



No obstante que el enfoque de derechos humanos en las políticas públicas ha impulsado el retorno a su sentido inicial, garantista del derecho a la salud, su incorporación exhibe una doble faceta en la que coexisten, por un lado, la tendencia a la configuración de sociedades más justas, en las que el derecho universal a la salud es premisa fundamental, y la construcción de una nueva configuración de sentido para legitimar el poder frente a la pérdida de consenso del enfoque liberal neoclásico.

Para entender esta paradoja que permite situar el constructo “derechos humanos” en dos extremos contrapuestos, es necesario realizar una disección cuidadosa partiendo de su origen: los derechos humanos se gestaron en el contexto de la instalación del capitalismo, lo cual explica que su eje rector sea la libertad entendida como la autonomía del individuo con respecto a la comunidad y, principalmente, con respecto al Estado. En contraste, otra concepción de la libertad es aquella que reivindica los derechos humanos como una idea y una praxis de emancipación colectiva, de proteger y promover el bienestar de las personas, principalmente en los sectores más vulnerables de la población, defendiendo el pluralismo y la diversidad cultural, asociando principios como la libertad, la equidad y la solidaridad.

En el caso de la salud, la protección efectiva del derecho a la salud de la población no es una condición que se de

en forma automática sólo con acciones sanitarias específicas orientadas a la mejora del acceso y la calidad de los servicios. Se debe garantizar la inversión en acciones que inciden con enorme fuerza en la salud y en el desarrollo social y económico de las poblaciones.

La privación absoluta o relativa de algunos subgrupos sociales para participar en los beneficios de salud derivados de los progresos en nutrición, condiciones de vida, educación, asistencia sanitaria y salud pública subyace como factor causante de mala salud y, a su vez, la mala salud es causa de empobrecimiento: la justicia en salud solo se alcanzará si se reducen las inequidades.

Otro debate en torno a los derechos humanos se encuentra en la tensión ética entre “objetivación” y “subjetivación”. La tendencia a la objetivación es un rasgo estructural inherente a la forma mercantil: en el proceso de mercantilización las personas devienen en mercancías, es decir, adquieren el estatus de “cosas”, con mayor o menor valor en función de la producción de ganancias. En el caso concreto del derecho a la salud, la objetivación es evidente cuando los siempre escasos recursos se distribuyen siguiendo criterios centrados en el costo-beneficio o en la pertenencia al grupo considerado como “económicamente productivo” haciendo a un lado en las prioridades, las necesidades de salud de quienes no lo son, como en el caso de los adultos mayores.

En general, el paradigma de las prácticas objetivizantes es anular al sujeto de derecho. En contraparte, lo antagónico de la objetivación es la vigencia efectiva de los derechos. En la construcción de políticas para distribuir los recursos en salud, coexisten dos visiones enfrentadas: la de quienes ven al mercado como el mejor distribuidor y asignador de recursos, y la de quienes pugnan por sistemas universales financiados con recursos públicos de acceso gratuito con poca o nula participación privada. Entre ambas, las propuestas actuales de reforma plantean la necesidad de evitar los excesos e “imperfecciones” del mercado de la salud e instalar criterios de justicia a través de un proceso gradual de universalización de los servicios desde las prestaciones médicas básicas buscando un punto de equilibrio entre las instituciones, el mercado y la estratificación social.

Desde una perspectiva filosófica idealista, el filósofo alemán Immanuel Kant (1724-1804) define la dignidad como la no intercambiabilidad mercantil: *“Las cosas tienen precio, pero el hombre, en cambio, tiene dignidad. Lo que tiene precio es intercambiable, puede ser mercancía, servir de medio para otros fines. La dignidad del hombre implica, por el contrario, que todo ser humano sea fin en sí mismo, insustituible, nunca intercambiable ni tomado como objeto o cosa, como instrumento o mercancía”*.

Kant concibe la dignidad como un valor intrínseco de la persona moral que no admite equivalentes, y que no debe ser confundida con ninguna cosa ni con ninguna mercancía, debido a que no se trata de algo útil, intercambiable o provechoso. Lo que puede ser reemplazado o sustituido no posee dignidad sino precio. En consecuencia, cuando a una persona se le pone precio se le trata como a una mercancía. Es decir, la dignidad se viola cuando aquello que se liga a la vida (la salud, por

ejemplo) adquiere condición mercantil, se subsume la vida a la ganancia. El ser humano para Kant es capaz de discernir entre lo justo y lo injusto, de distinguir entre actos morales e inmorales. Al estar dotado de autonomía, es moralmente imputable debido a que obra en forma responsable: *“La autonomía es el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional”*.

Para el filósofo y sociólogo alemán Jürgen Habermas, el punto de partida en la reflexión sobre la dignidad es ver al otro como un interlocutor válido con el que es necesario entenderse sobre lo que es bueno para todos, tratándosele como un sujeto autónomo. Se trata de una capacidad en la que anida la simetría y el respeto mutuo absoluto. Es decir, la vida digna no se alcanza en forma individual sino en el contexto público de la interacción social, es una cuestión que atañe a los miembros de la comunidad moral de seres humanos.

