

UNIDAD TEMÁTICA

Derecho a la Salud

FARMAMUNDI
LA SALUD
ESTÁ EN
TU MANO



Derecho a la salud

A. INTRODUCCIÓN

B. CONTENIDOS TEMÁTICOS

1. LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (DUDH)
UN POCO DE HISTORIA
2. LA SALUD ES UN DERECHO
3. LA INEQUIDAD EN SALUD
4. LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL (CSU)
5. EL ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES (AME)
FACTORES QUE CAUSAN DESIGUALDADES EN EL AME

C. PRÁCTICA EN EL AULA

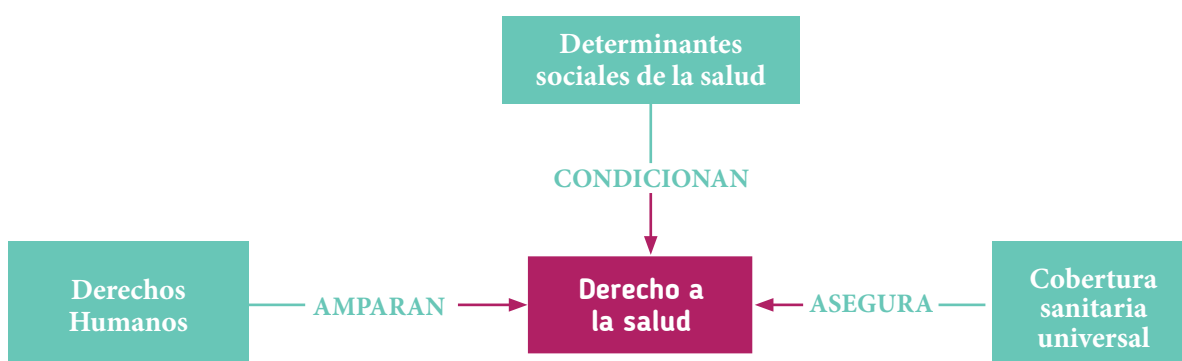
A. INTRODUCCIÓN

A lo largo de esta unidad temática vamos a hacer un recorrido a través de la salud como un derecho fundamental del que deberían disfrutar todas las personas a lo largo y ancho del mundo.

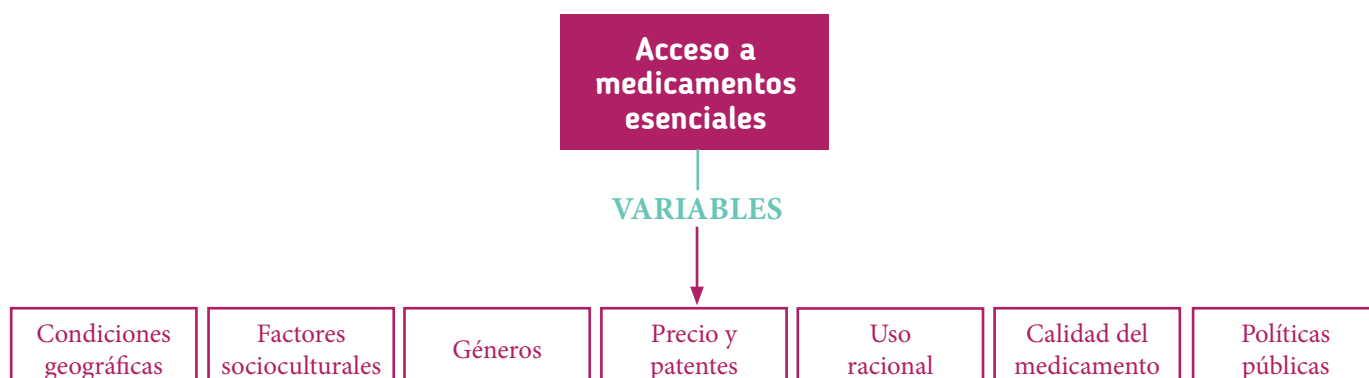
Para ello resulta fundamental contextualizar el derecho a la salud en el marco general de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) y, sobre todo, comprender qué implicaciones tienen estos documentos internacionales para el día a día de la ciudadanía.

