

La Salud como Derecho

Contextuar la temática de las drogas en relación a consumos y abusos desde el derecho a la salud, conlleva la consideración del marco jurídico internacional y nacional que lo sustenta

El mismo está garantizado por normas internacionales, por nuestra Constitución Nacional a través del artículo 75 inciso 22, que ratifica Tratados, Pactos y Convenciones pertinentes. También, en tanto derecho humano se centra en la dignidad de las personas, tiene carácter vinculante para los Estados, se interrelaciona con otros derechos y es un derecho universal.

En el marco de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y con la Constitución de la Organización Mundial de la Salud que ya había sido formulada en el año 1946 y que entra en vigencia en 1948, la salud se consagra como Derecho. Años después el Pacto de los DESC¹ referido a salud- artículo 12 - y particularmente la Observación General 14, reconoce a la misma estrechamente vinculada e interdependiente para su realización, de otros derechos. En esta Observación General se establecen cuatro criterios con respecto a los cuales se puede evaluar el respeto del derecho a la salud; a) *disponibilidad*: se refiere a número suficiente de establecimientos y servicios públicos de salud, programas, recursos humanos, así como a los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción de la OMS, b) *accesibilidad*: que presenta cuatro dimensiones, no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información, c) *aceptabilidad*: los establecimientos bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida; deberán respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas, d) *calidad*: los establecimientos bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico.²

¹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966

² Organización Mundial de la Salud: Serie de publicaciones: *Salud y Derechos Humanos* número 1, julio de 2002

Además el Comité de DESC³ que formula la Observación 14, interpreta el derecho a la salud como un *derecho* que no sólo abarca la atención oportuna y apropiada, sino también a los principales factores determinantes como el acceso al agua limpia, potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y en el medio ambiente, y acceso a la educación y a la información sobre cuestiones vinculadas a la salud.

La Declaración que en 1978 realizan los Estados reunidos en Alma Ata, constituye un hito importante en la comprensión de la salud y en las condiciones necesarias para lograr la misma. Esta Declaración sobre Atención Primaria de Salud, la firman 134 Estados incluyendo nuestro país, junto a agencias de Naciones Unidas y diversas organizaciones no gubernamentales⁴.

Queremos enfatizar en ella porque sus conceptos fortalecen el sentido de la integralidad de acciones, de las políticas interministeriales y de estrategias para lograr resultados efectivos.

Diríamos entonces que desde este marco conceptual estamos situados hoy, con el objetivo de fortalecer la atención de la salud de las personas que consumen y abusan de sustancias psicotrópicas, de prevenir riesgos, de reducir daños, sustentando todas las acciones hacia esas personas, como titulares del derecho a la salud y a otros derechos sociales.

Hay algunos elementos fundamentales a señalar en la atención esencial de la salud que marca la histórica Declaración de Alma Ata: en cada lugar, en cada comunidad, la atención preventiva y curativa de la salud de las personas y de las familias debe estar acompañada a) de procesos **participativos** de la gente; en ese sentido existe en la planificación y evaluación de actividades, indicadores de proceso que deben dar cuenta de esa participación concreta y evaluable b) **de equipos interdisciplinarios** que simétricamente aporten sus conocimientos y prácticas c) debe tender prioritariamente a cubrir a los grupos más vulnerables, justamente adonde pueden estar más **vulnerados**

³ Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, mayo 2000.

⁴ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, septiembre 1978

los derechos humanos y d) debe estar acompañado de **programas y acciones económicos sociales de desarrollo.**

En la concreta existencia de las personas, no existe educación por un lado, salud y alimentación por otro, justicia, vivienda, trabajo, todos separados. Hay niños, adolescentes, jóvenes, madres, padres, familias con necesidades que deben ser satisfechas, con sufrimientos que deben ser atendidos y que necesitan de su resolución para vivir dignamente.

Es lógico entender que los recursos del Estado se agrupan y ordenan sectorialmente, pero la articulación de políticas que concreten acciones conjuntas son las que darán la sinergia necesaria y la efectividad de los derechos a garantizar.

Queremos remarcar ahora algunos aspectos del modelo médico prevalente que ha sido funcional a modelos de otros campos, no siempre en defensa de la salud como derecho de las personas.

