

El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos

Access to health care as a human right in international policy: critical reflections and contemporary challenges

Camilo Hernán Manchola Castillo ¹

Volnei Garrafa ¹

Thiago Cunha ²

Fernando Hellmann ³

Abstract *Using the United Nations (UN) and its subordinate body, the World Health Organization (WHO), as a frame of reference, this article explores access to healthcare as a human right in international intergovernmental policies. First, we look at how the theme of health is treated within the UN, focusing on the concept of global health. We then discuss the concept of global health from a human rights perspective and go on to outline the debate surrounding universal coverage versus universal access as a human right, addressing some important ethical questions. Thereafter, we discuss universal coverage versus universal access using the critical and constructivist theories of international relations as a frame of reference. Finally, it is concluded that, faced with the persistence of huge global health inequalities, the WHO began to reshape itself, leaving behind the notion of health as a human right and imposing the challenge of reducing the wide gap that separates international intergovernmental laws from reality.*

Key words *Global health, Human rights, Bioethics, International agencies*

Resumen *Tomando como referencia la institución supranacional más importante, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y su agencia subordinada, la Organización Mundial de la Salud (OMS), este artículo se propone hacer un análisis del acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales intergubernamentales. Inicialmente se discute el tema de la salud al interior de la ONU, destacando el concepto de salud global; posteriormente, se discute el concepto de salud global considerando la salud como un derecho humano; luego, se presenta el debate cobertura versus acceso a la salud como un derecho humano, abordando algunas de sus implicaciones éticas; a partir de entonces, se discuten la cobertura versus el acceso a la salud, tomando como marco de referencia las teorías constructivista y crítica de las Relaciones Internacionales. Finalmente, se concluye que frente a la persistencia de una fuerte inequidad global, la OMS comenzó a remodelarse dejando la noción de la salud como derecho humano de lado, imponiendo el desafío de disminuir la larga distancia que separa la realidad de las leyes y políticas internacionales intergubernamentales.*

Palabras clave *Salud global, Derechos humanos, Bioética, Agencias internacionales*

¹ Cátedra UNESCO de Bioética, Universidade de Brasília. AC UNB, Asa Norte. 70904-970 Brasília DF Brasil. camilomanchola@gmail.com

² Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba PR Brasil.

³ Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis SC Brasil.

Introducción

Hablar de derechos humanos y salud en las políticas internacionales es un desafío que diversas instituciones y autores han encarado de modo creciente en los últimos años¹⁻⁴. Así, son cada vez más comunes iniciativas relativas a - a través de foros, seminarios, institutos, programas académicos o *think tanks*⁵ - hacer ejercicios comparativos de diversas políticas públicas de distintos estados-nación, tomando como referencia la salud como derecho humano. También, proyectos que buscan analizar la jurisprudencia de diferentes países relacionada con la salud desde este enfoque, y sus implicaciones sobre la vida de sus ciudadanos⁶. Incluso, planes que buscan estudiar el posicionamiento de bloques económicos como el conformado por la Unión Europea, al respecto⁷.

No ha sido, sin embargo, suficientemente explorada la relación existente entre los derechos humanos, la salud y las políticas internacionales, desde una visión de estas últimas que deje atrás ejercicios comparativos y jurídicos, necesariamente inscritos exclusivamente al ámbito nacional⁸, para analizar el ámbito supra o transnacional de esas políticas.

Este artículo parte de una definición de política internacional que no está circunscrita a la política exterior estatal, sino que está determinada por los organismos multilaterales - y otros actores no estatales exclusivamente - que configuran el sistema supranacional que rige el sistema internacional moderno, tomando como referencia la institución supranacional más importante en términos de representatividad y relevancia histórica: la Organización de las Naciones Unidas (ONU)⁹, y, consecuentemente, su agencia subordinada, la Organización Mundial de la Salud (OMS). En otras palabras, lo que se propone aquí es hacer un análisis - desde la teoría constructivista y crítica de las Relaciones Internacionales y considerando algunas implicaciones éticas -, del acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales intergubernamentales.

Este artículo estará dividido en cuatro secciones. La primera tratará de la salud al interior de la ONU y la producción de política internacional por parte de la OMS, destacando especialmente el concepto de salud global, principal producto de esa política en los últimos años. La segunda discutirá el concepto de salud global de la OMS considerando los derechos humanos, e introducirá uno de los debates más polémicos al respecto: el de la cobertura *versus* el acceso a la salud.

La tercera presentará el citado debate, abordando algunas de sus implicaciones éticas. La cuarta discutirá la cobertura *versus* el acceso a la salud tomando como marco de referencia las teorías constructivista y crítica de las Relaciones Internacionales. Finalmente, se presentarán algunos desafíos y escenarios posibles.

La salud al interior de la ONU y el concepto de salud global

El tema de la salud ha sido especialmente relevante al interior de la ONU. Evidencias al respecto están relacionadas con la definición de metas y objetivos relativos a la salud al interior de este organismo supranacional. Dentro de esas definiciones pueden destacarse los objetivos y valores de desarrollo del milenio, contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, publicada en 2000¹⁰, y también, más recientemente, en los Objetivos de Desarrollo Sostenido de las Naciones Unidas¹¹. Ha sido tal la importancia que este tema ha cobrado al interior de la ONU y otras organizaciones internacionales, que existe un área académica específica abordándolo: la salud global.

