

El derecho a la salud bucal en la *Declaración de Liverpool*

Gabriela Rueda Martínez¹, Aline Albuquerque²

Resumen

Con base en el análisis de prácticas discursivas, este artículo pretende esbozar la relación entre el derecho a la salud bucal y el derecho a la salud, en la *Declaración de Liverpool*, la cual establece áreas de trabajo en salud bucal que deberán ser fortalecidas por los Estados hasta el año 2020. La revisión de dicho documento permitió verificar la incorporación de los preceptos del referencial teórico-normativo del derecho a la salud, tratado minuciosamente por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La *Declaración de Liverpool* no confluye completamente con los preceptos del referencial mencionado, a pesar de que expresa a la salud bucal como un derecho humano en su preámbulo. Considerando que la Declaración establece deberes dirigidos a los Estados, sería importante que hubiese sido anclada a ese referencial, pues tal medida le conferiría fundamento ético-jurídico más consistente, además de contribuir a la consolidación del reconocimiento global de que el derecho a la salud bucal es un derecho humano.

Palabras clave: Bioética. Derechos humanos. Salud bucal. Servicios de salud dental.

Resumo

O direito à saúde bucal na *Declaração de Liverpool*

Baseado na análise de práticas discursivas, este artigo visa esboçar o liame entre direito à saúde bucal e direito à saúde na *Declaração de Liverpool*, que estabelece áreas de trabalho em saúde bucal que deverão ser fortalecidas pelos Estados até 2020. O exame desse documento permitiu verificar a incorporação dos preceitos do referencial teórico-normativo do direito à saúde, esmiuçado pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. A *Declaração de Liverpool* não comunga completamente com os preceitos do mencionado referencial, apesar de expressar a saúde bucal como direito humano em seu preâmbulo. Considerando que a Declaração assenta deveres dirigidos aos Estados, seria importante que tivesse sido ancorada nesse referencial, pois essa medida lhe conferiria fundamento ético-jurídico mais consistente, além de contribuir para consolidar o reconhecimento global de que o direito à saúde bucal é direito humano.

Palavras-chave: Bioética. Direitos humanos. Saúde bucal. Serviços de saúde bucal.

Abstract

The right to oral health in the *Liverpool Declaration*

Based on the analysis of discursive practices, this article aims to outline the link between the right to oral health and the right to health contained in the *Liverpool Declaration*. An examination of this document identified the incorporation of the precepts of the normative-theoretical framework of the right to health, as set out by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights. The *Liverpool Declaration* does not agree completely with the precepts of the aforementioned reference, although it expresses oral health as a human right in its preamble. Considering that the *Liverpool Declaration* focuses on the obligations of states, it is important that it is based on this normative-theoretical framework. Such measure would confer a more consistent ethical and legal basis, as well as contributing to the consolidation of global recognition of the fact that the right to oral health is a human right.

Keywords: Bioethics. Human rights. Oral health. Dental health services.

1. **Doutoranda** gruedamartinez@gmail.com – Universidade de Brasília (UnB) 2. **PhD** alineoliveira@hotmail.com – UnB, Brasília/DF, Brasil.

Correspondência

Gabriela Rueda Martínez – Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro. Programa de Pós-Graduação em Bioética. Caixa Postal 04451 CEP 70910-900. Brasília/DF, Brasil.

Declaram não haver conflito de interesse.

La persistencia de iniquidades sociales se refleja en el estatus de la salud bucal, la cual presenta diferencias en relación con la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los cuidados odontológicos de los individuos¹. Para Evans², las desigualdades en el acceso a este tipo de cuidados han impulsado el debate global, puesto que se manifiestan en varios países y grupos sociales, lo cual afecta directamente la calidad de vida de la población. Dado esto, los factores socioeconómicos influyen en el estatus clínico dental y en la calidad de vida de las personas, especialmente en adolescentes¹ y adultos mayores³.

Esa problemática está asociada al presupuesto de los sistemas de salud, pues la provisión de cuidados bucales se ve dificultada por la baja disponibilidad presupuestaria para este tipo de servicio⁴. Se debe reconocer que los desafíos de los servicios públicos de salud bucal involucran tanto al Estado como a la destinación de recursos, lo cual debe ser coherente con sus compromisos nacionales e internacionales. La reflexión sobre documentos internacionales que controlan el derecho a la salud bucal para superar iniquidades en ese campo en una herramienta para entender la forma en que los órganos internacionales orientan a los Estados a garantizar dicho derecho.

Por otro lado, es necesario destacar que la salud bucal, como un componente de la salud general, ya se estableció en la resolución promulgada por la Asamblea Mundial de la Salud⁵, por lo tanto, la salud bucal, de forma similar a la salud general, no solo está asociada a cuidados, sino que también, e intrínsecamente, a determinantes sociales de la salud.

Se infiere, por consiguiente, que el derecho a la salud bucal también incorpora los cuatro elementos del derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad), además de las obligaciones estatales y determinantes sociales explicitados en la Observación General CDESC 14⁶. Elaborado en 2000

por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de las Naciones Unidas, dicho documento tiene como objetivo delimitar el contenido del derecho a la salud previsto en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc)⁷. Cabe registrar que la Observación General CDESC 14/2000 se reconoce como base para la comprensión del contenido del artículo 12⁸.