Reflexionemos sobre esto a través de un par de cuestiones sencillas: Todas las personas conocemos la existencia de los DDHH, pero; ¿Hemos leído alguna vez la Declaración Universal de los Derechos Humanos? ¿Percibimos la sanidad como un derecho de todas las personas? ¿Somos conscientes de los determinantes que marcan el acceso de cada persona a la salud? ¿Conocemos los tipos de inequidades en salud que se producen en los contextos locales y globales?

Profundizaremos también en el concepto de Cobertura Sanitaria Universal; que se refiere a que toda la población dispone de los servicios de salud que necesite, sin que el pago de dichos servicios le cause dificultades económicas. La misma dista aún de ser alcanzada, no sólo en el contexto de los países empobrecidos, sino también en los países más desarrollados; en estos contextos, no son pocas las movilizaciones ciudadanas que se organizan para asegurar que no se retroceda en los derechos alcanzados por la ciudadanía en campos como la sanidad o la educación.



Atravesando todos los contenidos anteriores se encuentra el acceso a medicamentos esenciales, como unos recursos clave para asegurar el bienestar de la ciudadanía. Los medicamentos esenciales son un grupo de fármacos con los que podrían atenderse el 90% de las enfermedades; siempre que estuvieran disponibles en todo momento, en las cantidades adecuadas y en las formas farmacéuticas que se requieran en el ámbito de los sistemas de salud, con las calidad e información necesarias y a un precio asequible.



*UN RECORRIDO A TRAVÉS DE LA SALUD
COMO UN DERECHO FUNDAMENTAL*

B. CONTENIDOS TEMÁTICOS

1. LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (DUDH)

Hoy en día es relativamente sencillo encontrar alguna referencia a los Derechos Humanos (DDHH): están en medios de comunicación, en libros de texto, en discursos políticos o en campañas publicitarias o de sensibilización. Sin embargo, ¿cuántas personas podemos decir que hemos leído o conocemos la DUDH? ¿Comprendemos la repercusión que tiene sobre nuestros derechos o nuestra capacidad de defenderlos o exigirlos?

Esto se acentúa cuando nos referimos a alguno de los ámbitos específicos sobre los que se desarrollan los derechos, como es el caso del **derecho a la salud**. Somos conscientes de la importancia de la salud a nivel individual, comunitario o territorial, pero ¿somos capaces de explicar en qué consiste este derecho?

Para poder ejercer un derecho, antes es imprescindible conocerlo. Resulta clave, en este sentido, que la ciudadanía tenga acceso a formación e información para ser conocedora, reivindicadora y defensora del derecho a la salud y de los principales elementos que lo componen.

UN POCO DE HISTORIA

La DUDH fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948 y situó por primera vez a los DDHH en el ámbito del Derecho Internacional. Esta declaración establece que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (artículo 1), y detalla los derechos y libertades fundamentales en un documento considerado de valor universal, además de un ideal común para todos los pueblos y naciones.

Así mismo, establece (art. 2) que a todas las personas les corresponden “todos los derechos y libertades (...) sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”. En los artículos 3 a 27 se enumeran todos los derechos y libertades que nos corresponden a cada ser humano por el mero hecho de serlo, desde el derecho a la vida, libertad y seguridad, la protección jurídica, la libertad de pensamiento o expresión, hasta el derecho al trabajo, la salud o la educación, entre otros. Finalmente, en los artículos 28 a 30 se recogen las condiciones y límites con las que deben ejercerse estos derechos.

ES RELATIVAMENTE SENCILLO ENCONTRAR ALGUNA REFERENCIA A LOS DERECHOS HUMANOS EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN, EN LIBROS DE TEXTO O EN DISCURSOS POLÍTICOS

La DUDH es la base de numerosos tratados posteriores de carácter internacional; que constituyen la normativa relativa a los DDHH. Entre estos tratados, destacan de manera especial el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), ambos de 1966. Ambos son jurídicamente vinculantes para los Estados que los ratifican y, junto con sus protocolos facultativos y la DUDH, constituyen la **Carta Internacional de Derechos Humanos**.