A propósito de esta área académica, es esencial tocar el tema del órgano - parte del sistema de la ONU - que lidera el desarrollo del concepto de salud global: la OMS. Es importante destacar que la OMS relaciona, a través de su doctrina sobre salud global, los tres componentes que este trabajo pretende analizar: salud, derechos humanos, y política intergubernamental. Basta dar un vistazo a su propia constitución¹², firmada el 22 de julio de 1946, para ver cómo quedó operacionalizada esa relación: "El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social" (Preámbulo).

Lo anterior está complementado además por los datos y cifras de la Nota Descriptiva n° 323 de la OMS¹³, de diciembre de 2015, que considera explícitamente a la salud un derecho humano cuando cita que: "El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación". O cuando admite que: "Las políticas y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, en función de la manera en que se formulen y se apliquen".

Queda manifiesto, así, que el límite del análisis que presentará este estudio estará demarcado por la concepción de la salud como un derecho humano fijada por la política internacional producida por la OMS, circunscrita a la denominada salud global. Como se verá más adelante, la salud global, enmarcada por esa relación entre derechos humanos y salud, ha sido objeto de diversos debates y discusiones éticas y políticas³.

La salud global puede ser comprendida a partir de diferentes perspectivas históricas, teóricas o políticas, motivo por el cual la literatura aún no presenta un consenso acerca de su definición¹⁴⁻¹⁶. Koplan et al.¹⁷, por ejemplo, definen “salud global” como un *área para estudio, investigación, y práctica que priorice la mejoría de la salud y la consecución de la equidad en salud para todas las personas en el mundo*. Maruši¹⁶ destaca que a pesar de diferentes formas de comprensión, las diversas visiones sobre salud global comparten algunos presupuestos primarios comunes, incluyendo una valorización ética de la igualdad (en cuanto al grado y el acceso a la salud) y una contextualización de política global (en oposición a la perspectiva de política internacional o supranacional).

Fortes e Ribeiro¹⁴ relacionan la salud global al proceso histórico de la globalización económica y tecnológica y a la emergencia de problemas planetarios relacionados al medio ambiente y a los nuevos flujos migratorios. Kickbusch¹⁵ se acerca a esta última perspectiva, al destacar el componente ético de la salud global, cuya creación exige comprender las relaciones entre salud humana, salud del planeta y riqueza.

Es importante, en este sentido, destacar las diferencias entre los conceptos de “salud internacional” y “salud global”. Según Brown et al.¹⁸, mientras la salud internacional está asociada a las relaciones de políticas y prácticas de salud pública entre gobiernos y naciones específicas, la salud global es normalmente asociada a un fenómeno más reciente, que acompaña al proceso de globalización y que *indica la consideración de las necesidades de la población de todo el planeta, por encima de los intereses de naciones en particular*. O sea, mientras la salud internacional representa una “mirada” de una nación sobre cuestiones transfronterizas de salud que pueden amenazar sus intereses, la salud global presupondría una “mirada” planetario sobre cuestiones involucrando la salud de toda la humanidad.

Finalmente, la consolidación de la “salud global” también está asociada al surgimiento, inicialmente a partir de la década de 1970, y con

más énfasis y consolidación a partir del inicio de la década de 2000, de fundaciones privadas y/o filantrópicas para financiamiento y ayuda al combate de enfermedades “globales”, como la Fundación Bill & Melinda Gates, la Fundación Ford, la “Global Alliance for Vaccines and Immunisation (Alianza GAVI), el Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, o el Banco Mundial, además de la centenaria Fundación Rockefeller¹⁹. Estas fundaciones están umbilicalmente vinculadas a los poderes políticos y económicos más apremiantes en el “ordenamiento” político y económica mundial, y no es precipitado afirmar que actúan de acuerdo a intereses de estos poderes.

La salud global y la salud como un derecho humano

El tema de los derechos humanos - específicamente el hecho de clasificar la salud como un derecho humano -, es definitivamente uno de los aspectos más polémicos dentro del área de la salud global²⁰, porque está en el centro del objetivo de esta joven área por asegurar que todos los seres humanos tengan la posibilidad de mejorar y asegurar equidad en el alcance de un estándar de salud aceptable¹⁷; y porque esto, inevitablemente, involucra costos y temas relativos a la importante injusticia e inequidad sanitaria que una significativa porción de la población mundial enfrenta por estar inmersa en un sistema neoliberal injusto que excluye a millones de personas²¹.

Se ve entonces que haber definido en sus estatutos la salud como un derecho humano, y seguir haciéndolo en sus diversas comunicaciones, tiene implicaciones profundas para la OMS en el escenario internacional. Esto es observado por Evans²², quien identifica claramente esta circunstancia como un desafío, una vez que explica acertadamente que definir la salud como un derecho humano hace que los Estados acepten su obligación para proveerla bajo el derecho internacional. El desafío nace, según este autor, de constatar que el liberalismo se resiste a dar el mismo status a este tipo de derecho humano que el que da a los derechos civiles y políticos.

