

Facultad de Medicina. Universidad de Harvard

Sobre el derecho a la salud*

Arachu Castro¹

RESUMEN

En este trabajo se presentan cinco ideas sobre el derecho a la salud y sobre cómo se puede abordar este derecho para llevarlo a la práctica. Se basa en las premisas de que la salud es una necesidad, que el acceso a la salud debe ser gratuito, que la atención en salud debe concentrarse en donde el impacto de la desigualdad social es mayor y no en donde es más rentable en términos económicos, que debe privilegiarse la inversión en salud y educación, y que es indispensable asignar recursos para formar al personal de salud. También existe un amplio lugar para las ciencias sociales, desde las cuales se puede documentar que cuando la salud no se considera un derecho se reproducen la desigualdad social y la pobreza.

Palabras clave: Salud como necesidad, salud como derecho, iniquidad, acceso a los servicios.

Muchas gracias por invitarme a compartir con ustedes esta semana y a presentar algunas ideas sobre el derecho a la salud. Les cuento que muchas de estas ideas están inspiradas en el trabajo de mis compañeras y compañeros de *Partners In Health*, una organización en la que trabajamos para promover ese derecho y en la que la mayoría de sus integrantes, algunos de los cuales están acá en Cuenca, son promotores y promotoras de salud. Las ideas que vamos a expresar reflejan el trabajo diario en Haití, Rusia, Perú, Estados Unidos, México, Guatemala y Ruanda. Como verán, en esta presentación hay muchos puntos de confluencia con todas las presentaciones anteriores.

Hace unos días, cuando estaba en la universidad en la que soy profesora de medicina social, cayó en mis manos un libro sobre los tratados de libre comercio en América Latina. El libro era bien grueso, y con mucha ingenuidad me imaginé que alguno de sus capítulos trataría sobre el impacto del libre comercio en la salud. Estaba completamente equivocada. Busqué en el índice, y ahí encontré alguna entrada con referencia a la salud. Pero al leer de qué trataban se me cayó el libro a los pies.

En todas esas entradas, la atención en salud aparece como un servicio, al igual que los viajes o el ocio, algo que seguro que disfrutamos muchos quienes estamos aquí. Aunque, sin embargo, según las definiciones tradicionales de los sectores laborales, es cierto que la atención en salud no encuadra ni en el sector agrícola, ni en el industrial, me pareció que catalogar la salud simplemente como un servicio era desvalorar el concepto fundamental de la salud como necesidad. Y esa es la primera de las cinco ideas que quería compartir hoy con ustedes.

¿Por qué un grupo de especialistas en economía y ciencia política no intuyó en ese libro que la salud es más que un servicio, que la salud es un componente necesario para lograr vivir y atender a las personas a nuestro alrededor? La primera respuesta que se

me ocurre, y la más simple, es que todas esas personas que contribuyeron al libro jamás tuvieron que enfrentarse al dilema de escoger entre, por un lado, llevar a un familiar a un centro de salud y perder el jornal de ese día y, por otro, esperar y esperar hasta que la enfermedad desaparezca o que se lo lleve la muerte.

Pero me sorprende que un grupo con tanto talento y tan bien viajado no hubiera caído en ello. Y llevo años preguntándome por qué es tan necesario defender algo que nos resulta tan obvio como es el derecho a la salud y a la atención en salud. Ahí me doy cuenta de que el raciocinio de muchas personas de buena voluntad es que si la salud es algo a lo que aspiramos y deseamos, para lograrlo debemos dar algo a cambio. Y ahí es donde se abre la puerta a la “metalización” de la salud, como dirían en Cuba.

Nos enfrentamos pues ante un problema de valores: la salud como necesidad, que admite que la salud es un derecho fundamental, o la salud como aspiración, que presupone que solo puede obtenerse a cambio de algo, con lo cual se convierte en un servicio monetarizado y privatizable. Pero la salud, al igual que la educación, no es un bien material que se puede intercambiar o que siempre se puede comprar, a pesar de que haya una asociación entre el mayor poder adquisitivo y una mayor longevidad o nivel de estudios.

Si admitimos que la salud es una necesidad y no un servicio, cualquier mecanismo de financiación de salud que no tenga como objetivo el acceso gratuito a la salud se derrumba como un castillo de naipes. Y ésta es la segunda idea. Hay muchos argumentos que se presentan bajo el nombre de justicia o equidad en la financiación de la salud (*fairness* en inglés), pero que en realidad están proponiendo una jerarquía en los servicios de salud. Si alguien tiene la mala fortuna de accidentarse o contraer una enfermedad que requiere una atención costosa, o que se ha catalogado como no costo-efectiva, se encuentra en una situación equivalente a no tener derecho a la atención en salud. Estos mecanismos de financiación son como ir cambiando de sitio las sillas del Titanic cuando se estaba hundiendo, a ver si alguien logra respirar unos segunditos más.

