a la propia integridad física. No existían los conocimientos y no existían los medios disponibles para alcanzar el derecho a la salud. Como vimos esto se conquistó recién entre los siglos XIX y XX y formulado en el preámbulo de la el estatuto de la OMS en estos términos: *“el beneficio de gozar de elevados niveles de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de razas, de religión, credo político, condición social o económica”*.

Así el derecho a la salud es concebido con un fin positivo que si bien la meta nunca será totalmente alcanzable está más cerca por los conocimientos adquiridos, los medios técnicos, las políticas, los recursos disponibles y por los esfuerzos que realicen los diferentes sujetos.

Esta formulación y los pactos y convenciones a favor de los derechos humanos, que han incidido directamente en la formulación de este derecho en las Cartas Magnas de varios países, puede observarse que el sujeto sobre el cual recae el objetivo de la salud es el Estado. Donde además, se hace referencia a los individuos como titulares de los derechos sin referirse a ellos como responsables de los deberes que surgen al reconocimiento de los derechos.

Ahora bien, más allá de los principios enunciados, en la realidad, este derecho ha sido vulnerado aun en los países donde sus Constituciones lo consideraban como tal. Este no cumplimiento puede ser analizado a la luz de otras determinaciones políticas y económicas en un plano de contexto mayor.

Es decir, mientras el modelo de Estado de Bienestar mantenía su apogeo, el derecho a la salud encontró un cumplimiento más cercano a su propia meta. En la medida que se impuso

el mercado como el nuevo protagonista en el diseño y orientación de las políticas sociales el derecho a la salud comenzó a quedar recortado al derecho a la asistencia sanitaria. Y en este sentido, desde los años '80 del siglo pasado se va consolidando este derecho, en detrimento el derecho a la salud construido en base a la solidaridad. Como dice Berlinguer el derecho a la asistencia pertenece más a la esfera de los derechos sociales y está conectado a la modificación de las formaciones económicas sociales y hasta de la modalidad política que la fija. Depende sustancialmente de la convergencia de intereses compatible con otras exigencias.

Tal ha sido la imposición de estos lineamientos que la propia OMS, que ha perdido su rol rector frente al avance del neoliberalismo y ha reducido el derecho a la salud al cumplimiento de cuatro elementos relacionados con la atención sanitaria, a saber:

- **Disponibilidad.** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte.
 - no discriminación
 - accesibilidad física
 - accesibilidad económica (asequibilidad)
 - acceso a la información
- **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida
- **Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

De lo mencionado anteriormente se comprende que el derecho a la atención sanitaria solo es un aspecto del derecho a la salud, y que la reducción a la mera atención sanitaria manifiesta una comprensión biológica de la salud, como ausencia de enfermedad.

Reflexiones finales

Desde la corriente de la Medicina Social/Salud Colectiva, la salud tiene la característica de ser, por un lado, un derecho en sí mismo y, por el otro, una condición habilitante para el ejercicio de otros derechos.

Derecho a la Salud es solo una parte de la integralidad de los derechos, dentro de los que se encuentra la salud. Y esto se explica porque las condiciones de salud de una persona varían según el grado de libertad que vivan, o de la vivienda que habitan, del acceso a alimentación adecuada, al vestido y trabajo. Y es esta interdependencia es la que somete a mayores vaivenes el real cumplimiento de este derecho. Por eso para esta corriente es necesario a. Ampliar la mirada del derecho a la salud más allá de la salud y de lo asistencial.

La reducción del derecho a la salud al sector sanitario, es decir cuando se enlaza la idea del derecho a la salud exclusivamente con la atención de la salud, se incurre en la reducción conceptual del derecho a la salud, porque la asistencia es tan solo una parte del todo.

En la declaración de ALAMES de 2010, puede leerse “El derecho a la salud puede ser vulnerado incluso antes de que uno tenga oportunidad de entrar en contacto con un servicio a la salud. Ello significa comprender que el concepto de equidad no solamente es la equidad en la atención, sino que tiene que ver en la equidad en la protección frente a riesgos evitables, y también con la equidad que corresponde a la distribución del saber y del poder que de alguna manera supone democratizar la capacidad de decisión que es intrínseca al derecho a la salud y no a una externalidad favorable al derecho a la salud”

Bibliografía

ALAMES (2013) “Las limitaciones de la estrategia de Cobertura universal”. Declaración. Guatemala

Berlinguer, Giovanni. (2002). “La Salud Global”. En: Bioética cotidiana, Cap. V. Siglo XXI. México

Berlinguer, Giovanni (2003) “La medicina occidental y el derecho a la salud” En: Ética de la Salud. Cap 3. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Lema Añon, Carlos (2010) “El Derecho a la salud: Concepto y fundamento”. En: Papeles el tiempo de los derechos: N° 12. Madrid.

OMS (2007) “Derecho a la salud”. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>

Stolkiner, Alicia (2010) Derechos Humanos y derecho a la salud en América Latina: La doble faz de una idea potente En: *Medicina Social* v.5(1):89-95. Disponible en www.medicinasocial.info.

Ugalde, Antonio & Homedes, Nuria (2008). “La transformación de las estructuras globales de poder su impacto en la salud” En: *Palimpsestos* N° 6:15-24. Revista de la Fac. de Cs. Humanas de la Univ. Nac. de Colombia. Bogota. Colombia.