

ORIGINAL

La salud como derecho humano. Acotaciones sobre la posibilidad de una práctica diferenciada.

Eduardo L. Menéndez *

59 61
C. E. Psi
FORENSE
61 2

FOTOCOPIADORA
C.E.Psi
FORENSE
Folio 179 S/F
D/F 3

① Reflexionar sobre la relación Derechos Humanos y Salud constituye en un nivel aparente una tarea relativamente fácil. Dicha relación aparece como constituyendo un grave y urgente problema que no implicaría dudas tanto sobre su importancia, como respecto de la urgencia y legitimidad de esta temática.

Más aún, en un nivel más o menos inmediato cuando se piensa en Derechos Humanos referidos a la Salud, emergen una serie de problemáticas que podemos organizar provisoriamente en dos grupos. Uno el que aparece directa y evidentemente conectado con procesos determinados políticamente, es decir la tortura, las condiciones de salud y salubridad de presos políticos o de refugiados, la "asistencia" profesional durante esas actividades, etc., y otro que agruparía más o menos caóticamente toda una serie de procesos que evidencian las funciones y consecuencias de los sistemas dominantes sobre la salud, la enfermedad y la muerte de los conjuntos sociales. De hecho la dimensión política aparece como la más evidente y urgente.

①
②

rece avalada por los hechos específicos a través de los cuales se evidencia una preocupación recurrente respecto de la relación Derechos Humanos/Salud y que sumariamente pueden ser referidos a la preocupación desarrollada durante la denominada Primera Guerra Mundial por el uso de sustancias químicas; a las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial en un amplio espectro de problemas que va desde las políticas de Salud Pública nazi hasta la aplicación bélica de la energía atómica. Por otra parte la Guerra de Viet-Nam y la Guerra de Argelia, así como los procesos dictatoriales que asolaron Latinoamérica a partir de la década de los 60' conformaron los pasos más recientes de la reflexión centrada en lo político y uno de cuyos ejes fue la constante instrumentación del conocimiento científico y de las técnicas profesionales en la obtención de objetivos político militares.

Como todos sabemos el caso ejemplar de la reflexión centrada en lo político lo constituyó el proceso nacionalsocialista alemán que no sólo convirtió en razón de estado a una determinada concepción de la Salud Públi-

En gran medida esta prioridad apa-

* Antropólogo y Maestro en Salud Pública. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

59 61

ca, sino que subordinó a la práctica médica y paramédica a esa razón de estado. Sin embargo como señalábamos en un trabajo publicado en 1971 (E.L. Menéndez 1971) el proceso alemán constituía no la excepcionalidad sino la culminación provisoria de la utilización de la violencia científica en la medida que el resto de los países implicados en la Segunda Guerra Mundial en forma parcial produjeron procesos similares a los convertidos en razón de Estado por los nazis. Generalmente se olvida que numerosos médicos alemanes fueron juzgados por los aliados en calidad de criminales de guerra. Pero lo que más se suele ignorar es que varios estados norteamericanos tenían en la década del 30 leyes eugenésicas similares a las alemanas; que el modelo de campo de concentración alemán fue construido a partir de los campos creados por los británicos durante la guerra contra los boers; que durante la Segunda Guerra Mundial si bien decenas de miles de enfermos mentales fueron esterilizados o ejecutados por los alemanes en Alemania, también decenas de miles de enfermos mentales murieron por desnutrición en los hospitales psiquiátricos franceses aún en la zona "libre" de dicho país.

