

Los derechos humanos y la salud (19 postulados a considerar)

Claudio Schuftan

A. Significado del discurso de los derechos humanos en la salud:

1. El renovado interés por un enfoque del desarrollo basado en los derechos humanos y por nuestra labor en el ámbito de la salud está bien justificado y supone una ventaja con respecto a nuestro enfoque actual. Los derechos humanos (DDHH) - y el Derecho a la Salud - tienen una especial relevancia entre desfavorecidos, marginales y quienes viven en la pobreza.

2. Las necesidades insatisfechas generalizadas en salud - principalmente por aquellos relegados a la pobreza y que carecen de acceso económico a servicios de cuidado (y que ahora se enfrentan a cobros generalizados por servicios) - representan violaciones flagrantes de los derechos de la mayoría de las personas. Esto se debe en buena parte a que los propios beneficiarios no actúan como detentores de derechos que plantean sus demandas desde una base de poder que puede obligar a los detentores de obligaciones incumplidas (individuos y organizaciones) a proporcionar los servicios y recursos necesarios para revertir estas mismas violaciones.

3. Nos hemos vuelto bastante buenos en hacer análisis de situación detallados de las necesidades y de los derechos no satisfechos de personas. Pero éstos análisis sólo enumeran y a veces caracterizan las múltiples violaciones del derecho

a la salud. Por tanto, sólo representan diagnósticos.

4. Para conseguir que se haga algo con respecto a estas violaciones, tenemos que embarcarnos más en una serie de Análisis de Capacidades que examinan quién se supone que debe hacer qué con respecto a cada una de las violaciones que documentamos (y por qué no están haciendo mucho, o nada). El análisis de capacidades también se ha llamado Análisis de Rendición de cuentas, porque la búsqueda de la rendición de cuentas ofrece a los detentores de derechos la oportunidad de entender cómo los detentores de obligaciones han cumplido con ellas y ofrece a estos últimos la oportunidad de explicar su conducta.

5. Después de realizar estos análisis de capacidad, tenemos que - de forma organizada, a través de la movilización pro-activa de la comunidad - embarcarnos, con los beneficiarios, en hacer algo sobre esas violaciones, sabiendo exactamente a quién hay que dirigirse/confrontar en el ámbito de la salud y con qué demandas específicas.

6. Todas las necesidades y derechos no satisfechos, por definición, causan algún tipo de daño (por omisión). Pero la satisfacción de las necesidades básicas no siempre es vista como una obligación legal por la mayoría de los responsables de la toma de decisiones que miran estas solo como una obligación moral. Pero las obligaciones morales no han sido suficientes para satisfacer las numerosas necesidades insatisfechas de aquellos relegados a la pobreza

Claudio Schuftan,
Correo-e: cschuftan@phmovement.org

en los últimos 40 años (o más) de desarrollo dirigido por los pises del Norte; y mucho menos serán suficientes para revertir la violación del derecho a la salud.

7. Las necesidades y los derechos no satisfechos no obligan a los detentores (también llamados titulares) de obligaciones. Las violaciones de los derechos humanos (de las personas), en cambio, si obligan a estos últimos a actuar en virtud de lo que demanda el derecho internacional y, entre otros, de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, la mayoría de los países han firmado los respectivos Pactos de Derechos Humanos de la ONU... Ahora exigimos a los detentores de obligaciones que defiendan legalmente los asuntos pertinentes a la salud de lo que han firmado sus respectivos países y que ahora ha sido sancionado por la comunidad internacional.

