

Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente

Right to health, health justice, and globalization: a pending debate

Yadira E. Borrero R.¹

¹ Médica, especialista en teorías y métodos de investigación social, magíster en sociología, estudiante del doctorado en salud pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: yadira.borrero@gmail.com.

Recibido: 1 de Noviembre de 2010. Aprobado: 20 de mayo de 2011

Borrero YE. Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 29(3): 299-307

Resumen

Este artículo de revisión teórica hace una aproximación al asunto del derecho a la salud en el marco de la justicia sanitaria y en el momento de la actual globalización. Para ello, inicialmente se presentan algunos de los efectos de la globalización en las condiciones de vida y de salud de las poblaciones, así como en el incremento de las inequidades sanitarias. A continuación, se revisan las corrientes que desde la filosofía moral han planteado el problema de la justicia social y sus efectos en los sistemas de salud, para ubicar algunos de los elementos del debate actual sobre justicia sanitaria. En tercer lugar, se propone que el discurso de los derechos humanos y del derecho a

la salud, específicamente, se convierten en una idea —fuerza importante vinculada a la justicia sanitaria global— con potencialidades y restricciones por su propio proceso de configuración. Finalmente, se concluye que la discusión alrededor del derecho a la salud, las inequidades sanitarias y la justicia sanitaria debe trascender el espacio del Estado nacional para referirse a las relaciones interestatales; en este debate, la salud pública como transdisciplina debe otorgar prioridad a este tema en su agenda teórica, investigativa y de praxis social.

-----*Palabras clave:* derecho a la salud, equidad en salud, justicia sanitaria, inequidades en salud

Abstract

This paper, as a theoretical review, presents an approach to the issue of the *right to health* within the framework of health justice in today's globalization. To this end, some of the effects of globalization on people's life and health conditions, as well as the increase in health inequalities, are initially shown. After this, in order to highlight some of the points in the debate, the schools of thought that have approached the issue of social justice and its effects on health systems from the standpoint of moral philosophy are reviewed. Next, it is proposed that the discourse of human rights and the right to health become,

specifically, an idea —an important force linked to global health justice with potentialities and restrictions imposed by its own configuration process—. Finally, it is concluded that the discussion about the right to health, health inequities and health justice has to go beyond the national boundaries and start referring to international relationships. In this debate, public health, as a transdiscipline, must prioritize this issue in its theoretical, exploratory, and social praxis agenda.

----- *Key words:* right to health, equity in health, health justice, health inequalities

introducción

Un tema que cobra cada vez más importancia para la salud pública —como campo de investigación transdisciplinar y como praxis social— es el de las inequidades en salud, la justicia sanitaria y el derecho a la salud. Dos elementos han favorecido la fuerte re-emergencia de este tema. De un lado, la constatación de la persistencia de enfermedad y muerte evitable en grandes grupos de la población —pese a los desarrollos en tecnología y medicamentos—, lo cual afecta usualmente a los más pobres, las minorías étnicas y los “excluidos”, así como la verificación de que estos diferenciales en el estado de salud no solo configuran brechas entre grupos sociales, sino que se presentan como gradientes de salud entre personas y grupos sociales con diferente estatus social [1].

Por otra parte, recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) [2] ha hecho énfasis en lo que se llaman los determinantes de la salud o las “causas de las causas”, las cuales, pese a no ser un debate concluido, ayudan a comprender las formas diferenciales de enfermedad y muerte de los grupos humanos y han puesto el tema en las agendas públicas nacionales e internacionales. Adicionalmente, la discusión sobre los determinantes de la salud es cada vez más importante, dada la aparente ruptura del contrato social, suscrito en la modernidad para disminuir la fragilidad de grandes grupos de la población, lo cual posibilitó lo que Castel llama la “humanización del capital” [3]. Este contrato se está transformando como producto de las actuales condiciones de reproducción del capital [4].

Según Castel, paralelo al desarrollo del capitalismo y a la aparición de asalariados, se configuró en Europa la nueva cuestión social caracterizada por incremento de la pobreza y la miseria, aumento de la vulnerabilidad social, desestructuración de las relaciones comunales de solidaridad, incremento del vagabundaje, entre otras. Esta situación provocó un gran debate político e ideológico en Europa, que de manera general concluyó en los siglos XIX y XX con un proceso de regulación de la relación capital-trabajo, en el cual jugaron un papel muy importante las luchas de la clase obrera europea en los siglos XIX y XX. Este proceso permitió la reconfiguración del pacto social, lo que más adelante —en el periodo de la postguerra— se consolidaría con el Estado de Bienestar. La humanización del capital entra en crisis en la década de los setenta, con la emergencia del pensamiento neo-

liberal, lo que estimuló la desregulación de la relación capital-trabajo a través de estrategias como la flexibilización laboral, disminución del papel distributivo del Estado vía política social, apertura del mercado, entre otras [3].

Asimismo, la preocupación por los diferenciales en el estado de salud y sus determinantes ha suscitado un amplio debate sobre lo que es —o no— justo en salud, inscrito en un campo más amplio, el de la justicia social.

Este ensayo pretende mostrar, a partir de la revisión de cuatro teorías sobre la justicia social, la necesidad de repensar el problema del derecho a la salud y la justicia sanitaria en la globalización. Para ello, se presenta inicialmente una aproximación al problema de las inequidades en salud; posteriormente se muestran las diferentes posiciones éticas sobre la justicia social y lo que cada postura consideraría justo en salud y, desde ese lugar, se plantea una reflexión final alrededor de la necesidad de problematizar el derecho a la salud en el campo de la justicia sanitaria y en el ámbito del Estado nacional, para ubicarlo en el escenario de las relaciones interestatales*.

