

EL DERECHO A LA SALUD

David A. TEJEDA DE RIVERO

Los países del mundo —163 hoy en día—, al actuar conjunta y colectivamente a través de su Organización Mundial de la Salud, reconocen de hecho lo que la Constitución de esta “cooperativa de países” declara en su preámbulo, redactado hace 37 años: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Este reconocimiento de la salud como un derecho se ha venido reiterando consistentemente a lo largo de estos 37 años. Mas recientemente, la Trigésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud volvió a insistir explícitamente que “la salud es un derecho humano básico y fundamental”.

Hace cerca de seis años que tuvo lugar un evento trascendental para todos los países del mundo, en lo que se refiere a la forma en que ellos —individual y colectivamente— orientarán todo el quehacer nacional e internacional en el campo de la salud y para los próximos dos decenios. Se trata de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, llevada a cabo en Alma-Ata, en septiembre de 1978, patrocinada y organizada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF. A esta Conferencia no sólo asistieron los países miembros de la OMS, sino que estuvieron presentes 67 organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales de carácter internacional.

La Declaración de Alma-Ata proclama que:

La salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además de la salud.

Frente a esta serie de declaraciones y resoluciones, oficialmente acordadas en forma unánime por los países del mundo, la realidad que los mismos países enfrentan es, sin embargo, diferente. El campo de la salud en la gran mayoría de los países es aún un campo donde vastos sectores de las poblaciones nacionales no gozan en la práctica del derecho a la salud. Es aún un

campo donde se manifiestan con dolorosa claridad grandes desigualdades en el estado y nivel de salud de grupos humanos, así como grandes injusticias en la distribución de los recursos —físicos, humanos, financieros, económicos y técnicos— que las sociedades asignan para la salud de sus pueblos. Es, más aún, un campo donde la tendencia histórica va señalando que la ausencia de este derecho se perpetúa en mayor grado, y que las diferencias, desigualdades e injusticias tienden a incrementarse en lugar de reducirse, tanto entre los países del mundo como dentro de los países, cualquiera que sea su grado de desarrollo.

Cientos de millones de personas todavía son víctimas de enfermedades prevenibles. Más de mil millones de personas no tienen acceso real a algún tipo de servicio de salud permanente, por más simple que sea. Cientos de millones de personas no tendrán jamás acceso a servicios de salud modernos y especializados. Más de mil millones de personas viven en condiciones de ambiente social, económico y físico dañino para su salud. El director general de la OMS, doctor Halfdan Mahler ha descrito esta situación en términos igualmente dramáticos:

Es ofensivo que en unas partes del mundo o de un país haya gente que deba morir joven o en la niñez mientras en otras haya quienes pueden ver crecer a sus nietos y biznietos. Es ofensivo que en una parte de una misma ciudad las enfermedades por deficiencia nutricional deban ser comunes, mientras que en otra haya gente que se preocupa porque come demasiado.

La medida en que el indiscutible derecho a la salud no se cumple en el mundo de hoy puede ser ilustrada a través de algunos hechos:

1. La mortalidad infantil en las regiones menos desarrolladas del mundo es entre cinco y ocho veces más alta que en las áreas más desarrolladas. En los países de menor desarrollo esta relación es de más de veinte veces que la que ocurre en los países más industrializados.

2. La mortalidad en el grupo de uno a cuatro años de edad en los países de menor desarrollo es cincuenta veces más elevada que en los países más industrializados.

3. La expectativa de vida al nacer en los países industrializados es mayor entre veintiún y veintinueve años que en los países menos desarrollados.

4. Las enfermedades transmisibles, interactuando sinérgicamente con la malnutrición, constituyen la mayor causa de morbilidad y mortalidad entre las regiones y países de menor desarrollo. Enfermedades diarreicas —producidas por malas condiciones ambientales, falta de agua potable y desagüe, desnutrición y limitada educación— son causa de aproximadamente un 10% de todas las muertes en los países en desarrollo; y ellas, junto a las enfermedades respiratorias —producidas por factores similares a los antes enume-

rados—, son responsables de más del 20% de todas las muertes en el Tercer Mundo. En algunas áreas endémicas más de la mitad de la población está infectada con enfermedades tales como la esquistosomiasis (más de 200 millones sufren de esta enfermedad en el mundo) y más de las cuatro quintas partes de los niños están infectados con diferentes parásitos intestinales. En cambio estos problemas ya han sido prácticamente eliminados en las naciones industrializadas.