En el mismo sentido opinan Schrecker et al.²³, quienes tomando como marco de referencia los derechos humanos, analizan la meta planteada por la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud en el sentido de reducir las disparidades en salud. Estos autores dicen claramente que haber definido a la salud como un derecho humano se traduce inmediatamente en la posibilidad que poblaciones enteras tendrían

para exigir salud por medio de cortes nacionales e internacionales y llegan a proponer como líneas de acción: el litigio internacional, las vías institucionales estatales para asegurar el derecho humano a la salud y la responsabilización de países ricos por las injusticias e inequidades en el área sanitaria.

La apuesta de esos últimos académicos es que los derechos humanos, especialmente la identificación de la salud como un derecho humano, pueden ayudar a avanzar en términos de equidad en salud en el escenario global. Se revela aquí, de esta manera, el enorme impacto que los derechos humanos tienen en el área de la salud global. Se reitera, no apenas porque su existencia está asociada a costos importantes de los sistemas nacionales de salud, sino a obligaciones legales frente a la comunidad internacional.

En lo que se refiere al tema de los determinantes sociales de la salud, Fox & Meier²⁴ relacionan esos determinantes - y lo que denominan "derecho al desarrollo" - con el derecho humano a la salud. De su propuesta llama la atención, más una vez, que asocia el derecho humano a la salud con los determinantes sociales de la salud, pero, sobre todo, que localiza este derecho en medio de las relevantes desigualdades que el sistema económico internacional, neoliberal, desigual e injusto, produce. Estos autores llegan a afirmar que el "derecho al desarrollo" - y por medio suyo, el derecho humano a la salud - podría obligar a los estados, e inclusive a la comunidad internacional en pleno, a financiar sistemas públicos de salud.

Para estos autores²⁴, sin embargo, lo que más debe resaltarse es la certeza en cuanto a que la salud vista como un derecho humano en el área de la salud global tiene el potencial de hacer que los estados reestructuren las instituciones internacionales y los programas de cooperación internacional. Según ellos, esto se debe dar de tal manera que las grandes injusticias en cuanto a inequidad en salud - resultado en gran medida de un sistema internacional neoliberal que empobrece y desconsidera los derechos a salud, educación, y trabajo de millones de personas - sean superadas y asumidas por los responsables directos. Estos autores dicen literalmente que esta nueva perspectiva, ofrecida a partir de la salud como derecho humano, puede facultar a los estados a exigir cooperación en vez de "rogar por caridad".

A propósito de lo colocado por Fox & Meier²⁴, es interesante tocar el tema de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos DUBDH²⁵, por dos razones: primero, porque es un instrumento internacional que claramente

asocia el tema de la salud con el de los derechos humanos y, especialmente, con el deber de los estados por promover el grado máximo de salud para sus ciudadanos sin importar condición económica (artículos 10 y 14, entre otros); y segundo, porque algunos expertos internacionales como Gros-Espuell²⁶, al referirse específicamente a la DUBDH, afirma que documentos de este tipo, aunque considerados internacionalmente como normas no vinculantes, *con todas las consecuencias que de ello se derivan... son fuentes mediatizadas, de Derecho... con un carácter universal, como una expresión de la Comunidad Internacional en su conjunto.*

Como se ve, la lista de autores apoyando este enorme potencial de la salud como derecho humano es bastante larga²⁷⁻²⁹ y no es el objetivo de este texto agotarla. Todavía, se relaciona con el propósito de este documento abordar una de los debates que problematizan el hecho de que ese potencial no se haya concretado y hoy persistan enormes inequidades de salud en el mundo, e injusticias, permitiendo que un número expresivo de seres humanos no tenga lo mínimo necesario de salud para desarrollar sus capacidades: el llamado debate "cobertura de salud *versus* acceso a salud".

Finalmente, es importante decir que este debate es especialmente importante por varias razones: primero, toca directamente la concepción de salud como derecho humano presente en la política internacional creada por la OMS; segundo, representa probablemente la discusión actual más polémica al respecto²⁰; tercero, Brasil tiene una experiencia histórica reconocida en la conformación de un Sistema Universal de Salud basado en la idea de acceso gratuito, universal e integral³⁰, y pasa por un momento sensible de transición política que puede resultar en una reforma del SUS direccionada por el paradigma de la 'cobertura de salud', mediante la propagación de planos de salud privados a valores populares³¹.

El debate cobertura *versus* acceso (derecho), y la salud como un derecho humano

Considero la Cobertura Universal como el concepto más poderoso que la salud pública tiene para ofrecer. Esta frase, proferida por la Directora de la OMS, Margaret Chan³², en febrero de 2013, durante la abertura de la Reunión Ministerial OMS/Banco Mundial sobre la Cobertura Universal de Salud (CUS), ilustra la fuerza que impulsa la actual agenda de la llamada *Universal Health Coverage*. La CUS quedó materializada en la Resolu-

ción 58.33³³, y es apoyada de manera decisiva por una resolución de la Asamblea de las Naciones Unidas aprobada en su 67° sesión titulada *Global health and foreign policy*³⁴.