Salud, inequidades en salud y globalización: aproximación conceptual inicial

Hablar de inequidades en salud en el marco de la globalización requiere algunas precisiones preliminares de orden conceptual; por ello, inicialmente se hace referencia a los conceptos de salud, inequidades en salud y globalización y, a continuación, se presentan algunos datos que evidencian dichas inequidades.

Plantear como punto de partida el concepto de salud puede parecer innecesario, pero, precisamente, en la base de la discusión alrededor de lo justo en salud se encuentran los discursos y las prácticas que se han construido alrededor de la salud. De manera dominante, la salud se ha entendido como la ausencia de enfermedad por parte de los ciudadanos y de los profesionales del sector. Esta idea, que ha sido hegemónica [5], tiene implicaciones para la definición de políticas públicas y la orientación de los recursos. Este enfoque privilegia que los recursos para la salud se dediquen a la prestación de servicios de salud individuales —especialmente de recuperación—, a algunas acciones de protección específica y a la investigación biomédica, ubicando otras inversiones en un lugar subordinado.

Sin embargo, el énfasis puesto en la atención individual a la enfermedad ha sido cuestionado desde el si-

* Esto se refiere a las organizaciones interestatales, creadas después de la segunda guerra mundial, cuyo objeto es la regulación de diferentes ámbitos del orden mundial —por ejemplo, la Organización de Naciones Unidas (ONU) y sus entidades subsidiarias—. Durante las últimas décadas se han creado y consolidado organizaciones regionales o subregionales como la Comunidad Económica Europea, el Mercosur y la Organización de Estados Americanos.

glo XIX por pensadores como Virchow y Villarmé [6], quienes relacionaron la presencia de enfermedades con las condiciones de pobreza como producto de la modernidad y la consolidación del capitalismo en Europa, la industrialización, la urbanización y el crecimiento permanente de la vulnerabilidad social para las inmensas mayorías de los pobladores urbanos [3]. Esta línea de pensamiento ha continuado sus desarrollos epistemológicos, teóricos y metodológicos, especialmente con las corrientes de medicina social y salud colectiva de Latinoamérica. Estas entienden la salud enfermedad como un proceso social, configurado históricamente y que depende de las condiciones de producción y reproducción social de cada grupo humano ubicado en momentos históricos específicos [1]. En este sentido, el quehacer en salud no se puede restringir a los servicios de recuperación o a la enfermología pública, como lo denominó Granda [7], sino que debe garantizar la transformación de las condiciones inequitativas en que se desarrolla la vida y que son explicativas de las formas diferenciales de enfermedad y muerte entre clases sociales, géneros y grupos étnicos. Esta perspectiva teórica ha cobrado mayor vigencia en el debate sobre la globalización económica y sus efectos para la salud de las poblaciones.

De otro lado, el concepto de inequidades en salud ha sido ampliamente debatido por la salud pública[†]. Uno de las definiciones más enunciadas es el de Margareth Whitehead, quien plantea que las inequidades en salud son las desigualdades en salud consideradas como evitables, innecesarias e injustas [8]. Sin embargo, este concepto ha sido discutido por algunos autores, ya que esta definición es problemática pues no precisa qué es y quién define lo innecesario, evitable e injusto en salud [9]. Breilh, en un ejercicio para considerar qué son las inequidades en salud desde una aproximación estructural marxista, propone que se necesita diferenciar entre diversidad, inequidad y desigualdad. Para este autor, la diversidad es una característica inherente a la vida, la inequidad es una categoría analítica que representa el problema de la distribución de bienes y servicios en la sociedad de acuerdo a los recursos de poder de diferentes sectores sociales y, finalmente, las desigualdades son las evidencias empíricas de las inequidades [10].

Finalmente, para comprender la globalización, resulta útil la diferenciación realizada por Beck. Para él, hace mucho tiempo vivimos en una sociedad global, la cual significa “pluralidad sin unidad” [11]. El globalismo lo entiende como un fenómeno en el cual los mercados

desalojan y desplazan lo político, es decir, ubica la primacía en lo económico, donde el libre mercado minimiza y subordina otras dimensiones, incluida la política. Finalmente, Beck entiende la globalización como un proceso en el cual los Estados nacionales se entremezclan e imbrican a través de actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder; donde lo político se ubica en un lugar importante para comprender los procesos de transformación contemporáneos, de manera que, inscritos en la perspectiva de Beck, la globalización abre un espacio para lo político y, potencialmente, para la justicia sanitaria. Esta diferenciación es importante porque supera las aproximaciones economicistas actuales y plantea retos para el debate y la acción en torno a la justicia sanitaria y el derecho a la salud.

Paralelamente, la globalización propicia una pregunta para la salud pública alrededor de la justicia global y las inequidades en salud: ¿cómo está afectando este fenómeno (la globalización) el estado de salud y las inequidades sanitarias entre las poblaciones?

Inequidades en salud: reto para la salud pública contemporánea

Es importante superar una visión dualista de la globalización como buena o mala para la salud, pues se necesita comprender la complejidad que este fenómeno representa [12]. En este marco se plantean dos asuntos en los cuales la globalización está afectando de manera negativa las condiciones de salud e incrementando las inequidades existentes: aumento de la pobreza y de las brechas en los resultados de salud.

