

**DERECHOS HUMANOS, SALUD PÚBLICA Y JUSTICIA SOCIAL.
LA HISTORIA DE UN DERECHO AÚN POR REIVINDICAR**

**Juan Francisco Santana Armas¹
Diana de León Saavedra²
Vanessa Betancor Domínguez²
Diego Betancor Curbelo³
Lluís Serra Majem¹**

¹ Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

² Colegio Oficial de Abogados de Las Palmas.

³ Área de Derecho Natural y Filosofía del Derecho. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

*La salud por sí misma no lleva al bienestar,
pero sin salud éste no es posible de ninguna de las formas*

Desde muy antiguo existe un convencimiento general según el cual hay que conocer y comprender la historia humana para poder entender mejor nuestra realidad social presente. En esta época contemporánea, de cambios intensos y profundos en la ciencia, la tecnología y la sociedad; destacan los intentos de recurrir a la Ley y de emplear el Derecho para contribuir a la constitución de sociedades democráticas (metodológicamente eficaces, económicamente independientes, ideológicamente activas y socialmente justas), que valoren la diversidad y la heterogeneidad de los grupos humanos y velen por sus derechos fundamentales, en el seno de las instituciones de los estados modernos o al margen de ellos. Y el de la salud es un campo, particularmente inveterado, de reivindicación en tal sentido.

Hoy en día, la salud es considerada un derecho individual y social. No un privilegio ni una prerrogativa. Nuestra sociedad alimenta y respalda continuamente el objetivo de alcanzar una salud mejor para un número cada vez mayor de personas. Y el interés colectivo por la salud sigue incrementándose: más salud, mayor solidaridad, mejores cuidados.

Sin embargo, la desigualdad social perjudica seriamente la salud. La miseria del pueblo es la madre de las enfermedades. Hace más de dos siglos, cuando la revolución industrial se desarrollaba en Inglaterra, los pioneros de la salud pública señalaban a la pobreza como el principal problema de salud de la población. El enorme crecimiento económico ocurrido desde entonces en muchos países, y muy marcadamente en la segunda mitad de este siglo que ahora termina, no ha eliminado la miseria. En nuestros días, casi una cuarta parte de la población mundial (unos 1.350 millones de personas) vive, con el equivalente a un euro diario por individuo, en la pobreza más absoluta y su número aumenta a razón de 25 millones más cada año. Las desigualdades sociales y económicas son enormes. Según las Naciones Unidas, las 350 personas más ricas del mundo poseen la misma riqueza que unos 2.500 millones de personas normales y corrientes.

Y la realidad es que la desigualdad crece: entre 1960 y 1990 la riqueza del 20% de los individuos más ricos se ha doblado respecto al 20% de los más pobres. La Organización Mundial de la Salud ha confirmado recientemente lo que muchos salubristas y el saber popular conocen desde antiguo: la principal causa de mala salud y sufrimiento humano en la población es la pobreza extrema. Vivir en un país económicamente pobre o socialmente injusto, significa vivir menos y vivir peor: enfermar más, tener menos calidad de vida y peores servicios y prestaciones sanitarios. El efecto del impacto de la *desigualdad* socioeconómica sobre el fenómeno de la salud es, sin embargo, mucho mayor de lo que las cifras reflejan. Primero, porque los países desarrollados son desiguales. Y segundo, porque las desigualdades en salud también existen en el interior de los países entre clases sociales, razas, etnias, géneros y áreas geográficas.