5. Dentro de los países en desarrollo hay igualmente diferencias tan dramáticas como las anteriores. Las diferencias entre las minorías económicamente privilegiadas de los centros urbanos y las poblaciones rurales o de las zonas marginales de las grandes ciudades son a veces increíbles. Así, en un grupo de países en desarrollo se encontró que la mortalidad infantil en las poblaciones rurales y en los pobres de las grandes ciudades era entre cinco y siete veces más alta que la correspondiente a los grupos más privilegiados de las zonas urbanas. Del mismo modo es tremenda la diferencia existente en el estado nutricional de los niños menores de cinco años en los grupos de población antes mencionados: la desnutrición de tercer grado era veintiocho veces mayor; la de segundo grado trece veces mayor, y la de primer grado nueve veces mayor.

6. Pero existen también diferencias dentro de los países industrializados. Ello ocurre en términos de mortalidad infantil y de otros indicadores del nivel de salud, entre los grupos privilegiados y los bolsones de pobreza de los "barrios pobres" y de otras áreas social y económicamente deprimidas.

Lo que ocurre en salud es, sin embargo, sólo un reflejo de lo que ocurre en general. La divergencia entre el reconocimiento unánime e indiscutido del derecho de *todos* a la salud y la situación real y de hecho, en la cual viven millones de seres humanos sujetos de ese derecho, es semejante a lo que se aprecia en el campo del desarrollo social y económico en general. Básteme citar un antiguo párrafo de Jan Timbergen en su *Reshaping the International Order*:

Tenemos hoy día dos tercios de la humanidad viviendo —si se puede llamar a ello "viviendo"— con menos de 30 centavos de dólar al día. Tenemos una mala distribución de los recursos mundiales en una escala tal donde los países industrializados están consumiendo más de veinte veces más recursos *per capita* que los países pobres. Tenemos la situación donde, en el Tercer Mundo, millones de personas trabajan en fatiga, bajo un sol quemante, desde el amanecer hasta el anochecer, para una compensación miserable y una muerte prematura, sin siquiera llegar a descubrir la razón o el por qué de ello.

Con información más reciente podemos completar este juicio de Timbergen: 18 países industrializados tienen en promedio ingresos *per capita* 45

veces más altos que los que tienen en promedio 37 países del más bajo desarrollo. El rango entre el primero y el último de estos 55 países señala una diferencia de más de 130 veces. Los mismos 18 países industrializados tienen, en promedio, consumos *per capita* de energía 48 veces más altos que los que tienen en promedio los mismos 37 países del más bajo desarrollo. Y el rango entre el primero y el último de estos 55 países indica una diferencia de más de 1000 veces. En otras palabras, la energía *per capita* que consume el último en un año, la consume el primero en 8 horas.

La salud de una persona, como la salud de una comunidad local o de un país, depende de una serie de factores, muchos de los cuales, además de ser importantes y significativos en su efecto condicionante, están fuera del convencional y algo arbitrario campo reconocido como de la salud. Este hecho es aceptado intelectual y/o académicamente, pero es por lo general olvidado en la práctica. Este curioso fenómeno de limitar artificialmente el campo de la salud se debe a una tradicional e histórica confusión de términos. Se asocia falsamente salud con medicina, salud con hospital y salud con médico. Se asocia falsamente medicina con el cuidado de enfermedades. Se asocia hospital con tecnología sofisticada y cara, y se asocia médico con atención altamente especializada y provista o impuesta en forma indiscutible.

El ser humano es un objeto pasivo y resignado, supeditado a la medicina, al hospital y al médico. La medicina, el hospital y el médico son, sin embargo, factores de mucho menor impacto real en la situación de salud de una población local, regional o nacional. Pero en cambio, sí es cierto que ellos son responsables, en gran medida, de la mala distribución y del mal uso de los recursos que las sociedades asignan para la salud de su pueblo. Baste un ejemplo que, a pesar de ser extremo, ilustra este hecho: en un país en desarrollo —uno de los menos desarrollados del mundo y por lo tanto uno con los más bajos niveles de salud— el 92% del presupuesto del gobierno para salud pública se destina a un solo hospital que atiende en teoría menos de un 10% de la población de ese país y en la práctica tal vez menos de un 3%. El resto de la población de ese país, es decir la gran mayoría —o lo menos el 95%— tiene que satisfacer sus necesidades con el 8% del presupuesto. El gasto anual *per capita* en ese país puede estimarse en un poco menos de 10 dólares, lo que indica que el 95% de su población tiene un *per capita* de sólo 80 centavos de dólar al año para el "cuidado" de su salud.