El proceso de globalización económica ha deteriorado las condiciones de vida de millones de personas e incrementado la pobreza mundial. La neoliberalización de la economía produjo una pérdida de las certezas alcanzadas por la clase trabajadora[‡]. Hoy, las personas y los grupos sociales pasan fácilmente a la pobreza o a la indigencia [4] y los desocupados ya no son parte de un “ejército de reserva”: se convirtieron en posiciones estructurales en la sociedad; además, los sistemas de seguridad social son más frágiles y no todos proporcionan las garantías necesarias para enfrentar las contingencias de enfermedad, vejez y muerte. La incertidumbre es parte de la vida cotidiana y la fragilidad de la vida humana se hace más evidente.

La extensión y profundización de la “sociedad de riesgo” ha configurado nuevos asuntos en la cuestión social. Uno de ellos es el contraste entre la opulencia

[†] Dada la complejidad del debate que encierra este concepto, desborda las posibilidades y alcances de este trabajo; sin embargo, se ubican unos elementos básicos de su discusión.

[‡] Específicamente los logros de los obreros y de los ciudadanos en los países con Estados benefactores.

de muy pocos y las condiciones de pobreza y miseria de millones de seres humanos. Algunos datos son: alrededor de 44% de la población mundial vive en condiciones de pobreza [13], 831 millones de personas tienen desnutrición crónica, 2.000 millones de personas no cuentan con electricidad, 1.197 millones de seres humanos carecen de agua potable, 2.747 millones de personas no tienen redes sanitarias, 774 millones de adultos son analfabetas, 250 millones de niños trabajan fuera de sus hogares [15].

Se estima que hay mil millones de personas con malnutrición, mil millones que tienen hambre y dos mil millones que tienen déficit de micronutrientes; 3,5 millones de mujeres y niños menores de 5 años mueren cada año por causas relacionadas con la desnutrición [14]. El Banco Mundial estimó que entre el 2004 y el 2005, el precio de los alimentos se duplicó, y esa situación empujó a más 100 millones de personas a la pobreza. En contraste, los países ricos, con el 15,5% de la población mundial, contaban en el 2005 con el 80,4% del total del ingreso [15]. Las inequidades en la distribución de la riqueza no ocurren solo entre países, se reproducen también dentro de ellos; por ejemplo, en los países ricos ha provocado lo que se denomina “bolsones de pobreza”. En términos de los resultados de salud, algunos datos muestran que cerca de 2.000 millones de personas no tienen acceso a servicios de salud; 50.000 personas mueren diariamente en el mundo, de hambre y por problemas de salud evitables como diarrea, neumonía, tuberculosis y malaria [15]. El último informe de la OMS plantea que, pese a las mejoras globales en la situación de salud, hoy se encuentra claramente documentado que los progresos alcanzados son ampliamente desiguales: numerosos países están cada vez más rezagados o perdiendo avances previos. Asimismo —reconoce el informe—, si los sistemas de salud se dejan a su libre albedrío, no avanzarán por el camino de disminuir las inequidades en salud ni lograrán resultados de acuerdo con los recursos invertidos.

Unos ejemplos de brechas entre países son estos: Omán logró en los últimos 30 años una reducción de más del 80% en la tasa de mortalidad infantil, en tanto que los países de ingresos bajos no han logrado reducirla más allá del 70%; la tasa de planificación familiar en África subsahariana llega al 21%, en tanto que en países desarrollados alcanza el 61%. Un comportamiento semejante se encontró con relación a la esperanza de vida al nacer: entre la década del setenta y el 2005, la brecha entre los países de ingreso alto y los del África subsahariana o los Estados vulnerables se ha incrementado entre

3,8 y 2,1 años respectivamente [16]. En síntesis, se ha demostrado que los procesos de globalización económica han concentrado la riqueza en pocos, incrementado las brechas entre países pobres y ricos y entre pequeños grupos de personas muy ricas y millones de personas que viven en condiciones de pobreza y miseria. Este deterioro en las condiciones de vida está afectando la salud y, pese a los enormes desarrollos tecnológicos, millones de seres humanos enferman, mueren y tienen menos esperanza de vida que aquella que podrían alcanzar. Las inequidades en salud se configuran como uno de los problemas más importante que debe enfrentar la salud pública en la actualidad. Un elemento clave en esta discusión gira alrededor de lo que se considera como justo en salud.

Lo justo en salud: aproximación desde el debate de la justicia social

Es necesario partir de la discusión alrededor de la justicia social, dado que las diferentes concepciones sobre el derecho a la salud tienen una fundamentación moral relacionada con la manera como se entiende lo justo en salud, y esta, a su vez, se inscribe en el debate de la justicia desarrollado por la ética y la filosofía política. La complejidad de este debate supera ampliamente las posibilidades de esta reflexión; sin embargo, es importante llamar la atención sobre algunas ideas reguladoras que han orientado las posiciones alrededor de lo justo. En este trabajo se escogió presentar cuatro corrientes sobre la justicia social y sus implicaciones para la salud, dado que ellas han tenido resonancia en el debate sanitario y profunda implicación para las políticas sectoriales; ellas son: liberal radical, liberal igualitaria, de capacidades y marxista.