La relación entre las desigualdades sociales y el estado de salud de la población es, no obstante, mucho más compleja que la simple asociación entre la riqueza y la mortalidad de naciones con un grado de desarrollo muy desigual, la de las clases que están en los extremos de la escala social o la de áreas geográficas pequeñas o marginales. El siguiente decálogo resume los avances en la investigación de la epidemiología social de las tres últimas décadas de historia reciente:

1. Las desigualdades en materia de salud existen en todos los países y en forma de gradiente en la escala social. La desigualdad existe incluso en los países más igualitarios y no es un fenómeno exclusivo de los más ricos y los más pobres: a mayores ventajas sociales, mayor esperanza de vida y mayores niveles de salud.
2. La magnitud de las desigualdades sociales en cuestión de salud es enorme. Quienes están mejor socioeconómicamente o quienes mejor viven en las áreas más privilegiadas de un país o una ciudad tienen unos niveles de salud mucho mejores que la población más desfavorecida.
3. Las desigualdades en salud no son fenómenos fijos o inmutables. Ni su gradiente ni su magnitud son fenómenos esencialmente inevitables sino que se modifican según las circunstancias históricas, geográficas y políticas. Paralelamente a las mejoras sociales, económicas y ambientales ocurridas en los países desarrollados durante este último siglo XX, la esperanza de vida al nacer del hombre y la mujer contemporáneos ha aumentado en más de veinte años.
4. Las desigualdades en salud están aumentando. Aunque en este siglo las tasas de mortalidad de los países desarrollados se han reducido notablemente gracias a la mejora en las condiciones de vida, las medidas preventivas en salud pública y, en menor medida, la mejora en la atención sanitaria, las desigualdades entre países y dentro de los países están aumentando. Dicho con una sola frase: las enfermedades cambian y los servicios sanitarios mejoran, pero el gradiente de desigualdad persiste.
5. Las desigualdades en el ámbito de la salud son sobre todo un reflejo de las desigualdades sociales y económicas. En cambio, los factores genéticos, las conductas asociadas a la salud, los servicios sanitarios, o las condiciones físicas del medio ambiente juegan un papel de menor importancia y trascendencia.
6. El desigual nivel de riqueza (absoluto y relativo) de la sociedad explica una parte importante de las desigualdades en salud de su población. Mientras que la desigualdad económica medida en términos absolutos es la que explica sobre todo las desigualdades entre países ricos y pobres, en cambio, la desigualdad económica en términos relativos es la que mejor explica la desi-

gualdad en salud en el interior de los países desarrollados. Dicho de otra manera, en un país pobre aumentar la riqueza media implica aumentar la esperanza de vida pero en un país rico una distribución más igualitaria de la riqueza es lo que incrementa dicha esperanza de vida. El aumento de las desigualdades en salud en los países desarrollados se asocia al aumento de la desigualdad económica relativa. No son los países ricos quienes tienen más salud sino los más igualitarios.

7. Además de la riqueza económica variados factores sociales tienen una gran importancia decisoria para explicar las desigualdades en el campo de salud. La educación, el desempleo, la precariedad en el trabajo, el medio laboral, la calidad de la vivienda, el medioambiente y diversos aspectos relacionados con la cohesión social comunitaria son algunos de los más relevantes. En cambio, el papel jugado por los factores biológicos y genéticos, la calidad de los servicios sanitarios o los estilos de vida, aun siendo enormemente importantes, contribuyen en menor medida a la existencia de las desigualdades en la salud de la población. Además, estos factores personales no ocurren en un vacío social y se ven influidos por causas y circunstancias socioeconómicas que casi siempre tienden a perjudicar más a los países pobres y a las clases sociales desfavorecidas.
8. La dirección causal que va desde la *desigualdad social* hacia el *grado de salud* está cada vez más y mejor establecida. En la actualidad, diversos estudios muestran cómo los factores socioeconómicos explican gran parte de las desigualdades en salud minimizando el papel de explicaciones de tipo espúreo (las desigualdades en salud son un artefacto estadístico), de selección social (la salud determina la posición social) y de selección indirecta (ciertos factores en la edad temprana de la vida determinan la situación social y sanitaria posterior).
9. Las causas de las desigualdades en salud son de tipo individual o personal y de clase ambiental o contextual. Las investigaciones que utilizan como unidad de análisis el sujeto (estudios de casos y controles o de cohortes), el grupo (estudios ecológicos) o ambos (análisis a múltiples niveles y con modelos jerárquicos) han mostrado cómo los factores sociales causantes de las desigualdades en salud actúan, de formas distintas, a escala personal, familiar y comunitaria.
10. Las desigualdades en salud pueden reducirse mediante la práctica de políticas sociales y sanitarias apropiadas. La tradición de la Salud Pública enseña que poner en práctica el “se debe investigar más y mejor” no es suficiente para mejorar la salud de la población. Es imprescindible también “conocer las prioridades esenciales y aplicar las estrategias adecuadas” que faciliten el “pasar a la acción”. Hoy en día, al tiempo que se descubre la toxicidad para la salud de nuevos productos o sustancias, estamos redescubriendo la “noci-