Durante años se entendió a la medicina desde conceptos higienistas, individualistas y biologicistas jerarquizando un modelo que tiene entre otras características, como etiología de las enfermedades a los agentes patógenos externos. Sin duda el avance científico en las enfermedades transmisibles fue y es de enorme importancia en los logros terapéuticos aunque no en la cobertura sanitaria eficaz, así que lejos de negarlo, se reconoce. Sin embargo, se amplía el panorama etiológico de daños a la salud cuando se comprende otra dimensión y se incorpora una concepción psicosocial de la misma.

Quien fuera Ministro de Salud de la Nación y maestro de la salud pública, el doctor Ramón Carrillo, es recordado y reconocido por lo que hizo para la salud del pueblo argentino: hospitales, recursos humanos, equipamientos adecuados, capacitación permanente, identificación de grandes problemas sanitarios epidemiológicos y programas y acciones para combatirlos hasta que dejaran de serlo. Sin embargo, cuando comenzaron sus aciertos *del hacer*, ya había acertado en la comprensión del fenómeno de la salud, en la comprensión social de ese fenómeno; por eso reconoce en las causas de muchas enfermedades a los microbios, pero dice contextualizándolos, *son unas pobres causas*. Estos importantísimos logros sanitarios muestran que la Argentina desde los

años cuarenta y cincuenta, supo e hizo las bases para una política sanitaria cuya prioridad fue **la salud integral y colectiva**. Al introducir el concepto de la salud pública entendida como una obligación del Estado, involucra no solamente la dimensión individual del daño, sino también la social, e instala la prevención de la enfermedad insistiendo y enfatizando en la alimentación, en la vivienda, en el trabajo y en todos los componentes que hacen a una vida digna.

Cuando decimos que con el Ministro Carrillo nace la medicina social y colectiva lo decimos no sólo como aportes teóricos de la época, sino como espacio y poder real del Estado en defensa de la Salud, en tanto gestor y responsable de políticas públicas hacia ese logro que además contó con políticas sociales de trabajo, vivienda y protección social, abarcando el amplio concepto de salud y no la mera ausencia de enfermedad.

De entonces a ahora ha cambiado el contexto social y económico, la relación de los Estados, su autonomía y el derecho de libre determinación de los pueblos; en un contexto de globalización y transnacionalización de aspectos económicos, sociales y culturales, que también han determinado el panorama de la salud local. Los años noventa terminan de desarmar y debilitar al Estado nacional en las problemáticas prevalentes de salud en un contexto socioeconómico muy complejo y en un espacio de atención de la enfermedad muy mercantilizado que se agrava en los comienzos del siglo y que cuesta revertir. El modelo médico de atención privada crece sin suficiente Estado que lo regule y el mismo Estado como prestador que regía la normativa y ética de la atención se debilita y decrece.

Mucho hay que reconstruir en materia sanitaria, diagnosticar y asumir problemas, cuya gravedad antes de los años '90 no se dimensionaban como tales.

En los años 80- ya instaurada la democracia- algunas experiencias en el país, profundas conceptual y operativamente, trataron de hacer realidad el derecho a la Salud desde políticas públicas hasta Programas de gran envergadura. Valga mencionar como ejemplo el Programa de Atención de la Salud (PROSAFE) de Ferroviarios a partir de 1984⁵, con enfoque de atención primaria desarrollado en el conurbano bonaerense No

⁵ Programa de salud ferroviario, cobertura de 150.000 ferroviarios y sus familias, residentes en 19 partidos del conurbano bonaerense. Se consideraron doce áreas programáticas con doce equipos

pudo consolidarse al cabo de algunos años por razones y circunstancias del poder político, pero mostró un modelo posible de atención integral según los principios de la atención primaria. En ese Programa de ferroviarios, justamente se comenzaron a desarrollar acciones para asistir y prevenir el problema de consumo abusivo de alcohol entre los trabajadores del riel y concretamente en los conductores de trenes. A poco de comenzar las actividades de asistencia y prevención, los propios trabajadores participantes orientaron el problema hacia los traumas que les dejaban las muertes de personas, ya fueran intencionales (suicidios) o por accidentes en los cruces ferroviarios, vinculando como una consecuencia traumática no reconocida por la dirigencia política ferroviaria, el consumo excesivo de alcohol y la posible derivación adictiva del mismo.