Enfoque liberal radical

Desde las ideas contractualistas⁸, hay por lo menos dos consensos básicos alrededor de lo justo: el derecho a la vida y a la libertad, los cuales forman parte de los llamados derechos humanos de primera generación [17, 18, 19]. El respeto por estos derechos fundamentales se encuentra en la base de la formación de los Estados modernos, del pensamiento ilustrado y de las revoluciones liberales; asimismo, regulan la relación Estado/ciudadano. Las posturas liberales [20] adicionalmente han defendido un tercer derecho, el de la propiedad privada, como producto del trabajo, la herencia o las transacciones entre personas libres.

En el seno de las posturas liberales existen matices sobre cómo se entiende lo justo. Para el liberalismo radi-

⁸ El contractualismo se refiere a las corrientes que, desde la filosofía política, explican el origen del Estado como producto de un pacto o contrato social establecido entre personas libres.

cal —representado por pensadores como Nosick, quien rescata el pensamiento de Locke—[21], lo justo es que el Estado garantice el respeto de los derechos civiles, los cuales son concebidos como derechos negativos porque implican que el Estado se abstenga de intervenir en ellos, por ejemplo: la libertad de culto, de movilidad y de pensamiento, que son libertades civiles, de adquirir o vender propiedades o activos. Sin embargo, algunas posturas jurídicas plantean que en los derechos de primera generación (civiles y políticos), el Estado debe tomar medidas específicas para su protección, erogar recursos y, en muchos casos, positivizarlos a través de leyes para su efectiva protección.

Se considera que el Estado no debe intervenir en otros asuntos, pues los sujetos son libres y autónomos, los que pueden garantizarse asimismo las condiciones para la vida que desean vivir. Esta perspectiva liberal argumenta que la búsqueda de satisfacción de las necesidades y aspiraciones individuales concluye en el bienestar colectivo [22]. Para los representantes del pensamiento liberal radical, la intervención del Estado conduciría de una sociedad libre a una autoritaria [23], y consideran que el mercado es moralmente neutral para resolver los problemas de justicia social. Por ello, el Estado solo debe intervenir en aquellos asuntos que producen altas externalidades negativas,^{**} pero que no generan beneficios directos a los individuos y, por lo tanto, los ciudadanos no están dispuestos a pagar por ellos. Las implicaciones de esta postura para la salud son, de un lado, la defensa del libre mercado como el escenario adecuado para el mejoramiento de los determinantes de la salud y el acceso a servicios de salud y, de otro lado, la minimización de papel del Estado, al que se le asigna como responsabilidad la provisión de servicios altamente costo-efectivos y con altas externalidades positivas. No se considera la salud como un derecho humano fundamental. Esta tendencia fue dominante en los procesos de reforma de los sistemas de salud implementados en América latina a partir de los noventa [24]; sin embargo, esta postura no ha sido la única en el pensamiento liberal.

Liberal igualitarista

Otra corriente importante para el debate sobre lo justo en salud, en la entraña del pensamiento liberal, es el enfoque liberal igualitarista, representada por autores como Kant y Rawls. Se diferencia de la perspectiva anterior porque considera que para el logro de la libertad y la autonomía se requiere garantizar a las personas unas condiciones básicas que permitan dicho ejercicio en el

marco de una democracia deliberativa. En este sentido, Kant [25], en el siglo XVIII, y Rawls [26], en el siglo XX, plantean una discusión sobre lo justo al liberalismo radical. Para Kant, los hombres son sujetos morales que desean vivir en una sociedad justa y ordenada, construida en el ámbito del Estado-nacional. Rawls retoma la perspectiva kantiana y plantea que la idea de libertad no es realizable en el marco de sociedades inequitativas, y se preocupa por la justicia distributiva [26]. Para la realización de la libertad se necesita el logro de condiciones básicas que posibiliten a los individuos el ejercicio de la autonomía; estas condiciones deben desarrollarse a partir de la construcción de un consenso social en los Estados nacionales; es decir, inscribe el debate en términos de la equidad nacional.

Dentro de los aportes más importantes de Rawls [26], en su teoría de la justicia, está su noción de bienes primarios, que considera centrales para el desarrollo de los proyectos de vida individuales, los cuales son: derechos y libertades claramente establecidos, libertad de movilización y de seleccionar una ocupación, poder y posibilidad de acceso a posiciones de responsabilidad en las instituciones políticas y económicas, renta y riqueza y bases sociales para el autorrespeto. Adicionalmente, propone el principio de diferencia, en el cual se plantea como regla que, si hay una distribución injusta, es para brindar mayores beneficios para los menos aventajados en la sociedad. En este sentido, los derechos sociales[‡] se justifican en la medida en que posibilitan la autonomía y el disfrute efectivo del derecho a la libertad y el desarrollo de la vida que se quiere vivir.

El pensamiento de Rawls, en el campo de la justicia sanitaria, fue recogido por Daniels y colaboradores [6] quienes proponen que se necesita definir cómo se distribuyen los bienes primarios —que para estos autores son equiparables a los determinantes de la salud— y la asistencia sanitaria; es decir, se necesita aplicar los principios de justicia distributiva al conjunto de instituciones sociales para favorecer la cooperación. Asimismo, la atención en salud es importante para lograr el mejor funcionamiento posible y, con ello, desarrollar los proyectos de vida que se desea vivir.