El disfrute de los derechos humanos es inalienable. Esto quiere decir que no pueden ser legítimamente negados a ninguna persona en el mundo. Teniendo en cuenta esta consideración, habitualmente se clasifican a los agentes sociales en tres categorías en función de su rol respecto a los Derechos Humanos:

- **Titulares de derechos:** todas las personas son titulares de derechos humanos, con la capacidad para su defensa y reclamo a través del poder social, jurídico y político.
- **Titulares de responsabilidades:** cualquier agente no estatal cuyas acciones tengan impacto sobre los derechos de la ciudadanía (equipos docentes, medios de comunicación, responsables sanitarios). La responsabilidad de los DDHH trasciende el ámbito de las políticas públicas e implica irremediabilmente a todos los agentes de una sociedad, que desde su día a día deben trabajar por ellos.
- **Titulares de obligaciones:** son los Estados y organismos internacionales de carácter gubernamental que tienen obligaciones políticas, jurídicas y morales para la creación de un marco legislativo que asegure el cumplimiento de los DDHH.

Como profes asumimos, por lo tanto, un doble rol: como titulares de derechos y de responsabilidades. Estas podrían pasar por asegurar que se respeten los DDHH en los centros educativos o por incorporar su tratamiento en los módulos profesionales que impartimos.

Hacer este tratamiento podrá contribuir a que el alumnado, además de reclamar sus derechos ante las instituciones correspondientes, asuma también su papel como titular de responsabilidad en el momento que desempeñe sus labores profesionales en el ámbito sanitario o comunitario.

2. LA SALUD ES UN DERECHO

El PIDESC contiene el artículo más completo sobre el derecho a la salud de toda la legislación internacional relativa a los DDHH. En su artículo 12, los Estados Partes reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

En palabras de Mary Robinson, ex Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los DDHH:

Derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no dispongan de recursos. Significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud, en el plazo más breve posible. Lograr que eso ocurra es el reto al que tienen que hacer frente, tanto la comunidad encargada de proteger los derechos humanos, como los profesionales de la salud pública.

Robinson, por tanto, define el derecho a la salud como limitado a la asistencia sanitaria. Sin embargo, si tomamos como referencia el marco de determinantes sociales de salud diseñado por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, podemos apuntar que para garantizar el derecho a la salud, o incluso para garantizar el mero derecho a la asistencia sanitaria, es preciso abordar previamente cambios profundos en los determinantes que acaban condicionando la organización de los sistemas sanitarios y el acceso a los mismos.

Por otra parte, en la Observación General 14 al PIDESC, se pone de manifiesto la estrecha relación existente entre el derecho a la salud y otros derechos fundamentales: “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”. La falta de acceso a la salud, servicios de salud, medicamentos esenciales y tratamientos médicos para paliar las enfermedades, deriva en una serie de complicaciones para garantizar las necesidades básicas de una persona difícilmente superables, ya que influyen en numerosos aspectos de su vida personal y profesional, que impiden —por ejemplo— una escolarización y formación adecuada, dificultando su alimentación, generando un gasto económico desproporcionado, suponiendo un rechazo en ámbito de vida pública y/o profesional, o promoviendo una estigmatización social que afecta considerablemente sus oportunidades de desarrollarse como personas.

En este sentido, cabe apuntar¹ que la esperanza de vida de un niño o una niña difiere enormemente según donde nazca: en Japón o Suecia podría vivir más de 80 años, en Brasil 72, en India 63 y en algún país africano menos de 50 años. Dentro de un mismo país, además, las diferencias con relación a la esperanza de vida son dramáticas y reflejan la situación mundial. Las personas con menos recursos económicos padecen elevados niveles de morbilidad y mortalidad prematura. Pero la mala salud no afecta únicamente a las personas o colectivos más desfavorecidos. En todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud.