1.1. La dimensión política aparece entonces como la que expresa más transparentemente las relaciones entre Derechos Humanos y Salud. Ahora bien, además de este emergente político al que consideramos como el detonante de esta problemática, y que implica como luego veremos la posibilidad de proponer un cierto grado de autonomía a este problema, toda una serie de temáticas vinculadas de alguna manera a la salud, se han ido considerando como problemas de Derechos Humanos. De hecho se puede

configurar un listado casi interminable de temas que tienen que ver directa o indirectamente con los Derechos Humanos, pero que da la casualidad que en su casi totalidad han sido y son investigados, administrados, aplicados por instituciones que se hacen cargo oficialmente de dichas temáticas. De tal manera que por lo menos una parte del espacio particular que se constituiría a partir de las relaciones entre Derechos Humanos y Salud se superpone, se entrecruza con áreas de conocimiento y acción ya existentes y que en algunos casos constituyen algunas de las principales instituciones de los sistemas dominantes. Por otra parte el continuo agregado de nuevas problemáticas puede conducir a un proceso de dispersión que tienda a hacer perder eficacia y a diluir la focalización en aquellos problemas que pueden considerarse nucleares dentro de la relación Derechos Humanos y Salud.

Para ir aclarando lo que estamos planteando vamos a tratar de enumerar dentro de algún orden no demasiado arbitrario a algunas de las diferentes temáticas de salud / enfermedad organizadas en relación a los Derechos Humanos. Así un primer grupo de problemas puede ser construido a través de las situaciones y consecuencias diferenciales sobre distintos tipos de población. Pueden así enumerarse los procesos de mortalidad diferencial, de morbilidad diferencial, de acceso diferencial a servicios de atención, de calidad diferencial de los servicios médicos, de desnutrición diferencial, de salubridad diferencial, de iatrogenia diferencial, de muerte diferencial, etc. Lo diferencial puede ser pensado en términos de estrato social, de grupo étnico, de sectores ocupacionales o inclusive de países. En todos los ca-

mos encontramos que las condiciones diferenciales conducen a consecuencias negativas para la salud de una parte de los conjuntos sociales ya sea en términos de muerte, de patrones de desarrollo y maduración, de esperanza de vida, etc. La revisión de las investigaciones que utilizan algún criterio de estratificación social en los diferentes países indican que en prácticamente todos los casos es el estrato más bajo de la sociedad el cual puede coincidir con grupos étnicos y/o ocupacionales determinados el que presenta condiciones notoriamente inferiores que se traducen en una mayor mortalidad general y específica y en una menor esperanza de vida. Estas variaciones pueden ir desde tres o cuatro años hasta más de quince años en lo que respecta a esperanza de vida. (ver E.L. Menéndez y R. Di Pardo 1986). En consecuencia, y así lo plantean algunos autores dedicados por ejemplo al problema nutricional o al ocupacional, tales diferencias suponen la existencia de Derechos Humanos diferenciales que en este caso se traduce en la muerte como indicador final de dichas diferencias.

2. Junto a esta lista podríamos organizar otra que desde diferente perspectiva tendiera también a relacionar la salud con los derechos humanos. Esta lista se conformaría con las siguientes temáticas: (a) las investigaciones químicas, biológicas, médicas, psicológicas-psiquiátricas con fines de mejorar la capacidad de matar, lo que J. Henry llamó la "industria de la muerte" (ver: J. Henry 1967; también P. Watson 1982); (b) la investigación médica y psicológico-psiquiátrica con sujetos cautivos y/o necesitados; (c) la denominada "industria de la salud"; (d) la investigación química, biológica, médica, psiquiátrico-psicológica con

fines de "mejorar" la capacidad de control de los sujetos denominados "enfermos" o "desviados"; (e) la participación profesional en la tortura; (f) las investigaciones que tratan de negar la función negativa de determinadas sustancias y sus consecuencias en el consumo de masas (tabaco, alcohol, alimentos, etc.).

Todas estas temáticas evidencian tanto desde una perspectiva económico-política, como desde la dimensión profesional-académica un proceso continuo y creciente de agresión y limitación de los derechos humanos tanto a nivel general como diferencial, en la medida que las temáticas enumeradas implican en todos los casos no solo procesos diferenciales de salud/enfermedad, sino procesos que afectan a través de las prácticas profesionales las posibilidades o directamente la eliminación/negación de derechos como la libertad de elegir respecto de lo que se hace con el propio cuerpo o con el cuerpo de los hijos, de los padres o directamente de los otros seres humanos, estemos o no a cargo de ellos. Todos nosotros tenemos conocimiento de algo que de tan obvio casi no entra en nuestro espacio de reflexión; me refiero al hecho de que la mayoría de las investigaciones médicas utilizan como sujetos de investigación a poblaciones cautivas, semicautivas o necesitadas a las cuales frecuentemente no se le pide autorización para investigar sobre ellas. Estas poblaciones son generalmente prisioneros, soldados, niños y adolescentes de orfanatos y reformatorios y sobre todo pacientes de los hospitales e instituciones médicas donde asiste la población de menores recursos.