Estas propuestas de los filósofos libertarios igualitaristas, si bien representan avances importantes para trabajar alrededor de las inequidades en salud y el derecho a la salud con respecto a las posturas del liberalismo radical, han sido objeto de fuertes críticas. De un lado, Guzmán [27] Sen y Nussbaum [28, 29], proponen que el asunto de la equidad no se limita a una distribución

^{**} Externalidades negativas se refieren a los costos cuyo precio en el mercado no los refleja.

[‡] Corresponden a los derechos económicos, sociales y culturales o DESC.

de bienes y servicios y que se requiere considerar las capacidades diferenciales de las personas para lograr el bienestar con los recursos asignados. Para ellos, la salud es multidimensional y un asunto absolutamente central en el debate de la justicia social; y, de otro lado, filósofas como Benhabid plantean que se excluyen inequidades relacionadas con el reconocimiento del *otro* [30] —mujeres, grupos étnicos, etc.—, cuyas necesidades no se superan solo a través de acceder a bienes y servicios, sino que ameritan arreglos diferenciales alrededor del reconocimiento de la otredad.

Una crítica final a este grupo de las posturas liberales —radical e igualitarista— es que se restringe al Estado nacional la concertación de arreglos alrededor de lo justo y excluye de la agenda pública la necesaria discusión sobre las inequidades existentes entre países —provocadas por el modelo de desarrollo económico—, que se han profundizado con la globalización económica [31,32].

En síntesis, este conjunto de posturas del liberalismo igualitarista tienen una doble implicación para la justicia sanitaria y el derecho a la salud. La primera se relaciona con afectar los determinantes sociales y económicos de la salud, ya que su aplicación permitiría, por lo menos teóricamente, que algunas inequidades se disminuyan entre clases sociales y dentro de los Estados nacionales; y la segunda posibilita el desarrollo de sistemas de salud universales y equitativos con amplia responsabilidad del Estado. Sin embargo, excluye la discusión sobre las inequidades entre los países —especialmente entre los países del norte y del sur— y no da un lugar suficientemente importante al reconocimiento de servicios de salud que respeten las diferencias culturales y las desigualdades^{††} históricas acumuladas entre grupos humanos.

Igualdad de capacidades

La tercera postura alrededor de la justicia social formulada por Sen es la igualdad de capacidades. Heredero de la perspectiva kantiana y de los aportes de Rawls, Sen considera que las personas son sujetos morales [28] y, en discusión con el utilitarismo, plantea que no se puede justificar que las mayores ganancias de algunos compensen las pérdidas de otros; por ejemplo: no hay defensa para que la riqueza de algunos someta a hambruna a millones. De otro lado, Sen reconoce la diversidad humana e identifica que esta condiciona las capacidades que tienen las personas para convertir los recursos en bienestar y, con ello desarrollar sus proyectos de vida. Con la introducción del concepto de capacidades, Sen plantea que no bastan la distribución de bienes primarios —como lo

plantea Rawls—, sino que deben tenerse en cuenta las capacidades de las personas para el logro de la vida que se quiere vivir. El fin de esta perspectiva es el desarrollo de la libertad situada localmente [33].

Algunas de las capacidades diferenciales se relacionan con la salud de las personas. Asuntos como las discapacidades o las inequidades socialmente cristalizadas restringen el desarrollo real de los proyectos de vida; es decir, el ejercicio de la autonomía. Como aportes de la teoría de Sen para la justicia sanitaria, tenemos: la centralidad que asigna a la salud y sus determinantes para el desarrollo de capacidades y, con ello, de los proyectos de vida; al centrarse en las capacidades, le preocupa más la igualdad en el uso de los servicios de salud y de otros servicios, más que la disponibilidad de los mismos, pues la disponibilidad de servicios no garantiza su uso; finalmente, dada la importancia que asigna a la pluralidad local, abre la posibilidad de un enfoque intercultural [28, 29].

Perspectiva marxista

Un último enfoque de justicia social es la postura marxista, heredera de la crítica marxista al modo de producción capitalista, apoyada en la máxima de Louis Blanc, que plantea como principio de lo justo: “A cada uno, según sus necesidades, y de cada uno, según sus posibilidades” [34]. Esta máxima de justicia social aplicada a la salud implica el mejoramiento de las condiciones de vida, trabajo, reconocimiento y acceso a los servicios de salud para cada grupo social, de acuerdo con sus necesidades y, por otro lado, que cada grupo social aporte al colectivo de acuerdo con sus recursos y capacidades.

Para el caso de la salud, esta mirada de lo justo ha permeado las corrientes de la medicina social y la salud colectiva en América latina, las cuales han promovido la salud como derecho humano fundamental articulado al desarrollo de condiciones de vida y de trabajo que dignifiquen al ser humano, superen la cosificación producida por el capital y la garantía del acceso efectivo a servicios de salud integrales, adecuados y suficientes de acuerdo con las necesidades de los diferentes grupos humanos.