8. Las Constituciones Políticas de más de 100 países incluyen el respeto de los derechos relacionados a la salud; tribunales de todo el mundo ya están resolviendo casos relacionados con el derecho a la salud. Por lo tanto, existe ahora un conjunto cada vez mayor de leyes y prácticas internacionales en materia de derechos humanos que nos ayudan a identificar las intervenciones y políticas específicas que se necesitan para lograr los objetivos de los derechos humanos en materia de salud. Por lo tanto, el reto consiste ahora en hacer que el derecho a la salud influya realmente en los procesos y organismos locales, nacionales e internacionales de elaboración de políticas. Hay que señalar que influir de forma pro-activa en la elaboración de políticas en materia de salud no depende de ganar casos judiciales relacionados con el derecho a la salud; el enfoque de influir en las políticas es solo una opción blanda, por ello requiere una movilización social contundente: No se trata de escuchar a los impotentes y

marginales; se trata de que estos últimos se empoderen para exigir cambios estructurales clave que no se están produciendo. Los enfoques basados en los tribunales y en la política se refuerzan mutuamente y ambos deben utilizarse en nuestra lucha; por lo tanto, debemos promover ambos. Lo que queda ahora es aplicar todas estas prácticas que hacen operativo el derecho a la salud en la comunidad, a nivel nacional e internacional. Esto, abordando las cuestiones de la pobreza, la discriminación y el estigma, especialmente en relación con las cuestiones de género, infancia, racismo, VIH/SIDA y salud mental.¹

9. Todo ello representa un importante salto cualitativo en nuestras perspectivas para lograr algunos de los cambios que queremos ver implementados en el sector salud y en la sociedad.

10. Hay que destacar aquí que para alcanzar los ODS también habrá que pasar por romper los ciclos de pobreza que hay detrás de casi todos los indicadores de los ODS. En nuestro caso, solo considerar estos objetivos a través del prisma del derecho a la salud hará avanzar nuestra causa en los indicadores de salud, es decir, una victoria muy parcial es muy posible ya que esto no es lo que pasa. Muchos reclaman contribuciones específicas del derecho a la salud a través de una "reducción de la pobreza".¹ Nosotros lo vemos más bien al revés: "cómo-contribuirá-la-reducción-de-la-pobreza-al-derecho-a-la-salud". (O, en el mejor de los casos, lo vemos en ambos sentidos, pero no sólo en el primero). Somos claros: NO buscamos políticas de salud "a favor de los pobres". Buscamos políticas de salud "a favor de la reducción de la pobreza".

11. La causa de los derechos humanos nos da la posibilidad de avanzar en nuestra agenda política hacia la equidad, hacia los cambios estructurales

¹ (*)Claudio Schuftan, Ciudad Ho Chi Minh, Declaración de Paul Hunt, Relator Especial

sobre el Derecho a la Salud, Comisión de Derechos Humanos, 59th sesión, marzo-abril, 2003, Ginebra.

indispensables que deben realizarse para que los servicios de salud y otros servicios sociales reciban los recursos que necesitan para revertir los derechos correspondientes que actualmente se violan.

12. Ahora podemos enfrentarnos a los responsables acusándoles de violar el derecho internacional. Y eso es una ventaja táctica. Ahora podemos exigir cambios estructurales al amparo del derecho internacional. Nuestro reto ahora es difundir esto para que, en alianza con los detentores de derechos, podamos acumular el poder suficiente para dar una nueva dirección y un mayor impulso a nuestra lucha.

B. Cómo reforzar el enfoque basado en los derechos humanos en nuestro trabajo en el ámbito de la salud:

13. El reto más específico al que nos enfrentamos es el de incorporar el enfoque basado en los DHs a la agenda de Salud-Para-Todos-Ahora. La popularización de lo que significa el discurso de los DHs, tal y como se ha caracterizado anteriormente de forma muy simplificada, es el primer paso. Tenemos que hacerlo primero con nuestros aliados estratégicos en organizaciones bilaterales, multilaterales y no gubernamentales. Se ha intentado con varios de ellos: En la década de los 90, UNICEF tomo la delantera entre las agencias de la ONU para marcar el rumbo de lo que hay que hacer para aplicar el enfoque basado en los derechos humanos en la planificación del desarrollo; CARE hizo también entonces avances sustanciales en la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos en sus operaciones en todo el mundo. Ya no es así hoy en día, Dado que la mayoría de las agencias de desarrollo internacionales, gubernamentales y no gubernamentales, aún no se han replanteado y reorientado hacia la adopción de un enfoque basado en los DHs, es mucho lo que podemos aprender de las dos experiencias pretéritas citadas aquí, y lo que podemos (y necesitamos) hacer.