Debido a esto, bajo la perspectiva del derecho a la salud, fundamentada en la Observación General CDESC 14/2000, el objetivo de este artículo es analizar la unión entre el derecho a la salud bucal y el derecho a la salud, por medio del estudio de la Declaración de Liverpool⁹. Promulgada en 2005, la Declaración fue elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Asociación Internacional para la Investigación Dental (IADR), la Asociación Europea para la Salud Pública Dental (EADPH) y la Asociación Británica para el Estudio de la Odontología Comunitaria (BASCD). Este análisis permitió verificar si se incorporaron los preceptos del referencial teórico-normativo del derecho a la salud establecidos en la Observación General CDESC 14/2000.

Recorrido metodológico

Este artículo se encuentra estructurado en tres partes (Cuadro 1). La primera presenta fundamentación del referencial del derecho humano a la salud en base a la Observación General CDESC 14/2000, la segunda trata el contenido de la Declaración de Liverpool y la tercera presenta un ejercicio analítico de comparación sistemática entre los dos documentos. El método empleado, en esa última parte, fue el análisis de prácticas discursivas propuesto por Spink¹⁰, aplicado a un documento público.

Cuadro 1. Estructuración ilustrativa del artículo: ítems desarrollados

| | |
|--|--|
| Fundamentación del referencial teórico-normativo del derecho humano a la salud | Exposición del contenido de ese derecho, la cual involucra determinantes sociales de la salud, descripción de sus elementos y, por último, presentación de las obligaciones de los Estados Parte. |
| Contenido de la Declaración de Liverpool | Presentación de las acepciones de ese documento y de las nueve áreas de trabajo propuestas. |
| Examen analítico del contenido de la Declaración de Liverpool | Método de análisis de prácticas discursivas de Spink ¹⁰ Lectura profunda de la Declaración de Liverpool y breve presentación de su contenido Elaboración de mapas conceptuales, que son instrumentos para visualizar repertorios lingüísticos, los cuales se definen como conceptos, vocablos y figuras del lenguaje que delimitan la construcción de los sentidos. Conformación de categorías de análisis relacionadas al referencial del derecho humano a la salud Inferencias y comentarios sobre esos mapas |

Según Spink¹⁰, las prácticas discursivas tienen como elementos repertorios lingüísticos que se definen como figuras del lenguaje orientadas a la construcción de sentidos. El levantamiento de los repertorios lingüísticos de la Declaración de Liverpool se realizó mediante la elaboración de mapas conceptuales que inducen la conformación de categorías generales relacionadas con el referencial teórico.

Esas clasificaciones engloban el contenido del derecho humano a la salud, incluyendo determinantes sociales, elementos de ese derecho y obligaciones estatales. Los mapas construidos son fragmentos asociados a la interconexión entre el derecho a la salud bucal y el derecho a la salud. El paso siguiente consistió en la elaboración de comentarios e inferencias sobre los mapas, los cuales aportan sentido a dicha relación.

Referencial teórico-normativo del derecho a la salud

Definición del derecho humano a la salud

Conforme a la Observación General CDESC 14/2000, el derecho a la salud se define como un derecho a instalaciones, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el estándar más alto de salud física y mental. En otras palabras, la comprensión de tal derecho no se restringe a los cuidados de la salud, sino que involucra el derecho a los determinantes sociales que afectan directamente el proceso de salud y enfermedad. De esa forma, se enfatiza el derecho a la salud como un derecho inclusivo, el cual incorpora el derecho a factores sociales subyacentes, como la nutrición, la vivienda, el acceso al agua potable, seguridad, condiciones sanitarias adecuadas y, por último, condiciones de trabajo y ambiente saludables⁶.

En ese documento, se entiende a los determinantes sociales como las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen y estos, a su vez, determinan la carga de enfermedades. Bajo esa perspectiva, se refieren a los determinantes políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales que afectan la salud¹¹. Cabe aclarar que la noción del derecho a la salud, según el CDESC contempla condiciones biológicas, socioeconómicas y la disponibilidad de recursos de los Estados. No obstante, el control de la salud de las personas no recae únicamente sobre el ente estatal, pues hay diversos aspectos que interfieren, como los factores genéticos, la susceptibilidad individual a las

enfermedades y la adopción de estilos de vida no saludables que influyen en la salud de la persona⁶.

El derecho a la salud se definió como dependiente del ejercicio de otros derechos humanos y es, al mismo tiempo, indispensable para el ejercicio de estos. De ese modo, se interconectan varios derechos, como el derecho al acceso a servicios de salud, los cuales deberán proveer oportunidades equitativas para que las personas disfruten el más alto nivel de salud que se pueda alcanzar. Además, también están involucrados, entre otros, el derecho a dirigir su propio cuerpo y salud, es decir, la autodeterminación en la toma de decisiones sobre la vida sexual reproductiva y el derecho a ser libre de interferencias, tanto en el campo clínico como en el campo de la investigación biomédica⁶.