La idea de lo justo en salud y las propuestas de sistemas de salud

Cada perspectiva sobre lo justo en salud ha tenido su correlato empírico en sistemas de salud y de seguridad social. Se pueden ubicar por lo menos tres tipos de experiencia: a) con el avance del socialismo, las luchas de los obreros y la hecatombe europea por las dos guerras

^{††} Aquí uso el término desigualdades en el sentido dado por Breilh, como la evidencia empírica de las inequidades.

mundiales, se configuraron en Europa los llamados Estados del bienestar,⁸⁸ que asignaban un lugar importante al papel del Estado como regulador de las inequidades producidas por el capitalismo [35]; este tipo de Estado, como forma de humanización del capitalismo [3], es un ejemplo de una perspectiva liberal igualitaria, a través de la materialización de los derechos económicos, sociales y culturales y la ampliación efectiva de formas de ciudadanía social, como lo usa Fleury [36]; y avanzó en la configuración de sociedades nacionales más justas; b) los países socialistas —algunos hasta la caída del socialismo real— avanzaron en la disminución de inequidades en las condiciones de vida y en la universalización del acceso a los servicios de salud; c) con la caída del socialismo real y la reemergencia del pensamiento liberal, los modelos de Estados de bienestar fueron cuestionados; el neoliberalismo económico instó a la transformación del papel del Estado —de un Estado interventor a Estados mínimos que permitieran el desarrollo de las fuerzas del mercado, lo que garantizaría el control del déficit fiscal y el mejoramiento de la eficiencia—. En este marco se propiciaron procesos de reforma de los sistemas de salud, [37, 38] que promovieron la mercantilización de la salud al considerar los servicios de recuperación como bienes privados por los cuales las personas pagarían. Esta lógica liberal radical desató un conjunto de reformas, especialmente en América latina, que reorganizaron los sistemas de salud, uno de cuyos casos paradigmáticos ha sido el colombiano⁸⁹.

Finalmente, y a manera de síntesis, el debate alrededor de la justicia social es muy importante hoy para la salud pública porque, de un lado, ayuda a comprender cuáles son los argumentos éticos que justifican el actual modelo globalizado de acumulación del capital que produce inequidades en los determinantes de la salud y en los resultados de salud y, de otro lado, ayuda a debatir y a construir alternativas que justifiquen éticamente la salud como derecho en su doble dimensión: de condiciones de vida y de acceso y uso de los servicios de salud.

El derecho a la salud y la justicia sanitaria

En las actuales condiciones —globalización, incremento de las inequidades en salud y en las condiciones de vida, debate sobre inequidades sanitarias, determinantes de la salud y justicia global—, el discurso de los

derechos humanos y, específicamente, de derecho a la salud adquiere vigencia y se está convirtiendo, como lo plantea Stolkiner, en una potente idea-fuerza [39], especialmente para los actores subalternos que pueden encontrar en él una posibilidad para la movilización social y para la salud pública, que debe trabajar por el mejoramiento de las condiciones de salud y por la disminución de las inequidades sanitarias.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que, pese a que el debate sobre los derechos humanos se inauguró con la modernidad [39], el reconocimiento de la salud como un derecho es reciente y aún se encuentra poco desarrollado. De hecho, la concepción moderna sobre los derechos humanos ha privilegiado por casi un siglo, de modo coherente con el pensamiento liberal sobre la justicia, el reconocimiento y la defensa de los derechos civiles y políticos, vinculados en su origen al tránsito de regímenes monárquicos hacia regímenes democráticos [40]. En contraste, los derechos económicos, sociales y culturales se disputan un lugar que logre asignarles la fuerza que hasta ahora se ha reservado a la defensa y materialización de los derechos civiles y políticos [41]. En esta tensión, además de la discusión desde lo que es justo socialmente, también se ha argumentado que los derechos civiles y políticos son derechos negativos y que el Estado solo debe protegerlos; en cambio, los derechos económicos, sociales y culturales se consideran derechos positivos [42] que obligan al Estado a diseñar políticas y a erogar recursos para su garantía.

Sin embargo, es claro que los derechos civiles y políticos no son solo negativos, ya que su materialización por parte del Estado requiere erogar recursos; por ejemplo, para el mantenimiento del sistema penal. De otro lado, los derechos económicos, sociales y culturales también ameritan esfuerzos negativos por parte de los Estados, como es el de proteger la integridad de la salud de sus conciudadanos. De manera que esta separación entre derechos positivos y negativos —promovida por las posturas liberales— no es tan radical y clara como se pretende.

Además, con la emergencia del neoliberalismo y como una estrategia de resistencia social, la defensa de los derechos humanos y de los derechos económicos, sociales y culturales específicamente se vincula claramente a la discusión sobre justicia social.

⁸⁸ El desarrollo de los Estados de bienestar tiene su origen en dos momentos diferentes: a finales del siglo XIX, en Alemania, con el modelo de Bismark que promovió formas de protección social orientadas a la clase trabajadora; de otro lado, en Inglaterra, en el siglo XX, después de la segunda guerra mundial, cuando el informe Beveridge propuso la creación de un sistema de protección social universal, no mediado por un contrato de trabajo y con una consecuente universalización de la ciudadanía social.

⁸⁹ La Ley 100 de 1993 transformó el anterior Sistema Nacional de Salud en un mercado regulado de servicios de salud con actores responsables del manejo de los recursos (aseguradores) y otros dedicados a la prestación de los servicios de salud. Este modelo actualmente se encuentra en crisis y su reforma ha reavivado el debate nacional en torno a lo que es justo en salud.

La articulación entre salud y derechos humanos aparece explícita por primera vez en la constitución de la OMS en 1948, que plantea el goce del mayor nivel posible de salud como un derecho humano [43]. Esto se confirma con el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) que reconoce, en el artículo N.º12, que la salud es un derecho y que trasciende los límites de la asistencia sanitaria [44].