Con respecto a este concepto, se destaca, primero, que aunque él sea utilizado de modo genérico para referenciar diversos tópicos y abordajes en salud pública, la *Cobertura Universal* (CUS) es un concepto producido en contingencias específicas que reflejan intereses y objetivos muchas veces opuestos a lo que se pretende cuando se emplea de modo inadvertido.

Básicamente, la Cobertura Universal está constituida por sistemas de financiamiento de “pólizas de seguro” que cubren paquetes limitados de servicios a ser prestados por instituciones con o sin fines de lucro. Discurriendo acerca de la definición de CUS, Kutzin³⁵ afirma que *estrictamente hablando, la CUS es un ideal utópico que ningún país puede alcanzar plenamente*, configurando como diferentes “procesos” dirigidos de acuerdo con especificaciones de cada país.

Stuckler et al.³⁶ agregan que el término *Universal Health Care* es generalmente utilizado para describir las políticas de salud en países de renta alta, mientras *Universal Health Coverage* es comúnmente aplicada en países de renta baja y media. Esta distinción se derivaría de la comprensión (apriorística) de que en países con mayor restricción financiera no es posible aspirar a un amplio acceso a los servicios de cuidado en salud (*Universal Health Care*), sino, por mucho, a la “cobertura” de paquetes y servicios básicos para toda la población (*Universal Health Coverage*).

En la definición de la OMS³⁷, la CUS representa *la garantía de que todas las personas puedan usar los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos que necesitan, con calidad suficiente para ser eficaz y, al mismo tiempo, garantizar que la utilización de estos servicios no exponga al usuario a dificultad financiera*.

Según el Reporte de la OMS publicado en 2010³⁸, los fondos para financiamiento de la CUS pueden ser constituidos por un “mix” de aportes que van desde la contribución de los asegurados, por medio del cobro directa o de la tributación de salarios o impuestos especiales sobre productos perjudiciales para la salud, y, en el caso de los países más pobres, por medio de programas de ayuda y filantropía internacional.

En una perspectiva histórica, el concepto de la CUS se remonta a las reformas sectoriales de los sistemas de salud capitaneadas a partir del final de los años 1980 por corporaciones fi-

nancieras internacionales, especialmente por el Banco Mundial, cuya mayor preocupación era alcanzar la “sustentabilidad de financiamiento” y la “eficiencia” de los sistemas de salud mediante la reducción de los gastos públicos en favor del aumento de la participación del capital privado³⁹ y de las asociaciones público-privadas⁴⁰. Esto significa que las propuestas iniciales de la CUS no fueron establecidas por investigadores, agentes públicos o instituciones vinculadas a la salud, sino por economistas y agentes ligados al mercado financiero y a las corporaciones internacionales, particularmente el Banco Mundial.

Noronha⁴¹ destaca que la primera referencia al término “Universal Health Coverage” por parte de la OMS se remonta al Reporte Mundial de Salud de 2005³³, momento en que *tiene inicio la transformación semiótica del derecho a la salud y del acceso universal e igualitario a los cuidados de salud hacia el concepto de cobertura universal indeleblemente asociado a la protección del riesgo financiero y a la búsqueda de mecanismos alternativos de financiamiento sectorial*.

El autor apunta que el abandono de la salud como derecho fundamental en favor de la comprensión de la salud como servicio básico se caracteriza por la inversión en la priorización de la definición de políticas de salud: el derecho a la salud deja de determinar las políticas de financiamiento para adecuarse a las limitaciones impuestas por los sistemas de financiamiento. Esto es, la CUS buscar garantizar la “salud” de los sistemas económicos y financieros en detrimento de la “salud” de los seres humanos.

O sea, la CUS no es más que un programa para des-responsabilizar a los Estados y tercerizar los sistemas de salud: en la CUS la salud ya no es comprendida como un derecho humano universal, sino como un paquete limitado de servicios disponible para las personas y grupos “cubiertos” por pólizas, preferencialmente más pobres o en situación de “riesgo financiero”. El mantra de la Cobertura Universal de la Salud esconde, así, exactamente lo contrario a su real significado: un programa no-universal, no-integral, no-público y no gratuito de salud.

Es evidente, entonces, que la cobertura propuesta dejó atrás la noción de la salud como derecho humano, una vez que supeditó el acceso a salud no a la *humana conditio* de los individuos, sino a las condiciones financieras necesarias para que ese acceso se llevara a cabo, relacionando la CUS siempre a un paquete básico de servicios ofrecidos a los grupos económicamente más desfavorecidos de las sociedades. El documento téc-

nico *Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System*⁴², bien como los reportes “Health Systems Financing The Path To Universal Coverage”³⁸ y *Research for Universal Health Coverage*³², así lo confirman.