Conviene aclarar categóricamente —para evitar interpretaciones erradas— que estos hechos no se presentan en contra de la medicina, de los hospitales o de los médicos. Ellos son más que necesarios —son imprescindibles— para el cuidado de la salud. Lo que se destaca es la mala orientación en su distribución y en su uso.

Un hecho positivo en los últimos diez o quince años es el reconocimiento

casi unánime de este hecho, por lo menos en los círculos responsables de la salud, tanto en los países en desarrollo como en los países industrializados. El propio director general de la OMS lo expresó ya en 1977, en ocasión de una visita a América Latina:

Es de reconocimiento general que, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, los sistemas convencionales de atención médica han llegado a un punto de crisis. Hay consenso general de que estos sistemas no satisfacen las necesidades de cuidado de la salud de la totalidad de las poblaciones. Ellos han devenido crecientemente más costosos y más complejos pero al mismo tiempo su eficacia —su efecto en términos e impacto en el nivel de salud de las poblaciones nacionales— es muy dudosa y lo mismo ocurre en cuanto a su relevancia social. El cuidado de la salud viene siendo distorsionada por una combinación de factores tales como los impuestos por las tecnologías caras y sofisticadas, la auto-satisfacción económica y científica de las profesiones médica y la industria médica increíblemente cara, dedicada a una ilimitada aplicación de tecnologías de tratamiento de enfermedades para pequeñas minorías de potencialidad beneficiados y no dedicada a la promoción de la salud de las grandes mayorías.

Al comienzo mencionaba la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud y su Declaración de Alma-Ata. Señalaba que era un hito histórico en el proceso de cambio que ha comenzado a producirse en el campo de la salud y en el mundo entero. El derecho a la salud debe pasar, a través de este proceso, de una aspiración o de declaraciones formales a una realización progresiva y esperamos irreversible.

A este proceso de cambio están suscritos, a lo menos formalmente, todos los países del mundo. Tanto los del Este como los del Oeste. Tanto los del Norte cuanto los del Sur, cualesquiera que sean sus sistemas políticos y económicos y cualesquiera que sean sus regimenes de gobierno. Este proceso puede sintetizarse en dos conceptos que tienen muy importantes elementos relativos al derecho a la salud como derecho humano. Estos conceptos son "la meta social de salud para todos en el año 2000" y "la estrategia de la atención primaria de salud", indispensable para alcanzar la citada meta social.

Antes de entrar a explicar el contenido substativo de estos conceptos, que orientan hoy el quehacer en el campo de la salud, es preciso reconocer que, ocurre en todo proceso trascendente de cambio, estos conceptos no son bien comprendidos. Tienden a ser sobre-simplificados. Se procura distorsionarios. En su aplicación se les prostituye. Pero, poco a poco, lo substativo de ellos se va imponiendo y se va traduciendo en hechos concretos aunque iniciales.

Ahora intentaré explicar estos concepto en forma breve y en función de su relación como vehículos de cristalización del derecho a la salud.

"Salud para todos" no se refiere a la utópica situación en que todos los habitantes del mundo lleguen a gozar de un estado permanente de salud, —lo cual sería un irrisorio paso a la inmortalidad; ni tampoco que las enfermedades desaparecerán de la faz de la tierra—. "Salud para todos" encierra, entre otros, los siguientes elementos conceptuales:

1. Todos, sin excepciones, tienen el derecho al cuidado de su salud. Es decir, a la promoción de sus capacidades físicas, mentales, emocionales y sociales; a la prevención de enfermedades prevenibles; al diagnóstico precoz y al tratamiento inmediato de enfermedades aún no prevenibles; y, a la rehabilitación de los secuelas que puedan dejar ciertas enfermedades, aún después y a pesar de su tratamiento precoz. Todos, sin excepciones, tienen, entonces, el derecho a acceder a un sistema de cuidado de la salud permanente.