Otro ejemplo destacadísimo de los años 80 fue el programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria –ATAMDOS- de provincia de Buenos Aires⁶ conducido por el entonces Ministro de Salud, médico Floreal Ferrara, donde con todas las cualidades de un programa integral de Atención Primaria y como política pública, impulsó y desarrolló en la provincia, centros de atención de salud con equipos interdisciplinarios básicos (médico/a, enfermero/a, trabajador/a social, odontólogo/a y psicólogo/a) de dedicación exclusiva, muy bien remunerados y con capacitación y actualización médica permanente, quienes tenían la responsabilidad de cuidar la salud de 300 familias desde los centros de salud correspondientes a cada territorio. Sólo derivaban los casos que por complejidad mayor no podían resolverse en esos primeros niveles de la atención

“¿Qué se hacía en estos ATAMDOS?, se atendía a la comunidad, el equipo interdisciplinario no esperaba a los pacientes, iba a las casas y atendía las problemáticas de salud, estaban todo el día porque se los nombró con retención de título. Comenzaban su día a las 8 de la mañana y la jornada terminaba a eso de las 19 horas, siempre y cuando no hubiese otro tipo de problemas...

...Los ATAMDOS estaban al pie de la necesidad de la comunidad.

Los hospitales quedaron para internación, para la alta complejidad.

Los ATAMDOS eran para los problemas cotidianos

interdisciplinarios; contaba con un médico de familia cada 400 familias, Sistema de Emergencias así como una red de CAF (Centros de Atención Ferroviaria y el Policlínico Ferroviario Central). Este Programa que dependía de la Coordinación Regional Metropolitana del Instituto de Servicios Sociales para el Personal Ferroviario funcionó desde el año 1984 a 1990

⁶ Programa ATAMDOS, Gobierno de Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud, años 1987 y 1988

...La salud pública es ver el problema del agua, ver como están las gallinas, si hay agua potable o no, el problema de las aguas servidas, o sea es trabajar con la realidad. Es cambiarle el eje a la salud...

El problema es que nuestra salud ha sido el hospital que es un lugar central para atender complejidades de daños, de enfermedades, pero no todo...

...La salud está en la comunidad, en el domicilio, en el barrio, en el boliche.

En muchos lugares no teníamos donde juntarnos. Esto nos pasó en Villa Tranquila, en Ensenada, y entonces le pedimos permiso a un bolichero para que nos diera lugar para las clases y los borrachos intervenían en las discusiones. Las zanjas para sacar las aguas servidas las hacíamos con ellos, participaba la comunidad..."⁷

Con este mismo enfoque de equipos interdisciplinarios, médicos de dedicación exclusiva y red hospitalaria de referencia y contrarreferencia, se desarrolló desde comienzo de los años 70 en la provincia del Neuquén, el Plan Provincial de Salud Pública que con altibajos sigue hasta hoy. Cuando comenzó este Plan su tasa de mortalidad infantil provincial era- después de Jujuy- la segunda mas alta del país; hoy y desde hace años es la mas baja del país junto con Ciudad de Bs. As.

Volviendo al presente, señalamos la importancia del artículo 75 de nuestra Constitución que vela plenamente por el derecho a la salud y da otra dimensión al acotado texto del artículo 42 de la misma. Este artículo, incluye aspectos de defensa del consumo en relación a la atención de la salud. Es obvio que responde a un fuerte rasgo de la realidad de la atención médica (de Obras Sociales que derivan al sector privado y de la medicina prepaga) que en tanto ciudadanos usuarios de servicios, la Constitución nos protege. Pero a la vez, muestra y admite desde ese lugar que somos **consumidores** de ellos, de prácticas médicas, de medicamentos, etc. en donde el Estado debe tener una muy fuerte presencia y asumir la rectoría nacional del control en el ejercicio de estos servicios y prácticas, que encuadrados en la lógica de la oferta y la demanda no deben menoscabar en nada, el derecho a la salud de todo ciudadano y residente del país.