En esos documentos es explícito que el acceso a salud depende directamente de la capacidad financiera del individuo, una vez que él debe evitar los riesgos financieros que una situación de enfermedad puede acarrearle⁴³. Más importante que eso es que estos documentos proponen claramente que los sistemas nacionales de salud deben ser salvaguardados por aseguradoras privadas que les provean sistemas de protección ante el riesgo financiero que la salud de sus habitantes representa.

Se ve, pues, que la forma que la OMS encontró para superar los desafíos colocados por la noción - por ella misma implantada - de la salud como derecho humano, fue yendo en contravía de su propia creación, es decir, desconectando la salud de los derechos humanos y asociándola a los condicionantes financieros. A las críticas que han surgido en este sentido, la OMS⁴⁴ ha respondido diciendo que esa cobertura es paso anterior y necesario para la materialización del derecho - denominado por algunos “acceso”.

Lo anterior, sin embargo, no solo es problemático por ser evidentemente incoherente, sino porque los hechos muestran (y demostraban incluso antes de la implantación de esa política internacional en 2005!) que cobertura no se traduce necesariamente en derecho o acceso a salud. Los importantes problemas de acceso de sistemas de salud como los de Colombia⁴⁵, México⁴⁶ y Chile⁴⁷ - implementados a partir de la premisa defendida por la OMS -, apenas por nombrar algunos casos, así lo demuestran.

El debate cobertura *versus* acceso, como se ve, está en el centro de las discusiones sobre la noción de salud como derecho humano creada por la política internacional de la OMS. Lo está, empero, porque al defender la cobertura, y supeditarla a aseguradoras privadas de salud, va en contravía de lo promulgado en su propia carta de constitución. El siguiente aparte abordará este hecho a la luz de la teoría constructivista y crítica de las Relaciones Internacionales, para explicar su génesis y proponer vías que lleven a la superación de este contrasentido.

Cobertura *versus* acceso a la luz de la teoría constructivista y crítica de las Relaciones Internacionales

La cobertura en salud, elección hecha por la OMS para “garantizar” el acceso a salud de los millones de seres humanos que no tienen este derecho humano respetado es, como se ha visto, problemática por sí misma. Es importante ahora entender cómo fue posible que esa elección fuera hecha y las vías posibles para superarla. Sobre el primer interrogante - el “cómo” - la respuesta es casi unánime: obedeciendo las lógicas del mercado, de la racionalidad neoliberal, que considera la salud un bien de consumo, y no un derecho humano que debe ser alcanzado para toda la humanidad, y que se configura ya a partir del propio nacimiento del individuo⁴⁸.

En tanto las lógicas que explican el neoliberalismo distan en buena medida de la acción exclusiva de los Estados, no sería de utilidad examinar esta cuestión a la luz de teorías que ponen el énfasis casi que exclusivamente en esos actores. Es importante, así, acudir a otros enfoques que pueden explicar el “cómo” la cobertura se volvió la solución para alcanzar el acceso a la salud. Las teorías constructivista⁴⁹ y crítica^{50,51} de las Relaciones Internacionales ofrecen bastantes subsidios a este respecto.

En cuanto a la primera teoría, la constructivista, desafía frontalmente la noción realista y liberal de que exclusivamente los Estados, a través de su fuerza, definen la política internacional pues, contrario a esa suposición, el constructivismo defiende que son las ideas, valores colectivos e identidades cambiantes las que deciden la pauta⁵². A este respecto, los constructivistas son conscientes de los múltiples niveles de decisión y comprensión que ofrece el entramado que constituye la comunidad internacional moderna. En ese sentido, permiten entender que no fue la decisión exclusiva de los Estados, sino la existencia de una lógica neoliberal económica, la que llevó a la elección de la cobertura en salud como paradigma mundial.

Lo anterior es además importante, pues las decisiones y acciones de la OMS no son susceptibles de ser explicadas apenas por la fuerza y existencia de los Estados. De hecho, las corporaciones, fundaciones y ONG internacionales han tenido, en muchas ocasiones, mayor peso que el que los actores estatales. El importante rol jugado por la Fundación Rockefeller¹⁹ en la elección de la cobertura por encima del acceso es clara muestra de esto.

Sobre la segunda teoría, debe decirse que ayuda a explicar cómo circunstancias materiales, específicamente económicas, han determinado las decisiones tomadas al interior de la OMS, pues toca una importante variable, relacionada con el papel que la doctrina detrás de la política tiene en el establecimiento de una directriz global. Además, el método de las estructuras históricas de Cox⁵⁰, teórico crítico, aplicado al ámbito de las fuerzas sociales - e inspirado por los complejos Estado-sociedad civil de los que habla Gramsci⁵³ -, permite prever posibles soluciones (como será explicado más adelante) al problema de la mercantilización de la salud.

En este mismo sentido opina Kenny⁵⁴, quien en reciente artículo problematiza la dimensión biopolítica de la salud global, localizando su nacimiento en directrices neoliberales del Banco Mundial que han producido una “economización” de la vida, definiendo al hombre como un *homo oeconomicus* que ve su vida y salud desahogadas y limitadas por prácticas de inversión, retorno de capital y autopromoción.