Elementos del derecho a la salud

El CDESC postuló cuatro elementos interrelacionados y esenciales del derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) que se desarrollarán a continuación⁶. La disponibilidad se entiende como la oferta de una cantidad suficiente de instalaciones, bienes y servicios, lo cual incluye personales médicos y profesionales de la salud⁶. También incluye determinantes subyacentes, como la disponibilidad de agua potable.

La accesibilidad implica que todas las personas puedan beneficiarse de instalaciones, bienes y servicios. Para ello, la accesibilidad debe abarcar cuatro dimensiones: no discriminación; accesibilidad física, colocando a disposición construcciones apropiadas para el desplazamiento de personas con necesidades especiales; accesibilidad económica y accesibilidad a la información, lo cual engloba el derecho a buscar, recibir y divulgar informaciones e ideas relacionadas a temas de salud⁶.

La aceptabilidad se entiende como el elemento del derecho a la salud que se interconecta directamente a la ética, como lo que se establece en su definición: los servicios de salud deben respetar la ética médica, así también como las especificidades culturales. Las instalaciones, bienes y servicios deben considerar la perspectiva de género y los requerimientos de las diferentes etapas del ciclo de vida, así como respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas a quienes se dirige⁶. Finalmente, la calidad consiste en la adecuación de las instalaciones, bienes y servicios sobre el punto de vista científico y médico. Esa definición implica la capacitación adecuada de profesionales de la salud y equipos hospitalarios, uso de medicamentos

científicamente aprobados y condiciones sanitarias apropiadas y seguras⁶.

Obligaciones de los Estados Parte sobre el derecho a la salud

La Observación General CDESC 14/2000 enfatiza las obligaciones estatales clasificadas en generales, específicas, internacionales y esenciales⁶.

Obligaciones generales

En este tipo de deberes se explicita la realización progresiva del derecho a la salud. Es decir, la legislación en derechos humanos reconoce el hecho de que la efectividad inmediata de este tipo de derecho no siempre es posible, especialmente en países de bajos ingresos. En ese sentido, a los Estados se les imponen obligaciones de carácter inmediato, como garantizar que el derecho a la salud se ejerza sin discriminación alguna y el deber de iniciar gestiones concretas orientadas a la completa protección y realización del artículo 12 del PIDESC⁶.

Obligaciones específicas

Cabe destacar que el derecho a la salud, como todos los derechos humanos, impone tres tipos de obligaciones: respetar, proteger y realizar. El respeto, en el campo del derecho a la salud, se refiere a la obligación de los Estados de no perjudicar directa o indirectamente el gozo del derecho. Esto abarca, por ejemplo, evitar la imposición de restricciones a la accesibilidad a los servicios, bienes e instalaciones de salud, los cuales se deben proveer de forma igualitaria a todos, incluyendo a detenidos, minorías e inmigrantes ilegales. Además, se abstienen de imponer prácticas, tratamientos y políticas discriminatorias relacionadas a la salud de dichos grupos⁶.

La obligación de proteger exige mecanismos que impidan que terceros o instancias privadas violen el derecho a la salud. , por lo tanto, es imperativa la promulgación de leyes y reglamentos que supervisen la privatización de los servicios de salud de modo que no se vuelvan indisponibles o inaccesibles. Se destaca que el deber de proteger hace indispensable el control estatal sobre la comercialización de medicamentos por parte de terceros. También requiere que los profesionales de la salud dispongan de estándares apropiados de educación que garanticen sus habilidades y el cumplimiento de los códigos de ética profesionales⁶.

Finalmente, el deber de realizar se refiere a la promulgación de normativas y medidas administrativas, presupuestarias y judiciales que busquen efectuar el derecho a la salud. En ese ámbito, la realización comprende acciones dirigidas a facilitar, proporcionar y promover ese derecho. Se entiende que la obligación de facilitar incluye la creación e implementación de medidas que les permitan a los individuos y comunidades gozar del derecho a la salud.

El deber de proporcionar considera casos en los cuales las personas o grupos son incapaces de alcanzar, por sí mismos, la satisfacción del derecho a la salud. Por último, la obligación de promover comprende la ejecución de acciones para crear, mantener y restaurar la salud de la población. Un ejemplo de esa obligación es la adopción de políticas nacionales de salud que garanticen la provisión de los cuidados de salud y el acceso equitativo a determinantes, como el agua potable, la nutrición y las condiciones sanitarias adecuadas⁶.

Obligaciones internacionales

El respeto al derecho a la salud implica el reconocimiento de la cooperación internacional, es decir, los Estados y la comunidad internacional tienen responsabilidad en la asistencia humanitaria a refugiados. Adicionalmente, la cooperación internacional involucra la adopción de medidas preventivas con el objetivo de evitar que terceros violen ese derecho en otros países⁶.

Obligaciones esenciales

Consisten en deberes imprescindibles para alcanzar el nivel mínimo aceptable de salud y, por lo tanto, condiciones de vida dignas. Ese tipo de obligación no debe depender de los recursos financieros de los Estados⁶. Las obligaciones esenciales son instrumentos insustituibles para orientar el debate sobre el destino de recursos escasos, servicios e instalaciones que el Estado debería priorizar para garantizar el derecho a la salud de forma inmediata. Frente a esa normatividad es posible constatar aproximaciones a principios bioéticos establecidos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH)¹², entendida como un instrumento internacional sobre bioética que respalda el vínculo de ese campo del conocimiento con los derechos humanos.