Pese a esto, y como hemos revisado, las brechas e inequidades existentes entre diferentes grupos sociales —tanto en determinantes de la salud como en resultados sanitarios— evidencian que no se ha logrado la materialización efectiva del derecho a la salud.

Dos de los elementos que dan potencia al discurso de los derechos humanos son: a) todos los seres humanos desde su nacimiento son libres e iguales en dignidad y derechos; este enunciado es muy poderoso, especialmente por su sencillez [45], y permite que haya un acuerdo básico sobre este principio general desde diferentes posturas filosóficas; b) los contenidos planteados a los derechos humanos (universalidad, integralidad, interdependencia e indivisibilidad) abren la posibilidad de acciones coordinadas para demandar simultáneamente responsabilidades de los Estados frente a los determinantes de la salud y la atención sanitaria [46].

Sin embargo, y pese a su vigor, hay tres limitaciones que restan potencia al discurso de los derechos humanos. Primero, se plantea que la responsabilidad de garantizar los derechos económicos, sociales y culturales para los Estados está mediada por su capacidad económica. Esto es crítico, dado que los ingresos estatales dependen del pago de impuestos, y actualmente (en el marco de la economía neoliberal dominante) no es bien aceptada una estructura tributaria que recaiga en quienes centralizan la riqueza; además, la concentración de capital en empresas transnacionales disminuye la gobernanza económica para los Estados nacionales, restringiendo las posibilidades efectivas de aumentar los ingresos por la vía de tributación directa al capital. Segundo, no existen mecanismos jurídicos internacionales que obliguen a los Estados firmantes cuando hay violación de los derechos económicos, sociales y culturales a sus ciudadanos. Tercero —quizás el punto más crítico—, hay muchos Estados pobres que no cuentan con los recursos necesarios para avanzar en los derechos económicos, sociales y culturales. Sin embargo, en el debate de la justicia global no se acepta como razonable la responsabilidad de las naciones más ricas frente a la pobreza de las naciones pobres; esta situación no se considera como su problema [31, 47]. Por esto se necesita replantear la justicia global en el marco del sistema global de Estados. Sin compromiso y responsabilidad de los ciudadanos de países ricos no será posible la materialización de los derechos sociales y, espe-

cíficamente, el derecho a la salud para la inmensa mayoría de los ciudadanos del mundo. Esto sin desconocer que se debe lograr una estructura tributaria progresiva y directa dentro de los Estados nacionales para avanzar en términos de justicia distributiva, especialmente en un contexto tan inequitativo como el latinoamericano.

Conclusiones

La salud como derecho humano ha venido ganando relevancia en la discusión contemporánea, especialmente frente al incremento de las brechas en salud y el reconocimiento de la importancia de los determinantes sociales y económicos para explicar las diferenciales de enfermedad y muerte entre distintos grupos sociales, géneros, etnias y países.

La discusión sobre el derecho a la salud se inscribe en un debate filosófico más amplio: la justicia social. Dentro de este existen diferentes corrientes teóricas en tensión, cuyo abanico está desde las posturas más liberales que plantean que lo justo es la protección por parte del Estado de los derechos a la vida, la libertad y la propiedad privada de sus ciudadanos exclusivamente, pasando por posturas liberales igualitarias que plantean que sin bienes básicos no hay posibilidad efectiva del ejercicio de la autonomía, hasta llegar a las posturas marxistas que plantean que lo justo es que cada miembro de la sociedad reciba de acuerdo con sus necesidades y que aporte de según sus posibilidades.

Estas posturas han tenido su correlato en las propuestas de sistemas de salud. Hoy, con la emergencia fuerte del discurso económico neoliberal, se promueve la organización de sistemas de salud basados en el mercado, desde un enfoque liberal de justicia social. Sin embargo, el discurso de los derechos humanos aparece como una idea fuerza potente para avanzar en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, inscrito en corrientes de justicia social distributiva.

Además, el debate sobre derecho a la salud, justicia social e inequidades en salud debe abordar el asunto de las injusticias sanitarias existentes entre los países y el modelo de globalización económica, de manera que se ubique como prioridad en la agenda teórica, investigativa y en la praxis social de la salud pública como transdisciplina.

Referencias

- 1 Marmot M. The status syndrome: How social standing affects our health and longevity. New York: Time Books; 2004.
- 2 Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants on health. Discussion paper for the commission on social determinants of health. Ginebra: who; 2007