Este tipo de trabajo constituye toda una tradición mínimamente alterada y que alcanza su paradigma en las

investigaciones realizadas durante el período nazi sobre las poblaciones "cautivas". Tal vez el caso más espectacular por la negación que el gremio médico ha hecho de ello lo constituyan las notables investigaciones del equipo médico dirigido por Eppinger sobre la estructura y funciones hepáticas realizadas "in vivo" sobre población no "aria" en un laboratorio construido especialmente en Creta y que significó la muerte de cientos de sujetos humanos sanos, y que no obstante permitió significativos avances científicos. Los textos de Eppinger fueron utilizados en Facultades de Medicina de España y Latinoamérica y los mismos en gran medida dan cuenta de sus propias investigaciones. Aquí el estado apoyaba y determinaba la posibilidad de investigar en sujetos humanos sanos, legitimando que los mismos murieran en el transcurso de dichas investigaciones.

Las últimas afirmaciones nos introducen en un problema nuclear para la problemática que estamos analizando; nos referimos al "olvido" científico y social no sólo por los conjuntos sociales, sino sobre todo por los profesionales e investigadores. Ya gran parte de los médicos no saben quien fue Eppinger, aun cuando todavía en sus libros de anatomía patológica, o de semiología o de clínica interna pueden aparecer algunas referencias bibliográficas. Pero esto "en sí" es secundario, lo básico para nosotros es que el olvido o ignorancia implica de hecho legitimar el uso de un conocimiento y una teoría que desconoce y que de hecho no aparece interesada en saber quienes son los sujetos, los grupos sociales o étnicos u ocupacionales a partir de cuyos cuerpos se construye el saber y la práctica que aprenden y aplican en su proceso formativo y profesional.

2) Ahora bien a estos dos listados podríamos agregar otros y cada uno de los temas propuestos podría ser desagregado en numerosos subtemas y así aparecerían la contaminación, los tranquilizadores químicos, la iatrogenia general y particular, etc., etc. Y así prácticamente toda problemática de salud/enfermedad podría ser convertida en un problema de derechos humanos violados, amenazados, manipulados. Y es aquí donde comienza a nuestro juicio el problema, porque de hecho sabemos que en todos nuestros países los problemas de salud/enfermedad son manejados institucionalmente a través de Ministerios o Secretarías de Salud y/o Bienestar Social, a través de instituciones de formación de recursos humanos específicos, a través de instituciones de investigación, a través de organismos internacionales tipo OPS, a través inclusive de organizaciones gremiales; y que además en el caso especial de los médicos aparece sobredeterminado por la existencia de un código de ética profesional. En consecuencia serían estas instituciones las que debieran investigar, conocer, aplicar, administrar, informar sobre los problemas de mortalidad diferencial, sobre la asistencia diferencial, sobre la participación en la tortura, sobre la iatrogenia, sobre la manipulación de las investigaciones.

Debe reconocerse aun cuando ello depende de las condiciones económico-políticas e ideológicas de cada país, que las instituciones que tienen a su cargo los problemas de salud/enfermedad dan cuenta de algunos de estos problemas. Muchas dan cuenta en forma casi normalizadora, otras los señalan críticamente; otras informan señalando la información, inclusive instituciones académicas y/o profesiona-

les de algunos países pueden ser críticas respecto de toda una serie de problemas, pero no hacer referencias a otros de similar envergadura. Puede concluirse que en prácticamente todos los países las instituciones específicas no hacen referencias a determinados problemas que implican la vinculación entre salud y derechos humanos.