También en esta línea están las ideas de Birn et al.⁵⁵, quienes aseveran claramente, al hablar específicamente del caso de la cobertura, que la salud global ha sufrido una cooptación neoliberal en las últimas tres décadas. Estos autores traen algo interesante, que se conecta con el fin de este aparte: la necesidad de proponer - Birn et al.⁵⁵, lo hacen tomando como referencia a América Latina - modos e instrumentos para luchar contra esa cooptación, resistiendo y alcanzando una salud global verdaderamente equitativa y basada en la noción de derecho humano.

Pero la utilidad de examinar esta cuestión a la luz de teorías que se alejan del énfasis exclusivo en los actores estatales no se relaciona apenas con entender cómo la cobertura ganó protagonismo sobre el acceso, sino además, con comprender las posibles vías para superar esa lógica neoliberal, al legitimar el papel de organizaciones de la sociedad civil y otras iniciativas que no es posible entender bajo un paradigma exclusivamente estatal.

Así lo entienden London e Schneider²⁸, quienes abogan por la creación de un espacio para que la sociedad civil exija de sus gobernantes el respeto de su derecho humano a la salud. En este sentido, estos autores dicen que el paradigma de los derechos humanos puede ser útil para que diversas organizaciones sociales reclamen lo que la globalización les ha quitado, a través de lo que denominan *state accountability*.

En la misma línea opinan Friedman e Gostin²⁷, quienes proponen una aproximación basa-

da en cuatro partes, y en el involucramiento de la sociedad civil, para reclamar el derecho humano a la salud. La primera parte se relaciona con exigir reformas nacionales que incluyan principios como equidad, participación y responsabilidad al área de la salud. La segunda es relativa a proponer el uso de estrategias legales creativas para exigir el derecho a la salud. La tercera se conecta directamente al compromiso comunitario, empoderando a las comunidades para que ellas exijan su derecho a la salud. El cuarto, finalmente, dice respecto a intervenir directamente en el funcionamiento de la OMS, a través de la proposición de un nuevo tratado global en salud (denominado Framework Convention on Global Health), que dé cuenta del respeto a esas cuatro partes.

Finalmente, Špoljar²⁹ aunque también acude a la importancia que la sociedad civil tiene para revertir la mercantilización de la salud, llama la atención a hacerlo emprendiendo una lectura crítica de los derechos humanos, esto es, diferenciando entre políticas públicas de derechos humanos y políticas públicas para derechos humanos, una vez que las primeras apenas serían una instrumentalización de esos derechos que ha sido usada para maquillar iniciativas gubernamentales que, lejos de buscar garantizar la salud como derecho humano, buscan solo defender su concepción como bien que puede ser negociado.

Consideraciones finales

El tema de la salud entendida como derecho humano ha sido abordado al interior de la ONU, resultando en políticas internacionales que en algunos momentos refuerzan tal idea y en otros la disuelven. Pasados más de 65 años de la promulgación de Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948⁵⁶, los derechos humanos, en general, y el derecho humano a la salud, en particular, parecen estar diluyéndose, trayendo reflejos actuales en las políticas de la ONU y de sus órganos ejecutivos, como la OMS. Si por un lado la concepción de salud como derecho al interior de esta Organización es reafirmada como forma de resistencia en la DUBDH de 2005²⁵, por otro, el desplazamiento de la discusión del acceso hacia la cobertura, parece desinflar el sentido de concebir la salud como derecho, revelando las fragilidades actuales de la ONU frente a las acciones intergubernamentales, e impactando sobre la creciente desigualdad en salud.

La inaceptable desigualdad en salud vislumbrada en el escenario internacional ha aumen-

tado con la globalización: actividades de organismos transnacionales - que involucran diversos actores públicos y privados, como Estados, sociedad civil y corporaciones - son permeadas por diferentes grados de poder e intereses que pueden tener efectos colaterales nefastos - aun si sus acciones no son a priori proyectadas para perjudicar al salud -, al punto de ampliar las inequidades⁵⁷.

Tratar la salud como derecho humano universal significa entenderla como el resultado de una construcción que posee una dimensión histórica y política con impactos sociales reales. Se observa que en el actual escenario de transformaciones, la “salud global” surge como parte de procesos históricos y políticos más grandes, en los que la OMS, líder incuestionable de la salud internacional hasta finales del siglo XX, pasa a ser una organización en crisis, con status de menor importancia, enfrentando déficits presupuestales y una creciente influencia de poderosos organismos transnacionales¹⁸.

Como una estrategia de sobrevivencia en respuesta a este contexto político internacional transformador, la OMS comenzó a remodelarse¹⁸. Prueba de esto es la referida discusión acerca de la cobertura de salud al interior de la propia OMS, que desinfla la noción, por ella misma im-

plantada, de la salud como derecho humano, al paso que la asocia a condicionantes financieros. En consecuencia, se verifica que la simple *humana conditio* que asegura la salud como derecho humano desde el punto de vista biológico, no parece ser suficiente para garantizar el acceso a este derecho.