Se observa el valor de ese documento, proclamado en la 33ª sesión de la Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, en 2005, desde

su preámbulo. Es importante resaltar dos aspectos. Se reconoce que la salud depende de la integración de múltiples factores, como resultados de los desarrollos científicos y tecnológicos y factores psicosociales y culturales. El segundo aspecto es el reconocimiento del impacto de las interrogantes éticas en la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías asociadas en diferentes niveles que engloban desde el individuo hasta la humanidad como un todo¹².

A partir de esas premisas se adopta la concepción de la bioética asentada en el universalismo del referencial de los derechos humanos. De esa forma, se debe invocar la consideración de la salud integral, consonante con la visión ampliada de la bioética, la cual se preocupa principalmente de las necesidades específicas de las poblaciones vulnerables, dado que la interpretación de los principios éticos es inherente a los derechos humanos. Al considerar las interfaces entre bioética y derechos humanos acogidos en la DUBDH, es importante destacar algunos puntos de convergencia entre esas áreas del saber que ineludiblemente relacionan el derecho con la salud.

La dignidad humana es el fundamento axiológico central tanto de la bioética como de los derechos humanos¹³. Los derechos humanos son de naturaleza ética, justificada en su base en principios morales. Ese carácter ético de los derechos humanos se materializa en la acogida de la dignidad en la DUBDH, en su artículo 3º, el cual anuncia el deber de respetar ese valor en conjunto con los derechos humanos y las libertades fundamentales. También se refiere a la dignidad en el párrafo 1º de la Observación General CDESC 14/2000: *todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*⁶.

La inserción de ese valor en tales directrices se justifica por su asociación con la salud de la persona. En otras palabras, el hecho de vivir dignamente está presentado en la garantía de la disponibilidad de bienes, instalaciones y servicios de salud de calidad, ética y culturalmente aceptables. Otro punto de convergencia entre bioética y derechos humanos que incumbe al derecho a la salud es la alusión a bienes éticos, definidos como aspectos concretos del bienestar de los seres humanos vinculados a la vida y a las condiciones que la hacen digna y cuyo alcance está determinado por la cooperación entre las personas¹⁴.

La bioética está configurada por esos bienes a ser preservados y efectuados, los cuales disponen de un carácter inviolable y proporcionan vida digna. En virtud de esas afirmaciones, tanto la bioética como los derechos humanos tienen como objetivo la protección de bienes éticos. La salud es un

bien ético no instrumental, propósito esencial de la acción humana, indispensable para sobrevivir y vivir dignamente¹⁴. La alusión a los bienes éticos se manifiesta en la DUBDH por principios éticos aclamados en su contenido, especialmente en el artículo 14, el cual trata sobre la responsabilidad social y la salud, caracterizando la salud como un *bien social y humano*¹⁵.

Declaración de Liverpool: constitución y contenido

La Declaración de Liverpool fue aclamada en el 8º Congreso Mundial de Odontología Preventiva, organizado por la OMS en conjunto con la IADR, la EADPH y la BASCD. En ese evento, participaron 43 países con el fin de enfatizar la prevención de enfermedades bucales en niños y adultos a nivel mundial⁹. La IADR es la máxima instancia mundial que estimula la investigación odontológica en todas sus especialidades¹⁶. La EADPH es una asociación independiente dirigida a profesionales interesados en la salud pública dental y organiza encuentros e intercambio de información entre gestores y profesionales de la odontología¹⁷.

Por su parte, la BASCD es la responsable de coordinar ensayos clínicos realizados en Reino Unido sobre salud dental de niños y tiene como objetivo discutir sus resultados y delimitar estándares de calidad en el Programa de Epidemiología Dental de la región¹⁸. La OMS es un organismo internacional cuya meta es garantizar un futuro más saludable para las personas en todo el mundo. Este organismo trabaja en conjunto con gobiernos y otros socios para asegurar el nivel más alto posible de salud para todos¹⁹. La IADR, la EADPH y la BASCD son organizaciones que impulsan las investigaciones odontológicas en el ámbito mundial y regional, orientadas a perfeccionar la prevención y los tratamientos de las enfermedades dentales y orales. Además, esas son instancias que facilitan la cooperación científica entre investigadores y profesionales, razón suficiente para acoger sus publicaciones relacionadas al derecho a la salud bucal.

La selección de la Declaración de Liverpool se justifica por ser el único documento adoptado por la OMS y por organismos de investigación odontológica mundiales que reconoce la salud bucal como un derecho humano. Aunque reconozca el vínculo intrínseco entre salud bucal, salud general y calidad de vida, la Resolución WHA 60.17, de la Asamblea Mundial de la Salud, titulada "Salud bucal: plan de acción para la promoción y la prevención integrada a la morbilidad"⁵, no declara explícitamente tal derecho.

Cabe destacar que esa directriz estimula a los Estados Miembros a adoptar e implementar estrategias que busquen optimizar los servicios odontológicos, prevenir enfermedades bucales e integrar la salud bucal a las políticas de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y a las políticas de salud materna e infantil.

