



Introducción

El derecho a la protección de la salud se perfila desde la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, que en su Artículo 25 dispone que:

“Todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida que le permita a él mismo y a su familia gozar de salud y bienestar que incluyan la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias ajenas a su voluntad”.

● Derecho a la protección de la salud como un derecho social

El derecho a la protección de la salud está vinculado, por su origen, al derecho asistencial y al de la seguridad social. Al incluirse en los textos constitucionales el derecho a la protección de la salud adquiere autonomía, incorporándose a la cada vez más larga lista de los derechos sociales.¹

1 Cano Valle, Fernando. *Percepciones acerca de la Medicina y el Derecho*. Inst. Inv. Jurídicas, UNAM, Serie Doctrina Jurídica, núm. 49, 2001.

Ruth Roemer (1989) explica que, por lo general, la función principal de las disposiciones constitucionales que establecen el derecho a la atención de la salud es simbólica; denotan solo la intención del gobierno de proteger la salud de los ciudadanos. “La mera declaración de una política nacional no basta por sí sola para garantizar el derecho a la atención de la salud, sino que este derecho debe traducirse en leyes, programas y servicios específicos”. Sin embargo, la mención del derecho a la atención de la salud en la Constitución sirve para dar a conocer al individuo que su protección forma parte de la política del gobierno y se refleja en las leyes fundamentales de la Nación.²

En el análisis de “Derecho Comparado de once países de América Latina y España”, como un referente elaborado por Garbiñe Saruwatari, se incorpora el derecho a la protección de la salud bajo los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, extensión, descentralización, igualdad, libre elección del subsistema, eficiencia, solidaridad, obligatorio, continuidad, carácter estatal y social de la Medicina, gratuitidad, participación intersectorial, centralización normativa, calidad, y descentralización ejecutiva, disponibilidad, integración, coordinación, participación social (ver anexo).

Panamá incorpora la Bioética y la constitución española en su jurisprudencia; pero interpreta que no es un auténtico derecho fundamental.

En el marco jurídico internacional, y en el de cada país de América Latina, se estructuran los artículos de las diversas constituciones nacionales las cuales mencionan el derecho a la protección de la salud; las Cortes de la mayor parte de los países han sentado jurisprudencia y el Estado propone mecanismos para proteger el derecho a la protección de la salud.

²Fuenzalida Hernán, Scholle L. Susan. El Derecho a la salud en las Américas, Estudio Constitucional Comparado, OPS; Publicidad científica 59.

Hasta el momento, nos hemos dado cuenta claramente que existen sólidas opiniones acerca de la importancia de considerar los derechos humanos como un derecho moral aplicable a todo ser humano; sin embargo, otras tendencias muestran algunas reservas para considerar a la salud como un derecho humano, argumentando lo siguiente:

Primero. La salud o el cuidado de la salud, es difícil de definir, aunque es claro que se acepta cuáles medidas de salud pública, como inmunizaciones, promoción de la salud, tratamiento médico y quirúrgico en el caso de enfermedad, son un derecho; también se debe comprender el acceso al agua potable, a una alimentación adecuada, el derecho a obtener un órgano trasplantable, a cirugía cosmética, a tratamientos de infertilidad o a salas de terapia intensiva. ¿Es posible sostener u ofrecer esto a toda la población?

Todos los derechos poseen una obligación individual sobre la parte de otros

Segundo. Todos los derechos poseen una obligación individual sobre la parte de otros. De esta manera el derecho a la justicia impone la obligación a la autoridad a ser equitativa, en este caso, a proveer los servicios de salud a todos los ciudadanos. Será así obligación de todos los médicos, de los hospitales o de los gobiernos, al margen del presupuesto. ¿Esto es posible?

Tercero. Las bases filosóficas de los derechos humanos siempre son inestables. El liberalismo y el humanismo son las filosofías dominantes en las democracias de occidente y estas requieren derechos humanos. En este sentido, muchas personas piensan que es ventajoso mantener el concepto de derechos civiles y políticos aun cuando las bases racionales sean muy endeble para la atención de la salud de toda la población.³

³ Cano Valle, Fernando. Óp.Cit.