2. Todos, sin excepciones, tienen el derecho de poder acceder a los diferentes niveles de complejidad del sistema de salud. Desde el más simple, provisto dentro del hogar por miembros de la familia o dentro de la comunidad local por no-profesionales debidamente adiestrados, hasta el más complejo y sofisticado provisto en hospitales altamente especializados, según sea el problema de salud y según los recursos y capacidades del país.

3. Todos, sin excepciones, tienen el derecho a vivir en un ambiente cultural, social, económico y físico que les garantice una condición de salud positiva y los proteja de peligros capaces de alterar su salud.

4. Todos, sin excepciones, tienen el derecho y el deber de ser elementos activos y decisivos en el cuidado de su salud individual y colectiva y dejar de ser objetos pasivos de un sistema que les imponga prioridades, enfoques, acciones, intervenciones, etcétera. Todos deben participar no sólo como recursos de provisión de algunos cuidados, sino en el planteamiento, manejo, supervisión y control del cuidado de su salud, individual y colectiva.

5. Deben reducirse significativamente las tremendas y ofensivas diferencias en los niveles de salud de los diferentes grupos de población, tanto entre países como dentro de los países. Este principio debe traducirse en un proceso real de priorización de aquellas áreas y aquellos grupos que están ahora en desventaja y comenzando precisamente por quienes no tienen hoy acceso a ninguna forma de cuidado permanente de su salud.

6. Deben reducirse significativamente las tremendas y ofensivas diferencias en la asignación que las sociedades nacionales hacen de los recursos —físicos, tecnológicos, humanos, financieros, etcétera— para el cuidado de la salud de sus pueblos. Este principio debe traducirse en un proceso real de progresivo cambio en las inversiones y en los presupuestos de salud, en las nuevas facilidades físicas que se construyan y en la redistribución geo-

gráfica y funcional de los recursos humanos, dando preferencia a aquellas áreas y a aquellos grupos que están ahora en desventaja y sobre todo aquellos que no reciben ninguna forma de cuidado permanente de salud.

7. En resumen, "salud para todos" es un concepto que encierra una forma de aplicación de un derecho humano —el derecho a la salud— dentro de principios de universalidad, equidad y justicia social.

"Atención primaria de salud" es un concepto que por referirse a una forma o estrategia de alcanzar una meta, ha sido y viene siendo no sólo mal interpretado, sino que muy distorsionado y desvirtuado en su aplicación práctica.

Sucede que el término "atención primaria de salud" es hoy universalmente aceptado, pero sus interpretaciones son diversas y algunas de ellas lindan en la negociación de su concepto como estrategia para alcanzar la meta social de "salud para todos".

A veces es mejor comenzar por indicar qué *no* es "atención primaria de salud", antes de entrar en su explicación conceptual. Así diremos que "atención primaria de salud" *no* es un nivel de atención médica, elemental, rudimentaria y aún primitiva, sin base científica, con tecnología rústica; dada por no profesionales con algún adiestramiento; y orientada a los que viven en el medio rural y a los pobres de las zonas marginadas de los medios urbanos. *Tampoco* es un programa vertical de segunda o de tercera clase, paralelo e independiente del sistema convencional de atención médica. *No* es una acción privativa y aislada del llamado sector salud que, a través de un paquete de actividades simplificadas, decididas en algún organismo internacional, alguna universidad extranjera o nacional o en algún despacho ministerial o directoria de salud —aunque sean eficaces—, se entrega paternalistamente a las poblaciones rurales o a los pobres de los medios urbanos como una caridad que compense en algo su miseria.

Por lo contrario, el concepto de "atención primaria de salud" tal como ha sido definida en Alma-Ata, está basado en los siguientes elementos esenciales:

1. Es un enfoque que debe comprender a todo el sistema de salud de un país, desde el hogar y el lugar de trabajo o desde la comunidad local hasta el hospital más sofisticado y especializado o el instituto de investigación más avanzado.