La *Liverpool Declaration: promoting oral health in the 21st century* (Declaración de Liverpool: promoción de la salud oral en el siglo XXI)⁹ consiste en un llamado a la acción en nueve áreas prioritarias del trabajo de la salud bucal, las cuales deber ser fortalecidas por los países hasta 2020. Los signatarios de esta Declaración firmaron el compromiso de apoyar acciones emprendidas por autoridades nacionales e internacionales, instituciones de investigación, organizaciones no gubernamentales y sociedad civil para promover la salud y prevenir enfermedades bucales. La Declaración apoya iniciativas de la OMS como el Programa Mundial de Salud Bucal, el cual tiene como objetivo coordinar y apoyar el hecho de compartir experiencias entre países en lo que respecta a la promoción y prevención de la salud bucal⁹.

La Declaración de Liverpool⁹ determina la mejora de nueve aspectos de la gestión de la salud en sus Estados Parte. Se le debe asegurar a la población el acceso a agua limpia, condiciones sanitarias adecuadas y nutrición saludable y garantizar programas de fluoración económicamente accesibles para la prevención de caries. Además, los países deben adoptar programas de promoción de la salud y de estilos de vida saludables, con el objetivo de reducir factores de riesgo modificables compartidos entre salud bucal y salud general, considerar escuelas como plataforma para promover la salud, calidad de vida y prevenir enfermedades en niños y jóvenes.

Por otro lado, es obligación del Estado asegurar el acceso a cuidados primarios de salud bucal, enfatizando la promoción y prevención de la salud; fortalecer la promoción de la salud bucal de adultos mayores, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y formular políticas sobre salud bucal como parte integral de los programas nacionales de salud.

Comprende también apoyo estatal a la investigación en la salud pública y, por último, establece sistemas de información de salud que evalúen la salud bucal y la ejecución de programas en base a la evidencia científica, dirigidos a la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y divulgación internacional de los resultados de las investigaciones⁹.

Ejercicio analítico documental

Derecho a la salud bucal y deberes estatales

En base a lo expuesto, los Estados son responsables, a la luz de los derechos humanos, de asegurar el derecho a la salud bucal⁹, como preconiza la Observación General CDESC 14/2000 al referirse a las obligaciones estatales generales, específicas, internacionales y esenciales⁶. La Declaración endosa en su preámbulo que la salud bucal es un *derecho humano básico*⁹ y, por lo tanto, manifiesta la noción ampliada de la salud bucal que configura un elemento a ser alcanzado en el disfrute del más alto nivel posible de salud.

Se observa que, a pesar de la referencia al derecho a la salud bucal, la Declaración examinada no desarrolla una definición o contenido específico sobre ese derecho, lo que puede llevar a obstáculos para implementarlo y monitorear su cumplimiento por parte de la OMS. Es imprescindible desmenuzar las obligaciones estatales en el contexto de la salud bucal y la forma en que los elementos del derecho a la salud se expresan en el contexto de los servicios, bienes e instalaciones odontológicas, con el fin de orientar a los actores involucrados en la materialización y en la aplicación concreta de dicho derecho.

Se constató que la única área de acción asentada en la Declaración de Liverpool que no se refiere directamente al ente estatal establece que *la escuela debe ser utilizada como una plataforma para la promoción de la salud, de la calidad de vida y la prevención de la enfermedad en niños y jóvenes, involucrando familias y comunidades*²⁰. Incluso así, el deber de utilizar escuelas para alcanzar objetivos específicos de salud bucal inevitablemente incorpora la adopción de estrategias por parte del ente estatal, convergiendo específicamente para la obligación de realizar el derecho a la salud. Por consiguiente, se interpreta que esa estrategia también encierra al Estado como principal responsable.

De esta forma, se constata la comprensión en la Declaración de Liverpool de fortalecer el papel de la educación con el fin de cumplir el derecho a la salud bucal. La realización del mencionado derecho también se identificó en el contenido de la tercera y séptima áreas de acción propuestas, transcritas a seguir: *Los países deben proporcionar programas en base a evidencia para la promoción de estilos de vida saludables y la reducción de factores de riesgo comunes para enfermedades orales y generales crónicas. (...) Los países deben formular políticas de salud bucal como parte integral de los programas nacionales de salud*²¹.

Por lo tanto, queda claro el llamado de la Declaración de Liverpool para que los Estados implementen programas de prevención de enfermedades bucales y crónicas. Además, convoca la inclusión de políticas de salud bucal en los programas de salud general, dado que se concibe como un componente imprescindible para tener calidad de vida y bienestar. Se destaca que otras prescripciones de la Declaración de Liverpool que realizan la realización del derecho a la salud bucal se presentan en sus dos últimos enunciados, los cuales enfatizan:

Los países deben apoyar la investigación en la salud pública y específicamente considerar la recomendación de la OMS, la cual sugiere la aplicación del 10% del total del presupuesto de los programas de promoción de la salud en su evaluación;

*Los países deben establecer sistemas de información que evalúen la salud bucal a partir del desarrollo de evidencia en torno a la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, por medio de investigaciones cuyos resultados deber divulgarse internacionalmente*²².