2.1) Planteadas las cosas así, nos hallamos ahora dentro de los parámetros que establecimos al comienzo. Prácticamente todo problema de salud/enfermedad, en la medida que opera diferencialmente y afecta la vida, el desarrollo y la muerte individual y colectiva puede transformarse en un problema de derechos humanos. Además toda una extensa gama de problemas evidencian crecientemente la posibilidad de control sobre la vida de los conjuntos sociales a partir de algún tipo de instrumentación médica o paramédica. Pero ocurre, como ya lo señalamos, que respecto de estas problemáticas existen instituciones encargadas de manejarlos en todos los niveles desde el académico hasta el político y que en el caso médico implica una especial referencia a la dimensión ética. Si esto es así, ¿cuál es el espacio particular de los derechos humanos respecto de la salud?, ¿por qué se necesita crear un espacio académico y profesional particular respecto de problemas que aparecen como inherentes a instituciones específicas? La respuesta inmediata puede ser dada en términos de diferente rango y orientación; puede hablarse de división técnica (y científica) del trabajo, de la determinación económico-política de las prácticas académicas y profesionales, de la dinámica estructurante y conservadora de las instituciones. Pe-

ro considero que si bien estos procesos pueden intervenir, los mismos no dan totalmente cuenta de la necesidad de un espacio diferenciado sobre derechos humanos y salud y que la fundamentación debe ser buscada a través de otras explicaciones.

Una primera aproximación explicativa puede partir de una doble orientación; una que trataría de discutir cuáles son las causales que conducen a que las instituciones encargadas de este tipo de problemáticas las dejen de lado, margen, desconozcan e inclusive apoyen estrategias de acción que cuestionan la vigencia de los derechos humanos respecto de la salud; y otra que trataría de enumerar algunos de los problemas que en función de la interpretación previa, aparecen constantemente marginados y a través de los cuales emerge una vinculación entre derechos humanos y salud necesaria de ser investigada, difundida y activada.

2.2) Tomemos la primera perspectiva, es decir aquella que señala que las instituciones que se ocupan potencialmente del problema, se autolimitan en la investigación, análisis, crítica, denuncia, difusión de algunos procesos que evidencian la violación de derechos humanos o que expresan situaciones graves de salud diferencial. Consideramos además la problemática en términos genéricos ya que de hecho sabemos que determinadas prácticas y procesos si bien son imposibles de ser procesadas en unos países, sí pueden ser asumidas por otros. Por encima de estas significativas diferencias, nosotros planteamos que dadas las características económico-políticas y de organización académico-profesional de las instituciones médicas; que dadas las funciones que cumplen

para los sistemas dentro de los que operan, dichas instituciones no pueden dar cuenta del conjunto de fenómenos que de una u otra manera violan los derechos humanos en salud. En nuestras investigaciones sobre el Modelo Médico Hegemónico (E.L. Menéndez 1978, 1981, 1983, 1984, 1985) creemos haber demostrado que las instituciones médicas cumplen cinco funciones básicas: curativo-preventiva, normalizadora, controladora, legitimadora y de reproducción económico-ocupacional. Generalmente los análisis de las instituciones médicas en nuestros países se hacen casi exclusivamente sobre la primera función y en segundo lugar sobre la última; pero se tiende a excluir las otras tres funciones que juntamente con éstas, son las que permiten entender las limitaciones estructurales de las instituciones médicas para asumir determinados problemas estrechamente vinculados a los derechos humanos.

Generalmente la práctica médica identifica su actividad académica y profesional exclusivamente con la función curativa y en segundo lugar con la preventiva; no entrando en su campo de identificación las otras funciones. No admite que su trabajo directo o indirectamente implica controlar sujetos, normatizar conductas, legitimar sistemas, instituciones y prácticas. Mas aún parte de estas funciones son llevadas a cabo no concientemente en la medida que son parte intrínseca, pero no evidente dentro del espacio ideológico procesado por la práctica académica y/o profesional.