Pero recordemos que en el Titanic algunas personas consiguieron salvarse, en gran parte gracias a su posición social y a la gran desigualdad existente. He aquí la tercera idea, sobre la desigualdad y la ley de la atención inversa. Fue Julian Hart quien la introdujo en 1971, cuando, en referencia al sistema británico de salud, escribió nada menos que en la revista médica *Lancet* que “la disponibilidad de la buena atención médica suele variar de forma inversa a la necesidad de la población atendida. Esta ley de la atención inversa opera de forma más completa ahí en donde la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado, y menos en donde esa exposición es menor. La distribución mercantil de la atención médica es una forma social primitiva e históricamente desfasada, y cualquier retorno a ella contribuirá a exagerar más la mala distribución de los recursos médicos”,¹ escribió Hart. No fueron voces proféticas que entraron en oídos sordos, aunque a veces nos lo parezca. Depende de nosotras, promotoras, epidemiólogas, médicas, antropólogas, juristas, políticos, economistas, estudiantes, seguir mostrando la fuerza de la desigualdad social en la salud y remediar esa desigualdad asignando recursos donde son más necesarios y no donde son más rentables en términos estrictamente económicos.

Para que el acceso a la salud sea gratuito y esté allí donde es más necesario, se requiere transformar las prioridades presupuestarias de muchos gobiernos. Esta cuarta idea, que

propone privilegiar la inversión en salud y educación, no es meramente un presupuesto ideológico. Gracias a muchas personas, algunas de las cuales se encuentran hoy acá, se está acumulando la evidencia de que los recortes de fondos del sector público no sólo aumentan la desigualdad sino que no logran el crecimiento económico que se había esperado, y que se suponía a subsanar los problemas de acceso a la atención en salud y educación. Recortar los fondos de los llamados sectores sociales en aras del crecimiento está más cargado de ideología que nuestro interés colectivo en convertir el acceso a la salud en un derecho.

Imaginemos que ya hemos logrado aumentar la asignación de recursos para salud y educación. Invertirlos en formar a promotoras, maestros, enfermeras, salubristas, epidemiólogas, licenciados y doctoras en medicina y en reforzar la infraestructura de la atención en salud es la quinta idea. Es un paso necesario para convertir el acceso universal a la salud en un derecho fundamental. Pero es mucho más. Es una estrategia para crear empleo digno, para retener a los recursos humanos en buenas condiciones, para revitalizar las comunidades rurales y urbanas. No se trata de un sueño imposible: algunos países y organizaciones ya los están consiguiendo.

También existe un amplio lugar para las ciencias sociales. Lo que decidamos hacer sobre las mayores causas de sufrimiento puede tener un impacto en la brecha social, o tal vez no. Podemos intentar representar el sufrimiento de otros y otras a través de nuestro trabajo, o podemos decidir silenciarlo, negando la realidad que nos rodea. Podemos incluso ir más allá del reconocimiento de que el sufrimiento existe y más allá de darlo a conocer, y decidir transformar nuestras vidas y nuestros entornos institucionales. Pero ya que estamos tan bien situados para examinar la desigualdad social y la salud, ¿cómo podemos justificar la inacción, cualquier tipo de inacción?

También en esto estamos bien situadas para examinar de manera crítica las supuestas barreras y excusas para la inacción, tan frecuentes en muchas personas que ostentan el poder político y económico. ¿No deberíamos continuar a documentar el impacto de que la salud no sea considerada un derecho? ¿Y tratar de vincular el sufrimiento que ello conlleva con, por ejemplo, las leyes de propiedad intelectual de medicamentos, que en muchos acuerdos de libre comercio predominan sobre el derecho a conseguir medicamentos? ¿O tratar de esclarecer los procesos que disminuyen el impacto de la violencia estructural? ¿O prestar mayor atención a las consideraciones prácticas de reforzar los sistemas de atención primaria y de atención al SIDA, a la tuberculosis, a la malaria, y a muchas otras enfermedades? ¿O contextualizar el poder estructural y rearticular las relaciones de poder y sus efectos hegemónicos?

En un texto sobre análisis social crítico, los autores mencionan que la investigación que encuadra su propósito en el contexto de preocupaciones teóricas críticas consigue producir un conocimiento innegablemente peligroso, el tipo de información y perspectiva que enfurece a las instituciones y que amenaza con destituir a los regímenes soberanos de la verdad”.² Sigamos produciendo ese tipo de conocimiento peligroso y, sobre todo, sigamos mostrando que la salud, como necesidad, es un derecho fundamental.

Muchas gracias.

SUMMARY

On the right to health

Five ideas on the right to health and on how this right can be approached to be put it into practice are presented. It is based on the fact that health is a need, that access to health should be free, that health care should be focussed where social inequality is greater and not where it is more .profitable in economic terms, that investment in health and education should be prioritized, and that it is indispensable to allot resources to train the health personnel. There is also a wide place for social sciences, from which it can be proved that when health is not considered as a right, social inequality and poverty increase.

Key words: Health as a need, health as a right, inequality, access to services.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hart JT. "The inverse care law". *Lancet* 1971(1):405-12.
2. Kincheloe JL y McLaren PL. "Rethinking critical theory and qualitative research", in Norman Denzin e Ivonna S. Lincoln (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Londres: Sage 1994:138-57.

Recibido: 28 de julio de 2005. Aprobado: de septiembre de 2005.

Arachu Castro. Medical Anthropology. Harvard Medical School 641 Huntington. Boston NA 02115 USA.

^{*}Presentando en la Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos. Sesión Plenaria: Orden Económico Internacional y la Salud. Cuenca. Ecuador 18 de julio de 2005.

¹Profesora de Medicina Social en el Programa de Enfermedades Infecciosas y Cambio Social del Departamento de Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard. Directora del Instituto para la Salud y la Justicia Social de Partners In Health, e Investigadora en Antropología Médica en la División de Medicina Social y Desigualdades en Salud del Departamento de Medicina del Hospital Brigham and Women's de Boston.