Las prescripciones establecidas en la Declaración se adaptan a la realización del derecho a la salud bucal, particularmente con acciones sobre promoción, puesto que aluden a la ejecución de acciones estatales para instituir, mantener y restaurar la salud bucodental de la población. De acuerdo con la Observación General CDESC 14/2000⁶, la promoción del derecho a la salud también considera el deber de garantizar que los servicios de salud sean culturalmente apropiados. También considera la cualificación adecuada de los profesionales para responder a las necesidades específicas de grupos marginados, al orientarlos a tomar decisiones informadas sobre su salud⁶.

Vale la pena destacar que las obligaciones de respetar y proteger ese derecho no se constataron en las áreas de acción establecidas en la Declaración de Liverpool, las cuales realzan prioritariamente el cumplimiento del derecho a la salud bucal. El documento no presenta enunciados que apunten al deber estatal de no perjudicar directa o indirectamente el disfrute del derecho a la salud bucal. De la misma manera, no se estableció el deber de poner en práctica estrategias que impidan que terceros violen dicho derecho. En relación con las obligaciones esenciales delimitadas en la Declaración, las cuales implican su realización inmediata, es importante señalar la primera área de acción, que determina que *los países deben asegurarle a la población el acceso al agua potable,*

*condiciones apropiadas de sanidad, una dieta saludable y una buena nutrición*²³.

Se constata que la alusión a dichos deberes confluye con condiciones dignas de existencia. Sin embargo, en el documento no se encontraron referencias a otros deberes esenciales, como la garantía del derecho al acceso a bienes, instalaciones y servicios de salud bucodental sin discriminación, la vigilancia de su distribución equitativa y la obligación de proporcionar medicamentos de acuerdo con lo dispuesto por la OMS.

Según este organismo, la lista de los medicamentos esenciales incluye diversos fármacos utilizados en el tratamiento de problemas de salud prioritarios para la población. Su selección se basa en la prevalencia de enfermedades, seguridad, eficacia y comparación entre el costo y la eficacia²⁴.

Se destaca que algunos medicamentos como anestésicos locales, sedantes preoperatorios, desinfectantes/antisépticos, analgésicos, antibióticos, antiherpéticos y antihongos utilizados en la odontología están en la lista modelo de medicamentos esenciales adoptada por ese organismo en 2007²⁵, por lo tanto, se justifica el desarrollo de este tópico en la Declaración de Liverpool.

Derecho a la salud bucal y sus determinantes sociales

El contenido de la Declaración de Liverpool expresa los determinantes sociales en su primera área de trabajo, como se explica en el ítem anterior. De esa forma, se observa que la mención puntual de esos determinantes manifiesta confluencia entre el derecho a la salud bucal y el derecho a la salud. Sin embargo, la Declaración no remite a otros determinantes sociales de enfermedades bucales. Por ejemplo, el salario bajo del paciente y su familia está fuertemente asociado a la aparición de caries y a otras enfermedades bucales, dado que las carencias económicas influyen de forma negativa en la calidad de la alimentación y en el acceso a servicios, bienes e instalaciones odontológicas.

Por otro lado, se destaca que una situación económica desfavorable también influye en la adopción de comportamientos negativos para una salud bucal adecuada, como tabaquismo y mala alimentación²⁶. En relación con el agua potable, es importante destacar la fluoración, establecida en la Declaración de Liverpool en la segunda área de trabajo: *los países deben asegurar programas de fluoración apropiados y económicamente accesibles para la prevención de caries*²⁷. El flúor es el mecanismo más efectivo para

prevenir las caries dentales y la exposición permanente a este disminuye los niveles de deterioro de los dientes, tanto en niños como en adultos.

Por eso, los programas de salud pública deben implementar medios apropiados para mantener el nivel de ese elemento en la cavidad bucal, considerando que el flúor puede obtenerse en fuentes de agua de abastecimiento público, sal, leche, enjuagues y pasta de dientes y, también, por medio de la aplicación profesional²⁸. Sin embargo, se reconoce que la proporción del flúor bajo o sobre la concentración entre 0,6 y 0,8 mg/L es inaceptable para la prevención de la carie y de la fluorosis²⁸. La fluorosis es la condición producida por el efecto tóxico del flúor y genera defectos de mineralización del esmalte en la dentición permanente. En ese sentido, la Declaración no llama la atención de gestores de la salud bucal ni de Estados sobre la importancia del control riguroso y permanente de la fluoración de las aguas de abastecimiento público, con el fin de no exceder el límite de la concentración de este elemento químico. Se limita a la mención simple de la obligación de garantizar esos programas.

Derecho a la salud bucal y sus elementos

En virtud de la relación entre derecho a la salud bucal y derecho a la salud, manifestada en la Declaración de Liverpool, se evaluó la alusión a cada elemento. El primero de ellos, la accesibilidad, se menciona en el área de trabajo sobre agua limpia y nutrición adecuada y en la quinta área, la cual afirma que *los países deben asegurar el acceso a los cuidados primarios de la salud bucal con énfasis en la prevención y en la promoción de la salud*²⁹. El enunciado sobre programas de fluoración, ya referido en este texto, destaca la dimensión económica de la accesibilidad, puesto que afirma el deber del Estado de garantizar que esos programas sean económicamente accesibles.