La práctica académica y profesional reproduce no sólo determinadas pautas del sistema dominante, sino que tiende a asegurar la reproducción de la propia institución médica. Es esta doble reproducción la que condu-

ce a negar, obviar, marginar y olvidar el contenido de algunas de las actividades que manifiestamente afectan los derechos humanos. Cuando emergieron las primeras investigaciones sobre instituciones hospitalarias que evidenciaban la actitud y consecuencias del control burocrático sobre los pacientes, a una parte del personal médico y paramédico dichas actividades de control se les aparecieron como normales y propias del funcionamiento institucional; como también apareció como normal la atención diferencial institucional (para esta "percepción" pueden consultarse numerosos trabajos; sólo citaré dos estudios para recordar la relativa antigüedad de las investigaciones sobre el tema: D. Sudnow, 1971; Duff y Hollingshead, 1968).

Es debido a la institucionalización de la práctica médica y al cumplimiento de las funciones señaladas que dicha práctica presenta limitaciones que afectan de diferente manera los derechos humanos en salud/enfermedad. Como sabemos los conjuntos sociales tienen derecho a saber y los profesionales en salud debieran tener la obligación de enseñar, ya que por otra parte este es uno de los requisitos implícitos en la perspectiva preventivista. Pero este mutuo proceso de aprendizaje no se realiza o sólo se realiza parcialmente dada las limitaciones estructurales impuestas por el cumplimiento de las funciones señaladas.

Para dar un ejemplo que tal vez explicito lo que estamos señalando: Hace ya algunos años participamos en una investigación sobre enfermedad laboral en dos minas del noroeste de Argentina. En mi país para esas fechas ningún minero había accedido a la jubilación completa o porque había

muerto o porque debió retirarse del trabajo por razones de enfermedad. Durante esta investigación descubrimos lo obvio, y que en gran medida ha servido de guía metodológica para mis ulteriores trabajos. La principal enfermedad de la cual morían o enfermaban los trabajadores suponía una causa básica que los profesionales médicos y paramédicos conocían, pero la cual no intervenía en el proceso de diagnóstico y sobre todo de tratamiento, ya que si la misma fuera tomada en cuenta hubiera conducido desde una perspectiva médica preventivista a proponer la modificación del proceso productivo. La práctica médica y paramédica no suele informar al paciente sobre las condiciones estructurales de la enfermedad. Al paciente cuando se le informa se lo hace en términos de sujeto aislado y no como parte de un sistema que es el que sobredetermina la enfermedad. Opera en esta relación lo que se ha dado en llamar "la criminalización de la víctima".

La negación a enseñar o a explicitar las causas básicas de los procesos de enfermedad llega a adquirir un carácter paradójico en el caso de la asistencia a la tortura donde el profesional, el torturador y el torturado suelen saber las causas de lo que está ocurriendo, pero ello no evita sino que fundamenta la actividad de tortura y de control sobre los efectos de la misma. Esta situación constituye el límite de un proceso global en el cual se incluye y cuya posibilidad esta dada por supuesto por los sujetos, pero sobre todo por la determinación de los sistemas dominantes. Nuevamente es el proceso nacionalsocialista alemán el que evidencia las posibilidades últimas (?) de este proceso global. Prácticamente la totalidad de los mé-

dicos alemanes juraron fidelidad al sistema y como cuerpo colegiado no cuestionaron en ningún momento los criterios de salud pública impuestos a la población y que implicaron entre otras medidas sanitarias la esterilización y/o ejecución masiva de personas consideradas como enfermas y/o como "degeneradas".

3. Ahora podemos acceder al último punto planteado; es decir a la posibilidad de discriminar aquellas áreas problemáticas que implican por una parte una mayor relación con la violación o manipulación de los derechos humanos y por otra una mayor negación, exclusión u ocultamiento por parte de las instituciones específicas. De nuestro análisis se desprende una posible jerarquización de problemas en función de la significación política de los mismos, de las limitaciones estructurales institucionales y de las condiciones de salud diferencial que los mismos evidencian.