Para la filósofa María Teresa López de la Vieja, la dignidad en sentido pleno, implica algo semejante a “tener derecho a bienes públicos”. Es decir, además del valor intrínseco que merece especial protección, se requiere de algún tipo de organización jurídica, social y política que reconozca y proteja la integridad personal y las libertades fundamentales. En este sentido, para que el acceso a los bienes y servicios más adecuados para la conservación de la salud permitan una existencia con autonomía plena y derechos efectivos se requiere el diseño e implantación de políticas que permitan hacer realidad el derecho a los bienes públicos y el reconocimiento de los agentes en lo privado y en lo público.

Por tanto, enfatiza López de la Vieja, más allá de las garantías y los derechos fundamentales, más allá del valor interno, estaría la noción amplia de dignidad, relacionada con la situación de los ciudadanos y con sus demandas



en la esfera pública. La posibilidad de que los derechos se hagan realidad dependerá del tipo de organización social y política, si éste permite o impide a las personas tener derecho a bienes públicos: lograr cierto equilibrio entre los derechos individuales y una distribución equitativa de los recursos públicos. Pocos ámbitos como el de la salud son tan propicios para entender que el acceso efectivo a ciertos recursos es fundamental para el ejercicio de la autonomía. Tener derecho a bienes públicos es un requisito de la dignidad plena.

Es decir, mientras el discurso sobre los derechos humanos es cada vez más recurrente aún en el contexto de sociedades autoritarias, la privación de ellos no es el producto final de procesos abstractos, sino que ocurre en lo cotidiano, como en la interacción entre los pobres y la burocracia sanitaria en los centros de salud y hospitales en la forma de salas de espera, demoras interminables y una atención de mala calidad.

Al respecto, el sociólogo argentino Javier Auyero señala: *“(el) intercambio cotidiano específico entre los pobres y el Estado (está) caracterizado por el cercenamiento o la negación total de la “ciudadanía interactiva”: el “conjunto de expectativas y obligaciones vagas y difusas pero vitales que atañen a las demostraciones interaccionales de respeto, consideración y dignidad de la persona (...) Los distintos funcionarios del Estado no transmiten un mensaje de respeto a aquellos que están obligados a esperar, sino de inferioridad, y la incertidumbre y arbitrariedad de las demoras ponen de manifiesto la total falta de consideración por la gente que espera. Al someterlos a esperas por lo general demasiado largas para cada uno de los servicios, los funcionarios estatales están de hecho diciéndoles a los pobres que su tiempo vale menos que el tiempo de los otros y por lo tanto que ellos mismos valen menos que los otros”*. Son las instituciones públicas de salud uno de los ámbitos emblemáticos de espera y en donde la relación entre los sujetos y el Estado va en detrimento del ejercicio de la ciudadanía y de los derechos humanos.

Consideraciones como estas nos revelan que el derecho a la salud se encuentra en el centro del debate entre la objetivación, característica de la mercantilización, la medicalización y la burocratización, y la primacía de la dignidad. Esta confrontación atraviesa desde la relación entre los profesionales, las instituciones y los enfermos/pacientes/usuarios, hasta la formulación e implementación de las políticas de salud, y en la asignación de los presupuestos para salud.

Pese a los avances del sistema de salud público en México tendientes a asegurar que todos los mexicanos tengan un acceso adecuado a los medios para procurar su bienestar en términos de salud, casos específicos como las largas esperas en los servicios de urgencia, la escasez y mala organización de los recursos, la ausencia de supervisión por parte de los médicos profesionales en los llamados “hospitales escuela”, el maltrato que reciben los usuarios de los servicios por cualquier integrante del personal de salud, la indiferencia ante el sufrimiento y hasta la incompetencia de algunos, son factores que violan el derecho humano a la salud, y que se suman a la imposibilidad de una porción de la población mexicana, sumida en la exclusión y marginalización, para acceder a los servicios de salud.

No obstante sus limitantes, parece ser que actualmente el mejor escudo contra las violaciones de la dignidad son los derechos humanos como resultado de consensos jurídicamente positivizados que adquirirán legitimidad desde el punto de vista moral en la medida en que involucren a un número mayor de implicados.

El reclamo universal contemporáneo del derecho a la salud genera deberes y acciones de tres tipos básicos: respeto, protección y garantía. En este sentido, el respeto y la promoción del derecho a la salud, resulta fundamental para lograr una “vida digna”, donde la solidaridad y la justicia social van en primer lugar, por sobre la acumulación, la competencia, el mercado y el poder de las burocracias.

## Referencias

1. Auyero J. *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba, 2013.
2. Kant I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. España: Tecnos, 1983.
3. López de la Vieja MT. Dos conceptos de dignidad. En: *Bioética y ciudadanía. Nuevas fronteras de la Ética*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2008, p. 261-278.
4. Michelini DJ. Dignidad humana en Kant y Habermas. *Estudios de Filosofía Práctica e Historia de las Ideas* 2010; 12: 41-49.
5. Stolkner A. Derechos humanos y derecho a la salud en América latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social* 2010; 5: 89-95. Disponible en: [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info).



Consulta las  
instrucciones  
para autores

R E V I S T A  
**CONAMED**