vidad” de las circunstancias sociales y los modos de organización social sobre la salud de las poblaciones.

La prevalencia hegemónica del Estado se encuentra hoy, a finales del milenio, limitada ante la progresiva afirmación de los Derechos Humanos dentro del marco de influencia del Derecho Internacional. Desde 1945 se ha asistido, en el mundo que vivimos y morimos, a un proceso históricamente especial de humanización y, a consecuencia del cual, la soberanía de los estados ha retrocedido algo ante el desarrollo normativo que ha seguido a las disposiciones de la Carta de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos.

La sociedad actual es una sociedad de riesgos y azares, calculados unos e ignorados otros. Existen ciertos ámbitos en la sanidad donde los vacíos legales actúan en contra de la ciudadanía. Y a pesar de que el derecho a la salud está sólidamente implantado en diversos documentos internacionales relativos a derechos humanos, existe en ellos, no obstante, mucha confusión a cerca del significado preciso de este derecho concreto y del de sus derivaciones e implicaciones legales. La ausencia de una definición universal de derecho a la salud, junto con una falta de claridad en la naturaleza y el alcance de las correspondientes obligaciones estatales, impide a los estados culminar las aspiraciones que consagra este derecho. Esta oscuridad conceptual contribuye así al desánimo en el acatamiento de estas obligaciones por parte de las agencias gubernamentales de los propios estados y a la restricción a las organizaciones no gubernamentales del uso de sistemas de evaluación del grado de cumplimiento o acatamiento de estas formalidades, del recurso a la denuncia de violaciones o irregularidades del sistema de salud, y de la participación en otras actividades típicas y propias de grupos de promoción y defensa de derechos humanos.

Probablemente, nunca antes había sido tan importante, y más necesaria, la necesidad de acometer una aproximación crítica y reivindicativa a las relaciones humanas entre Derecho y Sociedad en materia de salud y sanidad. El auge de la bioética como disciplina deontológica así lo corrobora.

La salud es un derecho fundamental (individual de la persona y colectivo de la comunidad), del que se tienen que responsabilizar tanto ésta como aquél, porque lo que nos ocupa no es algo unitario, estanco, absoluto e individual, sino que es plural, mutable, influenciado, abierto y social. La salud es algo que no puede ser dejado, exclusivamente, en manos de los profesionales y los expertos de la sanidad. La Administración tiene como deber inexcusable garantizar el derecho de las personas a la salud, pero debe dejar la elección al individuo, en lo que se relaciona con la decisión personal, la participación ciudadana y la justicia social.

El año 1998 ha conmemorado el 50º aniversario de la **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, aprobada el doce de diciembre de 1948. En 1997 se cumplieron, también, cincuenta años de la promulgación del **Código de Nüremberg**. Es ésta, por tanto, una ocasión adecuada y oportuna para resaltar la relación de nece-

saría interdependencia que ha existido, existe y existirá, entre *Derechos Humanos, Salud Pública y Justicia Social*.