La conquista del derecho humano a la salud ha recorrido un arduo camino marcado por avances y retrocesos. La persistencia de una fuerte inequidad global que niega el acceso a condiciones de salud y vida digna - enraizadas en fenómenos políticos y económicos globales permeados por asimetrías de poder - evidencia la parca concretización de los derechos humanos. En el actual escenario, el camino adoptado por la OMS relativo a la cobertura universal de salud tiende a desplazar el derecho a la salud a un lugar lejano, al supeditarlos a cuestiones económicas. De este modo, algunas personas y comunidades pasan a ser categorizadas como “más humanas” que otras. Reforzar las discusiones de la salud como derecho de todos en las políticas internacionales intergubernamentales, y disminuir la larga distancia que separa tales políticas y leyes de la realidad, son condiciones necesarias para las garantías de los derechos humanos en general, y del derecho humano a la salud, en particular.

Colaboradores

La concepción, redacción y desarrollo inicial, y la revisión final estuvieron a cargo de CH Manchola-Castillo. V Garrafa, TR Cunha y F Hellmann participaron de la redacción y revisión final.

Referências

- Benatar SR, Gill S, Bakker I. Making progress in global health: the need for new paradigms. *International Affairs* 2009; 85(2):347-371.
- Frenk J, Gomez-Dantes O, Moon S. From sovereignty to solidarity: a renewed concept of global health for an era of complex interdependence. *Lancet* 2014; 383(9911):4-10.
- Paiva CHA, Santana JP. Dossiê Bioética e Diplomacia em Saúde - Apresentação. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 2015; 22(1):15-17.
- Smith J, Daynes L. Borders and migration: an issue of global health importance. *The Lancet Global Health* 2016; 4(2):e85-e86.
- University of Southern California. *Institute for Global Health* [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: <https://globalhealth.usc.edu/>
- Lawyers Collective, O'Neill Institute for National and Global Health Law. *Global Health and Human Rights Database* [acessado 2016 jun 12]. Disponível em: <http://www.globalhealthrights.org/>
- Consejo de la Unión Europea (CUE). *Council conclusions on the EU role in Global Health. 3011th Foreign Affairs Council meeting*. Brussels: CUE; 2010.
- Elman C. Realism. In: Martin G, editor. *International Relations Theory for the Twenty-First Century. An Introduction*. 2nd ed. London: Routledge; 2007. p. 11-20.
- Reus-Smit C. Constructivism. In: Burchill S, Linklater A, Devetak R, Donnelly J, Paterson M, Reus-Smit C, True J, editors. *Theories of International Relations*. 3rd ed. New York: Palgrave Macmillan; 2005. p. 188-212.
- Organização das Nações Unidas (ONU). *United Nations Millennium Declaration. Resolution adopted by the General Assembly*. New York: ONU; 2000 [acessado 2016 jun 25]. Disponível em: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *The Millennium Development Goals Report*. New York: United Nations; 2013 [acessado 2016 jun 22]. Disponível em: <http://www.un.org/millennium-goals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Constituição de la OMS*; 1946 [acessado 2016 jun 27]. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Nota Descritiva nº 323 de la OMS*. 2015 [acessado 2016 jun 25]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Fortes PAC, Ribeiro H. Global Health in globalization times. *Saude soc* 2014; 23(2):366-375.
- Kickbusch I. Global Health Governance Challenges 2016 - Are We Ready? *Int J Health Policy Manag* 2016; 5(6):349-353.
- Marušić A. Global health – multiple definitions, single goal. *Ann Ist Super Sanità* 2013; 49(1):2-3.
- Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, Wasserheit JN. Towards a common definition of global health. *Lancet* 2009; 373(9679):1993-1995.
- Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. *Am J Public Health* 2006; 96(1):62-72.
- Fundación Rockefeller. *Future Health Markets: A meeting statement from Bellagio*; 2012 [acessado 2016 jun 25]. Disponível em: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08a8140f0b652dd00077c/bellagio-future-health-markets-statement-final.pdf>
- Reubi D. The promise of human rights for global health: A programmed deception? A commentary on Schrecker, Chapman, Labonté and De Vogli (2010) “Advancing health equity in the global market place: How human rights can help”. *Soc Sci Med* 2011; 73(5):625-628.
- Oxfam. *An Economy For the 1%*. 210 Oxfam Briefing Paper. 18 January 2016 [acessado 2016 jun 20]. Disponível em: https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp210-economy-one-percent-tax-havens-180116-en_0.pdf
- Evans T. A human right to health? *Third World Quarterly* 2002; 23(2):197-215.
- Schrecker T, Chapman AR, Labonté R, De Vogli R. Advancing health equity in the global marketplace: How human rights can help. *Soc Sci Med* 2010; 71(8):1520-1526.
- Fox AM, Meier BM. Health As Freedom: Addressing Social Determinants Of Global Health Inequities Through The Human Right To Development. *Bioethics* 2009; 23(2):112-122.
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*; 2005 [acessado 2016 jun 20]. Disponível em: http://bioetica.catedraunesco.unb.br/?page_id=250
- Gros-Espiell H. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco y la Declaración de Santo Domingo sobre Bioética y Derechos Humanos. *Revista Brasileira de Bioética* 2007; 3(1):7-13.
- Friedman EA, Gostin LO. Pillars for progress on the right to health: Harnessing the potential of human rights through a Framework Convention on Global Health. *Health and Human Rights* 2012; 14(1):4-19.
- London L, Schneider H. Globalisation and health inequalities: Can a human rights paradigm create space for civil society action? *Soc Sci Med* 2012; 74(1):6-13.
- Špoljar S. Talking culture, crying health, hoping for nothing: surviving the many flyers above the human rights global cuckoo's nests. *Collegium antropologicum* 2011; 35(4):969-978.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
- Conselho Nacional de Saúde do Brasil. *Resolução nº 534 de 19 de Agosto de 2016* [acessado 2016 jun 20]. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso534.pdf
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage*. Luxembourg: OMS; 2013.