Muchos consideran que la salud para todos no es posible ya que los esfuerzos, la estrategia, el presupuesto, no la hacen alcanzable.

● Salud: un derecho humano

Desde el punto de vista de la Bioética y de los derechos humanos, la salud es un acervo que poseen las personas, es la capacidad que cada quien tiene para desarrollar su potencial físico y cognitivo a lo largo de la vida, por ello debe considerarse un derecho fundamental de los ciudadanos. Además de tener un valor intrínseco, pues estar sano es una de las principales fuentes de bienestar, la salud tiene un valor instrumental por ser uno de los determinantes fundamentales del crecimiento económico.⁴

Al respecto, las fuentes internacionales destacan los siguientes puntos:

- La salud es vista como un derecho humano fundamental ligado al desarrollo histórico social de las sociedades.
- La salud solo es posible de satisfacer en la medida en que se pueda resolver el problema de la pobreza y el subdesarrollo.
- Existe o debe existir una corresponsabilidad entre los países pobres y ricos para lograr el desarrollo, la paz mundial y un trato más equitativo entre las naciones. Esto es, lograr un nuevo orden económico internacional.
- La salud no es un inconveniente que un país pueda resolver por sí mismo, existe una gran preocupación porque se trata de un problema y de una meta por alcanzar en forma regional y, en forma más ambiciosa, en el nivel mundial. La salud es, pues, una problemática que se reconoce como mundial.

4 *Idem.*

● Organización de los sistemas de salud

Ante esta preocupación global, los Sistemas Nacionales de Salud (sns) de la mayor parte de los países de América Latina han enfrentado dos problemas cuya solución definitiva no se vislumbra a corto plazo: la insuficiente calidad de los servicios que presta y el costo creciente de su financiación, mismo que se proyecta en forma lacerante en los próximos años.⁵

Para agravar más esta situación, en la mayoría de los casos el incremento en la calidad de la atención médica se acompaña, invariablemente, de un incremento correlativo de sus costos. Por el contrario, los recortes en la financiación en salud se ven acompañados, en forma más o menos notable, de una disminución en la calidad de los servicios. Ambos problemas poseen un origen común: la estructura de la oferta y la demanda de atención.⁶

A los problemas inherentes a la organización del sistema de salud han debido agregarse, en las últimas décadas, los que resultaron del cambio en el perfil epidemiológico, por el cual las enfermedades crónicas y las lesiones comenzaron a desplazar a los problemas infecciosos y agudos como principal causa de muerte. Además, el crecimiento de la población y su envejecimiento paralelo han aumentado; la demanda de servicios hospitalarios y de alta complejidad es mayor a la oferta disponible, capacidad que en la actualidad ha quedado prácticamente rebasada.^{7,8}

⁵KatzLanzaA.,TestaMario.LasaludenAméricaLatina,FondodeCultura Económica, México, 1983.

⁶LipkinMackJr.;LybrandWilliam.Population-BasedMedicinePraeger,1982.

⁷CarvalhoJ.,Am.La demografía de la pobreza y el bienestar en América Latina: pobreza y desigualdad en América Latina, (U.Tokman) Paidos, Buenos Aires/Barc./Mex., 1988.

⁸Almeida,Celia.Reformadesistemasdeserviciosdesaludyequidadeden América Latina y el Caribe, algunas lecciones de los 80 y 90, Cad. Saude Pública Río de Janeiro 18 (4) 905-925, Julio-Agosto 2002.

● Evaluemos los resultados, no midamos la pobreza

La línea divisoria, discriminatoria, étnica y racial en salud, educación y nutrición existe en amplias localidades de Latinoamérica. Aun en las grandes ciudades de Estados Unidos se observa pobreza y discriminación.