Resulta interesante constatar que en la citada Declaración Universal se vincula la salud de las poblaciones y las personas al derecho a un modo de vida de nivel adecuado (artículo 25) y ello es consecuencia de que, más que tener derecho exclusivamente a la salud, lo que se pretende es que todos los factores condicionantes de la misma estén garantizados, para que también los propios individuos sean los responsables de mantenerla y fomentarla. Así, en esta Declaración Universal de los Derechos Humanos, se hace especial énfasis en el derecho a la educación, a la dignidad y la libertad de la persona, a la justicia, a la seguridad, al trabajo y al ocio, así como en el derecho a la vida sin estar sometido a ningún tipo de trato cruel, inhumano o degradante, ni a torturas. Por esto, debe admitirse que la primera medida de la salud pública que pueden y deben adoptar los gobiernos, con y desde la justicia social, es el respeto de los derechos humanos.

Por otra parte, aunque está limitado a la experiencia concreta de los ensayos realizados por médicos nazis con prisioneros de los campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial, el Código de Núremberg representa, igualmente, un avance sustancial en el respeto de los derechos humanos y la justicia social, al ligar el avance del desarrollo científico con el derecho de los sujetos a dar el consentimiento informado y voluntario, tanto para permitir comenzar como para decidir finalizar su participación en una investigación en el momento que lo desee y, también, al introducir la prohibición de cualquier tipo de sufrimiento o lesión, físicos y mentales, de los sujetos participantes.

Los cambios profundos de orden social, económico y sanitario, ocurridos en los países occidentales desde principios del siglo XX y, particularmente, tras la Segunda Guerra Mundial, entre los que pueden destacarse el reconocimiento generalizado del derecho a la protección de la salud, el progreso de la tecnología biomédica en los campos del diagnóstico y la terapéutica, la mutación del patrón morbi-mortalidad y la transformación de las pirámides de población, debida al descenso de las tasas de natalidad y al aumento de la esperanza de vida, han dado lugar a que las distintas organizaciones sanitarias nacionales e internacionales se replanteen la estructura y función que deben tener los sistemas sanitarios modernos en la actualidad.

Deben destacarse en tal sentido las resoluciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el concepto de "salud para todos en el año 2000" como meta social común de todos los estados, aprobada en la 30ª Asamblea Mundial de la Salud de 1977, la estrategia mundial para conseguir dicha meta adoptada en la 34ª, celebrada en 1981 y, de forma particular, la innovación conceptual que representaron la Conferencia de Alma-Ata de 1978 sobre Atención Primaria de Salud y la de Ottawa de 1986 sobre Promoción de la Salud.

En nuestro país, mediante la Ley General de Sanidad, se dio carta de naturaleza a un modelo sanitario basado en la redistribución de la riqueza, que trató de univer-

salizar la asistencia a toda la población residente en España y que dicha ley ha denominado Sistema Nacional de Salud.

En nuestro estado, y, por tanto, también en nuestras comunidades autónomas, disponemos, en teoría, de un sistema de salud que nos garantiza la adecuada atención sanitaria y que nos permite mantener un determinado nivel de bienestar. Sin embargo, los principios en los que se basa este sistema sanitario (universalidad, equidad y solidaridad) pueden ser igualmente cuestionados desde la perspectiva de los derechos humanos y la justicia social.

La universalidad se relativiza fácilmente cuando se piensa en los aspectos de la accesibilidad al sistema asistencial. La educación sanitaria, el componente de distribución geográfica y las propias creencias y actitudes de la población son aspectos que distorsionan una justa accesibilidad y que, por tanto, no permiten la universalidad del sistema. Aquí, además, hay que resaltar la falta de acceso al sistema que sufren las personas en las que concurre la condición de inmigrantes, tanto legales como ilegales.

De igual forma se pueden enjuiciar los aspectos relacionados con la equidad. Al pensar en las diferencias socioeconómicas o en las debidas a la edad, el sexo y la condición de las personas, tenemos a nuestra disposición los resultados de diferentes trabajos de investigación, en los que se demuestra la existencia de diversos tipos de desigualdades, siendo un ejemplo claro la última publicación sobre indicadores de salud de nuestro Ministerio de Sanidad y Consumo.