Por su parte, la accesibilidad a la información se trató en la última prescripción de la Declaración, al referirse al apoyo estatal en la divulgación internacional de los resultados de investigaciones sobre salud bucodental⁹. Sin embargo, se constató que otras dimensiones que constituyen ese elemento, como la no discriminación y la accesibilidad física, no se tratan en la Declaración de Liverpool. Incluso se verifica que la falta de desarrollo del concepto del derecho a la salud bucal en el instrumento analizado se refleja en la alusión precaria a los elementos que lo conforman, hecho que confirma fragilidades en la orientación a los Estados. En efecto, no se refiere a los elementos de la aceptabilidad, disponibilidad

y calidad en los enunciados adoptados por la Declaración de Liverpool.

Derecho a la salud bucal y grupos de población

Conforme se refiere anteriormente en esta sección, los niños y jóvenes se incorporan en las áreas de trabajo en salud bucal, las cuales serán fortalecidas a partir de la educación. Lo relacionado con los adultos mayores se presenta de la siguiente forma: *los países deben fortalecer la promoción de la salud bucal para el número creciente de adultos mayores, con el objetivo de mejorar su calidad de vida*³⁰. Sin embargo, la prescripción no consideró la necesidad de implementar un abordaje integral de la salud bucal en esta población que reúna también aspectos como programas preventivos, curativos y de rehabilitación oral que estén orientados a la preservación de la funcionalidad de la boca.

La interconexión entre salud bucal y general se manifiesta especialmente en el adulto mayor, en vista de las características progresivas y acumulativas de las enfermedades bucales y de la susceptibilidad a las enfermedades crónicas, que aumenta con el paso de los años. Por consiguiente, la mejora de la salud bucal del adulto mayor debe ser un compromiso alcanzado en un contexto de mayor alcance. Por otro lado, se verificó que otros grupos de la población, como mujeres, personas con necesidades especiales, detenidos y grupos indígenas no se mencionan en la Declaración.

Esa ausencia denota distancia de las prescripciones sobre el derecho a la salud, especialmente de dos obligaciones esenciales abordadas por la Observación General CDESC 14/2000: *garantizar el derecho al acceso a las instalaciones, bienes y servicios de salud sin discriminar, particularmente a los grupos vulnerables o marginados*³¹ y *asegurar la distribución equitativa de todos los bienes, servicios e instalaciones de salud*³².

Consideraciones finales

El examen de las prácticas discursivas de la Declaración de Liverpool permitió identificar que esa directriz no coincide completamente con los preceptos del referencial teórico-normativo de la Observación General CDESC 14/2000, a pesar de que define salud bucal como un derecho humano básico en su preámbulo. También permitió verificar que se fundamenta en el referencial de los derechos humanos, dado que establece las obligaciones de los Estados. Además, se demostró que el contenido

de la Declaración le confiere una mayor visibilidad al elemento de la accesibilidad, sin considerar otros aspectos del derecho a la salud, los cuales son recíprocos y están interconectados.

Se observó la omisión completa de poblaciones vulnerables que también sufren alteraciones bucodentales serias, agravadas por la exclusión social³³⁻³⁶. La Observación General CDESC 14/2000 recomienda a los Estados la integración de esas poblaciones en programas y políticas que busquen alcanzar el nivel más alto posible de salud. Del mismo modo, prohíbe cualquier discriminación, ya sea en los cuidados en salud o en sus determinantes sociales subyacentes, enfatizando esa prescripción como una obligación esencial del ente estatal.

Esas acepciones repercuten en la implementación del derecho a la salud, pues la comprensión de la salud como un bien ético que debe ser realizado por los Estados impone el cumplimiento de deberes del ente estatal, el cual es reforzado por las instancias internacionales de salud. Una orientación internacional incompleta, del punto de vista de los derechos humanos, puede llevar a no efectuar esas obligaciones, hecho que perpetúa las iniquidades sociales que se manifiestan en la condición bucal desfavorable y refuerza el ciclo de estigma y discriminación de determinados grupos, manteniendo su exclusión social.

En ese sentido, cabe señalar que la garantía del derecho al acceso de bienes, instalaciones y servicios de salud bucodental sin discriminar y la vigilancia de su distribución equitativa no se proponen en la Declaración de Liverpool, lo cual hace que este documento sea frágil.

Se constató que esa Declaración se limita a referirse al deber de asegurar programas de salud bucal, pero no considera la obligación de monitorear su implementación y ejecución, como sucede con las políticas públicas sobre fluoración del agua de abastecimiento público. Por esas razones, se afirma que el vínculo entre derecho y salud bucal y derecho a la salud en la Declaración de Liverpool no se desarrolló adecuadamente.

Se concluye que esta comparación sistemática apunta la importancia de incentivar la conexión entre los campos de la salud y los derechos humanos, considerando que estos últimos son herramientas internacionalmente consolidadas, fundadoras de obligaciones ético-jurídicas para los Estados. Por último, considerando que la Declaración de Liverpool fundamenta deberes dirigidos a los Estados en el área de la salud bucal, sería importante que se anclara al referencial teórico-normativo de los derechos humanos. Esa medida daría un fundamento ético-jurídico más consistente al documento y contribuiría para consolidar el reconocimiento global de que el derecho a la salud bucal es un derecho humano.