La sociedad conocida como de hiperconsumo ha venido a frustrar más a los pobres los cuales ya eran pobres y no esperaban un estándar de vida elevado; hoy los pobres en los barrios bajos también desean ropa fina, joyas, automóviles, y al no ser accesibles viene la frustración o la criminalidad (Lipovetsky).⁹

Adam Smith señaló hace muchos años: es evidente que ninguna sociedad puede ser próspera y feliz, si la mayoría de sus miembros son pobres y miserables.

OCDE, ONU, FMI y Banco Mundial, principales organismos internacionales, muestran que el mayor desafío es reducir la pobreza de 1600 millones de personas que viven con menos de dos dólares al día. La tendencia a dolarizar la pobreza y vincularla con la salud, lleva muchos decenios, en realidad la pobreza no se está midiendo, se está asignando. Solo mencionar lo anterior es incurrir en la falta de vergüenza y caer en el terreno de lo obsceno.

Los niveles de pobreza en América Latina, entrampada por la enorme desigualdad, significan más que la carencia de cosas materiales, es la falta de oportunidades para la educación y la preservación de la salud, la falta de acceso a la tierra y los créditos, la gran vulnerabilidad a los desastres naturales, a la violencia y la impotencia a la resolución de esos fenómenos, la desnutrición y lo que la patología de la pobreza representa.

■ ⁹Lipovetsky, Gilles. El crepúsculo del deber, Anagrama, 2000.

En América Latina la pobreza es privación de capacidades; los países con indicadores de salud más deficientes son los más pobres y paradójicamente invierten o gastan más en el sector privado de la salud.

México, por ejemplo, tiene 44.7 millones de pobres sin patrimonio; 14.4 millones padecen falta de alimentos; 9.4 millones viven en el campo y 60% son menores de 18 años; 550 mil mexicanos emigran cada año, 320 mil de ellos entre los 14 y 29 años.

Cuadro 1. Gasto nacional en salud 2006

América	GNS/PIB (11.3)
Canadá	9.3
Estados Unidos	13.0
América Latina	7.3

2006

País	Gasto público	Gasto privado
Argentina	4.1	5.9
Brasil	3.4	5.0
Colombia	5.1	4.2
Cuba	5.5	1.2
Estados Unidos	5.9	7.1
México	2.5	2.8
Chile	2.4	4.7
Uruguay	4.8	5.5

Celia Almeida, en la serie de artículos sobre la Reforma de los Sistemas de Servicios de Salud que ha venido publicando en el último decenio, describe perfectamente lo que ha pasado en América Latina: “la evolución histórica de América Latina y el Caribe está marcada por la Constitución de Estados económicamente dependientes, sociedades

altamente segmentadas, considerables niveles de exclusión y marginalidad social”; instituciones con baja capacidad de respuesta “inserción subalterna a los mercados internacionales y pautada por un endeudamiento progresivo y perverso”.¹⁰

Almeida y muchos más han publicado hasta la saciedad el tema de la equidad que marca y remarca la pobreza y más pobreza exacerbada como un rasgo común de todos los países de América Latina, en donde la desigualdad y la misma pobreza ha aumentado de 1990 a 2008. El índice de desarrollo humano expresa las mayores disparidades mundiales y quita el velo de los acreedores internacionales cuyas recomendaciones exigen que las intervenciones en función de la salud fuesen comprobadamente costo-efectivas, que si bien es indiscutible su pertinencia, no representa toda la necesidad humana.^{11, 12, 13}

Apoyo externo
Intervenciones costo-efectivas
Tratamiento antituberculoso efectivo
Tratamiento asequible cardíaco con medicamentos genéricos
Tratamiento de la malaria
Incremento del Programa Inmunización Infantil
Regulación tabaco / Incremento de impuestos
Interrupción de la transmisión VIH
Incremento de la capacidad para atender traumas

¹⁰ Almeida C., M. Os modelos de reforma sanitaria, dos años 80, UMA análisis crítica, Saude e Sociedade 5:3-57, 1996.

¹¹ Ídem.

¹² Carvalho J., Am. Óp. Cit.

¹³ Almeida, Celia. Óp. Cit.