En lo relativo a la solidaridad del sistema, se observa que en el ámbito de la sanidad no siempre se trabaja desde la perspectiva de los derechos humanos y bajo el enfoque humanitarista de servicio social.

Todo esto nos conduce a una situación de preocupación que nos obliga a identificar y profundizar en las deficiencias de nuestro sistema sanitario, garante de la salud pública, y a promocionar los derechos humanos de los ciudadanos para tratar de conseguir el mayor y mejor grado de bienestar posible, como reivindicación de la justicia social, al final de un milenio de progreso humano, mucho más científico que humanista.

Con su configuración actual, el dispositivo público español de investigación y desarrollo en ciencias de la salud tiene limitadas posibilidades de cumplir adecuadamente con los objetivos de la Ley General de Sanidad, tanto por lo que respecta a su reducida importancia financiera como a lo que atañe a sus temáticas y falta de mecanismos de compensación interterritorial. Los fondos se usan en su gran mayoría para financiar investigaciones en el campo de las ciencias básicas, de las especialidades médicas y de los laboratorios clínicos. La investigación en salud pública supone tan sólo el 0.8% de los presupuestos de investigación, siendo también muy reducidos los fondos dedicados a la investigación en la atención primaria de salud. La

orientación temática y metodológica actual, dominante en el ámbito de la investigación en el campo de la salud en nuestro país, ha imposibilitado que España alcance los objetivos de salud para todos en el año 2000 establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

Los antecedentes históricos sobre higiene y profilaxis social se remontan a épocas muy antiguas. Aportaciones diversas han ido, sucesivamente, siendo incorporadas desde el mundo egipcio, hebreo y árabe, la cultura helénica, la civilización romana, el período medieval de la vieja Europa, el período renacentista, la etapa renacentista,... hasta la época actual, depositaria de la planificación sanitaria al servicio de la estrategia de búsqueda y consecución de salud para todos. Pero han tenido que pasar más de cuarenta siglos de historia para llegar a establecerse que las principales barreras en el camino de la salud son la pobreza y la ignorancia.

El año 1948 asistió, además de a la aparición de la ya mencionada Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, y a la promulgación del Código de Núremberg, primer protocolo de la historia sobre ética de la investigación con seres humanos; a la creación del Servicio Nacional de Salud por parte del gobierno laborista británico, considerado como el primer sistema completo de Seguridad Social en la historia de la humanidad. En este mismo año se creó también la Organización Mundial de la Salud.

Hoy en día, políticos y estadistas se interesan mucho por la salud. Pero la actualidad sanitaria mundial asiste a la confrontación de los conceptos y realidades que albergan las nociones de *estado de bienestar* y *racionamiento emergente*. Esto ha obligado a los sistemas sanitarios a buscar e incorporar procedimientos que permitan reducir la incertidumbre en la selección y la toma de decisiones y que faciliten la mejora del nivel de salud de la población, a través de la óptima utilización de una cantidad limitada de recursos. El reto del futuro está en encontrar la adecuada combinación entre la acción del mercado, incentivadora de la eficiencia, y la acción del estado, garantizadora de la equidad.

En conclusión, los principios esenciales que debe asumir todo sistema sanitario moderno, a saber:

- a. Cobertura total de la población, como expresión del derecho de toda persona a la promoción y protección de la salud,
- b. Integración de las actividades de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación frente a la enfermedad,
- c. Establecimiento de una distribución equitativa de los recursos de acuerdo con criterios de necesidades de salud de la comunidad,
- d. Conseguir los mejores servicios y beneficios para la población al mínimo coste,

- e. Posibilitar la máxima agilidad de respuesta a la modificación de las necesidades, para lo que será preciso establecer un sistema de información adecuado que permita conocerlas, y
- f. Incorporar fórmulas que permitan la participación real de la población en la planificación y la gestión del sistema sanitario;

están, todavía hoy, a finales del segundo milenio de historia de la cristiandad, por reivindicar, sobre todo en aspectos clave como la priorización y el modo en que deben aplicarse los principios citados en la organización y la gestión de un sistema sanitario, ya que estas premisas fundamentales dependerán básicamente de la ideología política que determine y marque, en cada momento histórico, el sistema político, en general, y el sanitario, en particular.