El derecho a la salud, por tanto, no abarca únicamente la atención en salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud: acceso a agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas, suministro adecuado de alimentos sanos, nutrición y vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y medio ambiente, o acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

LA SALUD ES UN DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL PARA EL EJERCICIO DE LOS DEMÁS DERECHOS HUMANOS

De acuerdo al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos distinguir los siguientes criterios como fuente de la que emanan la mayor parte de las obligaciones y los deberes de los Estados en materia de salud con enfoque de DDHH:

1.- Informe Final Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2009.

Criterios	Supuestos (obligaciones y deberes de Estados)
No discriminación	Garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (discapacidad, edad, orientación e identidad sexual, estado de salud, etc.).
Disponibilidad	Los bienes, servicios y programas de salud deben estar disponibles en suficiente cantidad.
Aceptabilidad	Los servicios sanitarios son respetuosos con la ética médica, culturalmente apropiados, confidenciales y sensibles a los aspectos de género.
Accesibilidad física	Todas las personas, incluidas aquellas que tienen dificultades de movilidad o movilidad reducida, disponen de medios que le permitan el acceso.
Asequibilidad	El precio a pagar es asequible para todo el mundo, incluidas las personas con menos recursos.
Acceso a la información	Los derechos y obligaciones de la ciudadanía y el personal sanitario en el ámbito de la salud se encuentran accesibles para todo el mundo de forma gratuita y sencilla.
Calidad	Los bienes y servicios sanitarios deben ser científica y médicamente apropiados y de buena calidad.
Rendición de cuentas	Los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los DDHH.
Universalidad	Los DDHH son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos.

El derecho a la salud plantea un marco de referencia amplio que se alinea con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número 3, que se refiere a la salud y bienestar de todas las personas en el mundo. Este ODS promueve que se implementen iniciativas que proporcionen una financiación más eficiente a los sistemas de salud —incluyendo el acceso a medicamentos esenciales—, la mejora del saneamiento y la higiene, aumentar el acceso a los servicios médicos y proveer consejos sobre cómo reducir la contaminación ambiental.

3. LA INEQUIDAD EN SALUD



Modelo Socioeconómico de Salud

Fuente: Modelo planteado por Dahlgren y Whitehead ("Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies, 1991.")

Hace referencia a aquellas desigualdades o diferencias evitables en materia de salud entre personas de un mismo país o de diferentes países. Esta inequidad es resultado directo de los determinantes sociales de la salud en la vida de las personas, que son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, y son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel internacional, nacional y local, lo cual depende a su vez de las políticas adoptadas y las dinámicas sociales.

Existe un desigual acceso a la salud en función de la clase social, el género, la etnia/cultura y otros factores relacionados con las estructuras y roles sociales y de poder. Algunos de los factores que hemos de tener en cuenta a la hora de analizar esta situación son:

- el acceso al agua potable y la energía,
- el acceso a condiciones sanitarias adecuadas,
- las condiciones de trabajo, los ingresos económicos,
- los roles domésticos y de cuidados a familiares,
- el acceso a la educación y la información en salud, o
- el medioambiente.

Algunos datos relativos a cómo el género o la etnia inciden especialmente en estas desigualdades:

- En Estados Unidos, solo el 12% de la población es afroamericana, pero le corresponde casi la mitad de todas las nuevas infecciones por VIH.
- En cuanto al género como factor determinante en la salud, hemos de tener en cuenta el concepto de feminización de la pobreza; que hace referencia al hecho de que las mujeres, en general, cuentan con un menor acceso a los recursos económicos, lo que trae como consecuencia a su vez la mayor vulnerabilidad de las mujeres de media, y particularmente con mayor incidencia en contextos económicamente empobrecidos.

Tanto a nivel global como local se observa que las personas más vulnerables o en situación de vulnerabilidad sufren con mayor intensidad esta desigualdad en el acceso a la salud. Las personas con menos recursos entre la población de los países empobrecidos son también las que peor salud tienen. Así, por ejemplo, la esperanza de vida al nacer en Japón es casi el doble que en Malawi (83 frente a 47 años). Igualmente, dentro de los países, las estadísticas muestran cómo el nivel de renta afecta a la salud: en Londres, por ejemplo, la esperanza de vida de los varones oscila entre los 71 años en el barrio de Tottenham Green (Haringey) y los 88 en Queen's Gate (Kensington y Chelsea), 17 años de diferencia.