- 3 Castel R. La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado. Barcelona: Paidós; 1997.
- 4 Castel R. La inseguridad social: ¿qué es estar protegido?. Buenos Aires: Manantial SRL; 2006.
- 5 Brehil J. "Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud". Ponencia presentada en el Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud; México. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. [revista en internet] 2008 septiembre-octubre. [acceso 2 octubre de 2010]; p. 14-29. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/finsp/about/submissions#authorGuidelines>.
- 6 Daniels N, Kennedy B, Kawachi I. La justicia es buena para la salud. Porque una mayor igualdad económica promovería la salud pública. Boston: Review Magazine; 2000. p1-14.
- 7 Granda E. La salud pública y las metáforas sobre la vida. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2000; 18(2): 83-100.
- 8 Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. Int J Health Serv. 1992; 22: 429-445.
- 9 Vieira LM y Almeida N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(Sup 2): S217-S226.
- 10 Brehil J. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. En: Breilh J (ed.). Cuerpos, diferencia y desigualdades. Bogotá: Utópica; 1998.
- 11 Beck U. ¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuesta a la globalización. Barcelona: Paidós; 1998.
- 12 Lee K. Globalisation: what is it and how does it affect health? The Medical Journal of Australia. 2004; 180(4): 156-158.
- 13 Pogge Th. Reconocidos y violados por la ley internacional: los derechos humanos de los pobres globales. Debates. 2007; (47): 22-41.
- 14 Yach D. The role of business in addressing the long term implications of the current food crisis. Globalization and Health; 2008; 4:12
- 15 The World Bank. World development report 2005. Nueva York: Oxford University Press; 2005.
- 16 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación de salud en el mundo. La atención primaria en salud más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2009.
- 17 Hobbes T. Leviatán. O la materia, forma y poder de una República eclesiástica y civil. 5.ª ed. San Juan de Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico; 1968.
- 18 Rousseau JJ. El contrato social (9.a ed.). México: Porrúa; 1992: 3-28
- 19 Locke J. Ensayo sobre el gobierno civil. México: Porrúa; 2003.
- 20 Pereira J. Justiça Social no Domínio da Saúde. Cad. de Saúde Pública. RJ: 1990; 6(4): 400-421.
- 21 Nozick R. Anarquía, Estado y Utopía. México: FCE; 1974. p32.
- 22 Álvarez LE. Introducción. En: FNSP. Pensamiento en salud pública. El derecho a la salud. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001.
- 23 Uribe M. La justicia distributiva en la concepción libertaria de Nosick y Hayek. Revista Agenda, Universidad de los Andes. 2000; p. 151-163.
- 24 Almeida C. Reforma del sector salud y equidad en América latina y el Caribe: conceptos, agendas, modelos y algunos resultados de implementación. Rev. Gerencia y Políticas de Salud. 2005; 4(009): 6-60.
- 25 Kant I. La paz perpetua [internet]. [acceso 25 de agosto de 2009]. Disponible en: http://74.125.47.132/search?q=cache:yRzSATwXmRUJ:https://www.u_cursos.cl/filosofia/2008/1/FHCEE-005/1/material_docente/objeto/374+Kant+La+paz+perpetua+pdf&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co.
- 26 Rawls J. Teoría de la justicia. México: Fondo de Cultura Económica; 2006.
- 27 Guzmán MP. Aportes de las teorías de la justicia de Jhon Rawls y Amartya Sen en la interpretación de la justicia sanitaria. Rev Colombiana de Filosofía de la Ciencia. 2006; VII(14-15): 35-61.
- 28 Sen A, Nussbaum M. La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica; 1996.
- 29 Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Pública. 2002; 11(5/6): 302-309.
- 30 Benhabib S. El ser y el otro en la ética contemporánea. Feminismo, comunitarismo y posmodernismo. Barcelona: Gedisa; 2002.
- 31 Pogge TW. La pobreza en el mundo y los derechos humanos. Madrid: Paidós; 2005.
- 32 Lafont C. Justicia global en una sociedad mundial pluralista. En: III Congreso Iberoamericano de Filosofía-Memorias; Medellín, octubre del 2008. Medellín: Estudios de Filosofía; 2009: 139-162.
- 33 Sen A. Desarrollo y libertad. Barcelona: Planeta; 2000: 16-30.
- 34 Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. Ponencia presentada en: Taller Latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud, México 2008. México: alames; 2009: 86-97
- 35 Offe C. Contradicciones en el Estado de Bienestar. Madrid: Alianza Editorial; 1990.
- 36 Fleury S, Molina CG. Modelos de Protección social. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, indes; 2002.
- 37 Uribe M. La contienda por la reforma del sistema de salud en Colombia (1990-2006) [tesis doctoral]. México: Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos; 2009.
- 38 Banco Mundial. Informe Sobre el Desarrollo Mundial: "Invertir en Salud". Washington D.C: BM; 1993.
- 39 Stolkiner A. Derechos humanos y derecho a la salud en América latina: La doble faz de una idea potente. Rev Med Social. 2010; Vol5(1): 89-95.
- 40 Castro EJ, Restrepo OC, García LV. Historia, concepto y estructura de los derechos económicos, sociales y culturales. Estud. Socio-Juríd. 2007; 9(Número especial): 77-108.
- 41 Echeverry E. Derecho a la salud, Estado y globalización. Rev Fac Nac Salud Pública; 2006;24(número especial):80-95.
- 42 Gosepath S. Consideraciones sobre las fundamentaciones de los derechos humanos sociales. En: Alonso MA y Giraldo Ramírez J (Editores). Ciudadanía y derechos humanos sociales. Bogotá: Escuela Nacional Sindical; 2001.
- 43 Otto D. Linking health and human right: A critical Legal Perspective. Health and Human Rights. 2010; 1(3): 272-281.
- 44 Naciones Unidas. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales [internet]. cinu; 1966 [acceso 19 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>.
- 45 Toubia N. From health or human rights to health and human rights: where do we go from here? En: Health and Human Rights. 2010; 1(2): 134-141.
- 46 Yamin AE. Shades of dignity: exploring the demands of equality in applying human rights frameworks to health. Health and human rights. 2010; 11(2): 1-18.
- 47 Cortés F. Pobreza y justicia económica en los contextos nacional y global. Rev Estudios Políticos. 2005; 26: 63-85.