Sin dejar de reconocer el avance que han logrado tanto la medicina asistencial como la salud pública en las tres últimas décadas, en materia tanto técnica como de justicia social, no podemos ser complacientes con la situación presente ante la que nos encontramos en la actualidad y no sólo en nuestro país. Debemos continuar luchando por la consagración de la noción universal de derecho a la salud, por el avance de la integración de los derechos humanos en el campo de la salud y sus grandes áreas de sustentación: la de la prevención, la de la asistencia y la de la investigación. Todo ello para hacer justicia a un derecho que está íntimamente relacionado con la dignidad humana, un concepto subyacente a todos los derechos humanos.

Sirva este empeño en fomentar estilos de reflexión interdisciplinares en el ámbito del mundo de los derechos humanos y el de la salud, para establecer un nuevo punto de partida sobre el que construir una nueva y genuina relación entre Derechos Humanos, Salud Pública y Justicia Social.

Agradecimientos

Damos las gracias a los Drs. Manuel Aranda y José M^a. Lahoz por sus enriquecedores comentarios, críticas y sugerencias al texto original.

BIBLIOGRAFÍA

- DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, A. G. Res. 217A(III), ONU Doc. A/80, pág. 71, 1948.
- SHUSTER E. Fifty Years Later: The Significance of the Nuremberg Code. *N Engl J Med* 1997;337:1436-1440.
- REGIDOR E, RODRÍGUEZ C y GUTIÉRREZ-FISAC JL. Indicadores de Salud. Tercera evaluación en España del Programa Regional Europeo Salud para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
- LEY 14/1986 GENERAL DE SANIDAD. BOE nº 102, de 29 de abril de 1986.

- MANN J. Human Rights and the New Public Health. *Health Hum Rights* 1995;1:229-233.
- BENATAR SR. Global Disparities in Health and Human Rights: A Critical Commentary. *Am J Public Health* 1998;88:295-300.
- REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/1994 de 20 de junio que aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social.
- REAL DECRETO 63/1995 de 20 de enero sobre el Catálogo de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- LÓPEZ PIÑERO JM.: La colectivización de la asistencia médica Una introducción histórica. En: De Miguel, J. (dir.): *Planificación y reforma sanitaria*. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, 1978.
- MANSILLA PP.: *Reforma sanitaria. Fundamentos para un análisis*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1986.
- LAÍN ENTRALGO P.: *Historia de la Medicina*. Salvat Editores, Barcelona, 1978.
- ROEMER MI.: National Health Systems through the world. *Annual Review of Public Health* 1993;14:335-354.
- COCHRANE AL.: *Eficacia y eficiencia: reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios*. Salvat, Barcelona, 1985.
- VUORI HV.: *El control de la calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodologías*. Masson, Barcelona, 1988.
- UNITED NATIONS. *Development Programme. Human Development Report*. New York: Oxford University Press, 1996.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la Santé dans le Monde. Réduire les écarts*. Geneve: Organisation Mondiale de la Santé, 1995.
- BANCO MUNDIAL. *Informe sobre el desarrollo mundial*. Madrid: Banco Mundial, 1997.
- ANGELL M.: Privilege and health. What is the solution? *N Engl J Med* 1993;329:126-127.
- WILKINSON RG.: *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.
- NAVARRO V, BENACH J.: *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud. Informe de un grupo de estudio de la OMS*. Ginebra: OMS, 1983. Serie de Informes Técnicos nº 694.