2. Está basado en la participación activa y responsable del pueblo —individual y colectivamente—, en todos los niveles de complejidad del sistema de salud y en todos los procesos que lo hacen funcionar. Desde la planificación que determina los problemas prioritarios a ser enfrentados primero, hasta el manejo gerencial, la supervisión y el control requeridos para evaluar si efectivamente tales problemas prioritarios son realmente enfrentados y con qué grado de eficiencia y eficacia. La participación del pueblo es mucho más

que el uso gratuito de mano de obra para cumplir ciertas actividades. Es la presencia permanente y decisoria del pueblo como sujeto activo y responsable de su propia salud individual y colectiva.

3. La participación del pueblo, las necesidades reales de salud, y los recursos efectivos de los países y de sus comunidades locales, deben condicionar el tipo de tecnología que el sistema de salud deba usar en sus diferentes niveles. Esto significa un proceso de reversión total de la situación actual, donde la tecnología de salud —generalmente desarrollada en los países industrializados y por lo tanto sofisticada, cara, rápidamente obsoleta, etcétera— condiciona *de facto* la orientación y la conducta de los sistemas de salud y aún la formación de sus recursos humanos. Por eso, dentro del concepto de "atención primaria de salud" se habla de "tecnologías apropiadas" que deben ser, además de científicamente sólidas y efectivas, adecuadas a las posibilidades de cada país y a su aceptación por quienes van a usarlas y por quienes se beneficiarán de ellas. "Tecnologías apropiadas" no son, pues, primitivas, elementales, rudimentarias o empíricas, sino, por el contrario, deben ser relevantes a las condiciones y recursos y a los problemas prevalentes de salud de un país, así como efectivas y aceptables.

4. Los elementos anteriores condicionan la imprescindible necesidad de un proceso de acción multisectorial, ya que muchos de los factores que actúan sobre la presencia de enfermedades están fuera del llamado sector salud. Hay muchos ejemplos de países donde el nivel de educación, la adecuada alimentación, la provisión de agua potable y alcantarillado, buenas condiciones de vivienda, ambientes de trabajo adecuados, etcétera, han contribuido más significativamente al mejoramiento del nivel de salud que lo que pudiera haber hecho un sistema de atención médica convencional. A nivel local, en la comunidad rural o urbana, en el lugar de trabajo, etcétera, la atención primaria de salud es inevitablemente multisectorial. A niveles de mayor complejidad es imprescindible buscar las formas prácticas y concretas de actuar con otros sectores o de dar prioridad a acciones de otros sectores cuya influencia en salud es significativa. La nutrición es tal vez el ejemplo más claro de la multisectorialidad de un problema y de la multisectorialidad de sus posibles formas de enfrentamiento.

5. Los elementos anteriores también condicionan la imprescindible necesidad de un proceso de progresiva delegación de responsabilidades en las acciones de salud. Aun en países industrializados de alto desarrollo se ha demostrado que cerca de un 85% del cuidado médico dado en hospitales podría darse en otros niveles menos complejos y aun —un 40%— a nivel del hogar o del lugar de trabajo, por miembros de la familia o por personas con un mínimo de adiestramiento. En un país en desarrollo se ha demostrado que cuatro quintas partes de las intervenciones de enfermería— aquellas que son propiamente tales de enfermería— pueden ser hechas con se-

mejante eficiencia por auxiliares de enfermería en lugar de enfermeras universitarias. Este elemento esencial tiene tremendas consecuencias en la reorientación de todo el sistema de formación de recursos humanos en salud, para que éste sea también apropiado a las necesidades y posibilidades de cada país y deje de ser una copia de sistemas de países industrializados.

6. Finalmente, la "atención primaria de salud" debe ser un elemento componente y nunca aislado de una estrategia nacional de desarrollo socioeconómico. Para ponerse en práctica requiere de la voluntad y decisión políticas de los gobiernos y no sólo de la buena voluntad de las instituciones y autoridades del sector salud. También requiere de la permanente presión política del pueblo como activo participante de su puesta en marcha, porque sólo a través de esta permanente presión política se puede garantizar una continuidad y permanencia de las decisiones políticas iniciales de los gobiernos.

Para terminar, creemos que a través de la explicación que hemos dado de los conceptos de "salud para todos" y de "atención primaria de salud" hemos incidido en una explicación de ciertos alcances del concepto del derecho a la salud. Estos alcances deben traducirse, en los países y en escala internacional, en las normas jurídicas que contribuyan a la mejor aplicación de este derecho tan fundamental para el ser humano.