33. Organização Mundial da Saúde (OMS). *The World Health Report 2005. Make every mother and child count*. Geneva: OMS; 2005.
34. Organização das Nações Unidas (ONU). *General Assembly Resolution: Global health and foreign policy*. Washington: ONU; 2012. Sixty-seventh session. Agenda item 123. 6 December 2012. A/67/L.36.
35. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ* 2013; 91(8):602-611.
36. Stuckler D, Feigl AB, Basu S, McKee M. *The political economy of universal health coverage. Background paper for the global symposium on health systems research*. 16-19 november 2010. Montreux, Switzerland.
37. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. Framework, measures and targets*. Geneva: OMS; 2014. WHO/HIS/HIA/14.1.
38. Organização Mundial da Saúde (OMS). *The World Health Report: Health Systems Financing The Path To Universal Coverage*. Geneva: WHO; 2010.
39. Nuruzzaman M. *Health Policy Reforms and the Poor in the Global South*. London, Ontario: Canadian Political Science Association Annual Conference; 2005.
40. Berman A, Bossert TJ. *A decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What have we learned?* A paper prepared for the Data for Decision Making symposium: "Appraising a Decade of Health Sector Reform in Developing Countries". Washington: USAID; 2000.
41. Noronha JC. Universal health coverage: how to mix concepts, confuse objectives, and abandon principles. *Cad Saude Publica* 2013; 29(5):847-849.
42. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Achieving Universal Health Coverage: Developing The Health Financing System*. Technical Briefs for Policy-Makers. WHO/EIP/HSE/PB/05.01. No. 1. 2005. Ninth plenary meeting, 25 May 2005 A58/VR/9.
43. CEBES. Em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito e não negócio (editorial). *Saúde debate* 2014; 38(101):194-199.
44. Evans DB, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access (editorial). *Bull World Health Organ* 2013; 91(8):546-546A.
45. Ayala García J. *La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso*. Cartagena: Banco de la República; 2014. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional 204.
46. Gutiérrez JP. Cobertura universal de salud en México: las brechas que persisten (editorial). *Salud pública Méx* 2013; 55(2):153-154.
47. Atun R, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, Garcia P, Gómez-Dantés O, Knaul FM, Muntaner C, Paula JB, Rígoli F, Castell-Florit PS, Wagstaff A. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet* 2015; 385(9974):1230-1247.
48. Garrafa V. Bioética, saúde e cidadania. *Humanidades (UnB)* 1994; 34:342-351.
49. Adler E, Haas P. Las Comunidades epistémicas, el orden mundial y la creación de un programa de investigación reflexivo. *Relaciones Internacionales* 2009; 12:145-169.
50. Cox RW. *Production, Power and World Order*. New York: Columbia University Press; 1987.
51. Wallerstein I. *Análisis de Sistemas-Mundo. Una introducción*. México: Siglo Veintiuno Editores; 2005.
52. Wendt A. Anarchy is what states make of it: The social construction of Power Politics. *Revista Académica de Relaciones Internacionales* 2005; 1:1-47.
53. Pereyra C. Gramsci: Estado y sociedad civil. *Cuadernos políticos* 1988; 54/55:52-60.
54. Kenny KE. The biopolitics of global health: Life and death in neoliberal time. *Journal of Sociology* 2015; 51(1):9-27
55. Birn AE, Nervi L, Siqueira E. Neoliberalism Redux: The Global Health Policy Agenda and the Politics of Cooptation in Latin America and Beyond. *Development and Change* 2016; 47(4):734-759.
56. Organização das Nações Unidas (ONU). *Declaración Universal de los Derechos Humanos; 1948* [acessado 2016 jun 20]. Disponível em: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
57. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, Fukuda-Parr S, Gawanas BP, Giacomman R, Gyapong J, Leaning J, Marmot M, McNeill D, Mongella GI, Moyo N, Møgedal S, Ntsaluba A, Ooms G, Bjertness E, Lie AL, Moon S, Roalkvam S, Sandberg KI, Scheel IB. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet* 2014; 383(9917):630-667.

Artigo apresentado em 26/07/2016

Aprovado em 28/11/2016

Versão final apresentada em 23/02/2017