Este artículo se basa en la tesis de doctorado presentada al Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília (Programa de Posgrado en Bioética de la Universidad de Brasilia).

Referências

1. Fonseca LLV, Mota JAC, Gonçalves PF. Public primary oral health care: a bioethical reflection. *Rev Odonto Cienc.* 2011;26(2):165-71.
2. Evans CA. Eliminating oral health disparities: ethics workshop reactor comments. *J Dent Educ.* 2006;70(11):1180-3.
3. Rebelo MA, Cardoso EM, Robinson PG, Vettore MV. Demographics, social position, dental status and oral health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Qual Life Res.* 2016;25(7):1735-42.
4. Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Ferreira NF, Gonçalves PE. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. *Rev Adm Pública.* 2008;42(6):1121-35.
5. Organización Mundial de la Salud. 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad [Internet]. 23 maio 2007 [acceso 15 jun 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2oyucaH>
6. United Nations Economic and Social Council. General comment nº 14: the right to the highest attainable standard of health [Internet]. Geneva: WHO; 2000 [acceso 15 mar 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1Rs5H5m>
7. United Nations. General Assembly. International covenant on economic, social and cultural rights [Internet]. 3 jan 1976 [acceso 10 jan 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2oyl84D>
8. Albuquerque A. Direito à saúde: conteúdo, essencialidade e monitoramento. *Revista CEJ.* 2010;14(48):92-100.
9. World Health Organization. International Association for Dental Research. European Association of Dental Public Health. The Liverpool Declaration: promoting oral health in the 21st century [Internet]. 2005 [acceso 25 mar 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2qgPxSm>

10. Spink MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano [Internet]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010 [acesso 25 mar 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2qh2bkh>
11. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [acesso 20 maio 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2axMe4a>
12. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos [Internet]. Genebra: Unesco; 2005 [acesso 1 jul 2013]. Disponível: <http://bit.ly/2kgv9lt>
13. Albuquerque A. Interface entre bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. *Rev. Bioética*. 2007;15(2):170-85.
14. Albuquerque A. Interface entre bioética e direitos humanos: perspectiva teórica, institucional e normativa [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
15. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura. Op. cit. Artigo 14, alínea “b”, inciso “i”.
16. International Association for Dental Research. About us [Internet]. Alexandria: IADR; [acesso 15 jun 2016]. Disponível: <http://www.iadr.org/About-Us>
17. European Association of Dental Public Health. About the EADPH [Internet]. Waiblingen: EADPH; [acesso 15 jun 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2oONnce>
18. Pine CM, Pitts NB, Nugent ZJ. British Association for the Study of Community Dentistry (BASCD) guidance on sampling for surveys of child dental health: a BASCD coordinated dental epidemiology programme quality standard [Internet]. *Community Dent Health*. 1997 [acesso 15 jun 2016];14(1 Suppl):10-7. Disponível: <http://bit.ly/2q9ekJ0>
19. World Health Organization. About WHO [Internet]. Geneva: WHO; [acesso 25 mar 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1aigf45>
20. World Health Organization. International Association for Dental Research. European Association of Dental Public Health. Op. cit. Item 4.
21. World Health Organization. International Association for Dental Research. European Association of Dental Public Health. Op. cit. Itens 3 e 7.
22. World Health Organization. International Association for Dental Research. European Association of Dental Public Health. Op. cit. Itens 8 e 9.
23. World Health Organization. International Association for Dental Research. European Association of Dental Public Health. Op. cit. Item 1.
24. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre los medicamentos esenciales [Internet]. 2010 [acesso 3 ago 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2oOQ9hy>
25. Organización Mundial de la Salud. Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS [Internet]. 2007 [acesso 3 ago 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1Gtf53t>
26. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(6):1383-92.
27. World Health Organization. International Association for Dental Research. European Association of Dental Public Health. Op. cit. Item 2.
28. Ramires I, Buzalaf MAR. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária: cinquenta anos no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):1057-65.
29. World Health Organization, International Association for Dental Research, European Association of Dental Public Health. Op. cit. Item 5.
30. World Health Organization. International Association for Dental Research. European Association of Dental Public Health. Op. cit. Item 6.
31. United Nations Economic and Social Council. Op. cit. Item 43, alínea “a”.
32. United Nations Economic and Social Council. Op. cit. Item 43, alínea “e”.
33. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [Internet]. 18 dez 1979 [acesso 3 ago 2016]. Disponível: <http://bit.ly/VJkZlY>
34. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist*. 2010;30(3):110-7.
35. Rocha A, Patiño AA. Salud bucal de las personas privadas de la libertad: un planteamiento justo. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2011;28(3):294-300.
36. Lozano EJO, Ortiz CB. Autoatención en salud oral en el pueblo Yanacona de los Andes del sur de Colombia. *Acta Odontol Colomb*. 2011;1(2):85-101.

Participación de las autoras

Las autoras participaron igualmente en todas las fases de la elaboración del artículo, Gabriela Rueda Martínez en la calidad de doctoranda y Aline Albuquerque como orientadora.