Si la Salud es Derecho, el financiamiento de todos los servicios, prestaciones y prácticas debe ir por un carril totalmente separado, que no tiña la rigurosidad científica, la ética,

⁷ Reportaje al ex Ministro de Salud de provincia de Bs. As. sobre el programa ATAMDOS "Conversaciones con Floreal Ferrara" fuente agencia Argenpress, mayo de 2005

la accesibilidad, la no discriminación, el acceso a la información y la equidad de los mismos.

Si la Salud es Derecho, no habrá prácticas abusivas ni distorsionadas, no habrá desvíos de ningún tipo. Las normas de atención de la salud están- para todos los tramos del ciclo de vida - analizadas, debatidas, consensuadas, aprobadas y actualizadas. Para ello los Ministerios competentes de Nación y de todo el país tienen sus cuadros técnicos y también pueden sumar el aporte actualizado e inestimable de sociedades científicas y de organizaciones no gubernamentales idóneas en cada problemática por ejemplo en el problema de las adicciones

En el Congreso de la Nación esperan para su debate y aprobación dos amplios y exhaustivos proyectos sobre Salud Nacional y General. En ambos, la Rectoría y Garantía como atribuciones y responsabilidades del Estado se señalan con fundamentos consistentes y acertados.

Dentro del campo de la salud cabe enfatizar la problemática de la salud mental: es la menos visibilizada de todos los problemas de salud pública, siendo a la vez la que atraviesa el total de los espacios institucionales y comunitarios de atención.

Ubicamos a las problemáticas de consumos, abusos de drogas psicoactivas y adicciones dentro de los diferentes sufrimientos mentales, desde luego insertos en un modelo -ya explicitado- psicosocial de la salud. No en el modelo epidemiológico de enfermedades transmisibles con agentes patógenos responsables, donde el símil sería la droga llega de afuera y cual epidemia enferma y contagia. Las drogas no son iguales a un agente patógeno de lo orden de lo biológico, por eso cuando se usaban palabras afines a aquella epidemiología tales como erradicar (plagas, infecciones) se podía y se pudo mal entender la solución, “erradicando” personas, excluyendo, aislando, encerrando, discriminando.

Los cuadros agudos de desintoxicación requieren de recursos médicos capacitados en una red de complejidad creciente, en un sistema de referencia y contra referencia de efectores propios de los servicios de atención médica. Los problemas complejos y múltiples en los cuales se constituye la historia de vida de un adicto, requiere de

equipos de salud mental comunitaria que permitan situar en espacio y tiempo esta problemática. La estrategia de Atención Primaria de la Salud y de Atención Primaria en Salud Mental ⁸ que acerca el problema a la realidad cotidiana permite desde el equipo de atención, dimensionar, respetar identidades, (esto es: nadie es un dato estadístico, es tal persona con concretos problemas en su familia y con conflictos personales) respetar espacios, lugares de vida y vínculos.

Las ideas, los conceptos respecto a la atención integral de la salud, de la salud mental y de los abusos en el consumo de sustancias psicoactivas y de las adicciones, tienen en la memoria de lo hecho excelentes antecedentes históricos que habrá que reconstruir con el “aggiornamento” propio a la época presente.

Las instituciones y equipos que específicamente tienen en diferentes espacios públicos y de la sociedad civil una experiencia seria en la materia, deben estar incluidos en toda reformulación o reconstrucción que se haga de lo desatendido y de lo fragmentado, para fortalecer un modelo que se inicia con políticas públicas que dan mas espacio a la SALUD y que tienden a consolidar principios como la libertad y la dignidad de las personas.

Agregaríamos un solo detalle más "Los problemas de la medicina, no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo no puede haber una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría". estas palabras fueron dicha por el Ministro de Salud Ramón Carrillo en la Cuarta Conferencia del Ciclo "Recientes Conquistas de la Sanidad Argentina", el 26 de febrero de 1952

Dr. Alicia Gillone
Mayo, 2008

⁸ Ley nacional 25.421 :Creación del Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental, 4 de abril de 2001