Los problemas a focalizar serían: a) aquellos que expresan procesos de estigmatización, sufrimiento, exterminio, etc. por consideraciones de tipo político inmediato; b) las condiciones de salud diferencial, sobre todo referidas a los sectores sociales que evidencian las mayores consecuencias en su esperanza de vida, sufrimiento, estigmatización; c) las condiciones en que operan las prácticas profesionales involucradas, que dan lugar a los tipos de participación en los procesos tanto de tipo a) como b); d) las condiciones de los conjuntos sociales referidas a su propia consideración y práctica respecto de las relaciones entre salud y derechos humanos.

Ahora no podemos entrar a analizar cada uno de los apartados enumerados, ya que esto implicaría en gran medida

el análisis de situaciones particulares, pero si nos demoraremos un tanto en el último ítem, dada las implicaciones que el mismo tiene para nosotros.

Respecto de estas áreas problemáticas se pueden plantear en principio dos tipos de actividades básicas: a) difusión y b) investigación. Desde la perspectiva de los derechos humanos debe generarse una continua labor de información y difusión basada inicialmente en la información ya existente, y solo donde no existe información básica pasar a tareas de investigación. La tarea de informar; de organizar la información a través de una interpretación diferenciada, de asegurar la difusión de información sobre la existencia de procesos de salud diferencial, de iatrogenia y control, de violación organizada de los derechos a la salud se convierte en una tarea prioritaria dadas las limitaciones ya analizadas de las instituciones específicas y los procesos político-sociales que inhiben el desarrollo de este tipo de actividades.

Es en función de esto último que consideramos fundamental el trabajo de difusión que implique la incorpora-

ción activa de los conjuntos sociales a la defensa de los derechos sobre la salud. La población debe informarse no sólo de las situaciones a las que son sometidos los presos políticos desde la perspectiva de la salud, sino que debe informarse sobre los procesos que afectan diferencialmente la salud de los conjuntos sociales estratificados. Debe saber técnica y políticamente como señala un notable trabajo británico no sólo qué, sino por qué "los pobres pagan más y se mueren antes. De ahí que a las acciones que relacionen derechos humanos y salud deben ser incorporados en un mismo pie de igualdad con los profesionales médicos y paramédicos y de otras especialidades, los representantes de los conjuntos sociales sobre los cuales se ejerce la violación de sus derechos a la salud. La necesidad de esta participación radica tanto en la evitación de la medicalización de problemas que van más allá del fenómeno médico, como en la posibilidad de que los conjuntos sociales asuman incidir activamente en los derechos que sobre la enfermedad y la estigmatización les pertenecen.

BIBLIOGRAFIA

- DUFF, R. Y A.B. HOLLINGSHEAD, 1968, *Sickness and Society*, Harper & Row, New York.
- HENRY, J., 1967, *La cultura contra el hombre*, Siglo XXI, México.
- MENENDEZ, E.L., 1971, *Racismo y violencia científica*, CEDAL, Buenos Aires.
- MENENDEZ, E.L., 1978, "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en: F. Basaglia y otros: *La salud de los trabajadores*, Editorial Nueva Imagen: 11-33.
- MENENDEZ, E.L., 1981, *Poder, estratificación y salud*, Ediciones de la Casa Chata, México.
- MENENDEZ, E.L., 1983, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión en salud)*, Cuaderno de la Casa Chata Nº 86, México.
- MENENDEZ, E.L., 1984, "Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos" en: *Nueva Antropología*, vol. VI, Nº 23:71-102.
- MENENDEZ, E.L. y R. DI PARDO, 1986, "El concepto de clase social en la investigación de la problemática salud/enfermedad", en: *Papeles de la Casa Chata* 1:53-62, México.
- SUDNOW, D., 1971, *La organización social de la muerte*, Edit. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires 1971 (original 1967).
- WATSON, P., 1982, *Guerra, persona y destrucción. Usos militares de la psiquiatría y la psicología*, Edit. Nueva Imagen, México.
- WILLIAMS, F. (Edit.), 1977, *Why the Poor Pay More*, National Consumer Council, London.