14. En un segundo paso, corresponderá a estos aliados hacer llegar los nuevos conceptos a sus colegas y compañeros, así como a una serie de trabajadores de la salud en sus respectivos lugares de trabajo y, posteriormente, a los líderes comunitarios de las zonas en las que trabajan.

15. La incorporación del análisis de capacidad para identificar y caracterizar a los detentores de capacidades que no están haciendo lo que hay que hacer será, a partir de ahora, clave en nuestro trabajo. Este proceso es en sí mismo potenciador para nosotros y para los detentores de derechos con los que trabajamos.

16. Tanto en el primer paso como en el segundo, hay que destacar que no existe una jerarquía de derechos humanos; no hay "derechos en competencia". Todos los derechos son universales e inclusivos, por lo que tenemos que trabajar para que se cumplan en todos los ámbitos; por eso es crucial considerar la salud para todos como parte de nuestra lucha por la reducción drástica de la pobreza.

17. El paradigma de desarrollo neoliberal trata de fragmentar la realidad social en sectores que permiten que pequeñas victorias parciales sean aclamadas como éxitos, pero sin ninguna sostenibilidad. Si no se reemplaza el sistema que causa todos los síntomas y signos que acompañan a la pobreza, las pequeñas victorias en salud, en educación o en cualquier otro sector no serán más que un engaño. Por ejemplo, el énfasis en el comercio que fomenta la globalización no va a beneficiar a aquellos devenidos pobres a menos que incorporemos específicamente normas de intercambio comercial justo y mecanismos de distribución de los beneficios del comercio al cuartil de ingresos más bajo. Un ejemplo en el sector de la salud sería: hemos visto cómo se han invertido esfuerzos y recursos hercúleos en el Programa Ampliado de Inmunización; ¿quién podría culparlo cuando salva vidas? Pero ¿salva vidas durante cuánto tiempo? Hasta que el niño que se salva de morir de una de las seis

enfermedades inmunizables, porque está desnutrido y vive en un entorno pobre y contaminado, cae presa de una neumonía o un episodio diarreico para el que aún no tenemos vacuna... ¿A quién estamos engañando?

(18). Lo que se destaca aquí es que no podemos dejar que las fuerzas del *status quo* secuestren el concepto de DHs en salud. Cualquier interpretación parcial/sectorial de este concepto es, en última instancia, deshonesto. Los derechos humanos tienen que ver con una distribución más equitativa de los recursos en la sociedad y la salud es uno de los muchos puntos de entrada para lograr este objetivo. Los seres humanos nacen con derecho a la salud y la sociedad tendría que invertir de forma proactiva para evitar la mala

salud y la desnutrición totalmente prevenibles y para tratar a los afectados por las enfermedades de la pobreza. Centrar nuestros esfuerzos en todo lo que no sea combatir enfermedades es un trabajo a medias, más aún si no llegamos a esa situación a través del empoderamiento de los propios detentores de derecho para estos exigir implacablemente que se apliquen los cambios necesarios. Esta no es una tarea sólo para una vanguardia: es una tarea de movilización de masas.

(19). No estamos diciendo que todo esto sea fácil, ni rápido, ni que no haya pequeñas victorias en el camino hacia lograr nuestros objetivos principales. Pero hay que seguir situándose en el panorama general: ¡no perder el bosque!

Recibido: 15 de agosto de 2022.

Aceptado: 20 de agosto de 2022.

Conflicto de intereses: ninguno.