Sin duda alguna, los determinantes sociales son claves en el ejercicio del derecho a la salud. Así, el código postal determina la salud de forma más importante que el código genético:

En tu centro de salud trabajas para una población de 1.525 personas. Imagina que has logrado quedar con todos ellos un día para dar un paseo. Están todos preparados en el punto de salida, pero les dices que para salir lo harán por turnos, y que los turnos los haremos según su nivel educativo: los primeros que van a salir a pasear son aquellos que tienen el nivel educativo más bajo, es decir, los que no tienen estudios (...). Tú te quedas observando a la población. Rápidamente ves que los perfiles de cada grupo son «diferentes». Esto lo haces todos los días en consulta. Los conoces. La consulta, el domicilio o las calles del barrio son un escenario privilegiado para observar esto. Bien, pero ahora en este ejercicio, si tuvieras en ese mismo momento acceso a sus datos sobre estilos de vida, morbilidad y sobre la mortalidad que van a tener los diferentes grupos, constatarías un hecho importante: los últimos en salir, aquellos con un nivel educativo superior, es más probable que vivan más tiempo y mejor que los primeros. Imagínate que vuelves a repetir el experimento varias veces y lo haces clasificando a la población de tu cupo de formas diferentes: según su nivel de ingresos, su clase social, la clase social de sus padres o según su prestigio social. En cada uno de esos cinco paseos imaginarios habrías observado lo mismo: a medida que se ocupa una situación más favorable en alguna de esas categorías, las probabilidades de vivir más y mejor son más altas. Finalmente haces el ejercicio separando a hombres y mujeres. También observas diferencias².

4. LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL (CSU)

La misión global establecida para la OMS en el 13º Programa General de Trabajo 2019-2023 (PGT13)³ es triple:

- 1) promover la salud,
- 2) preservar la seguridad mundial y
- 3) servir a las poblaciones vulnerables.

2.- Cofiño, Rafael. (2013). Tu código postal puede modificar tu código genético. AMF. 9. 483-484. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/274703396>

3.- Hoja de ruta para el acceso 2019-2023. Apoyo integral al acceso a los medicamentos y vacunas. Proyecto preliminar v21. Disponible en https://www.who.int/medicines/access_use/Roadmap-Spanish.pdf

Ello se concreta en el triple objetivo de los «mil millones» para 2023:

- 1) mejor salud y bienestar para 1.000 millones más de personas,
- 2) mejor protección frente a emergencias sanitarias para 1.000 millones más de personas, y
- 3) Cobertura Sanitaria Universal (CSU) para 1.000 millones más de personas.

Según la OMS, se entiende que hay Cobertura Sanitaria Universal (CSU) cuando toda la población dispone de los servicios de salud que necesita sin que el pago de esos servicios le cause dificultades económicas.

Según la OMS⁴, los gobiernos se hacen cargo en término medio del 51% del gasto sanitario de un país, mientras que más del 35% de este gasto se sufraga mediante pagos directos. Consecuencia de ello es que cada año 100 millones de personas se ven sumidas en la pobreza extrema.

HAY COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL CUANDO TODA LA POBLACIÓN DISPONE DE LOS SERVICIOS QUE NECESITA SIN QUE EL PAGO DE ESTOS LE CAUSE DIFICULTADES ECONÓMICAS

Cuando el gasto público en salud aumenta, es menos probable que las personas caigan en la pobreza como consecuencia de acceder a servicios sanitarios. Sin embargo, el gasto público solo reduce las desigualdades en el acceso cuando las asignaciones se planifican cuidadosamente para garantizar que toda la población pueda obtener atención primaria de salud. Así, en los países de ingresos bajos y medianos más de la mitad del gasto sanitario se dedica a la atención primaria de la salud, pero menos del 40% de todo este gasto proviene de los gobiernos.

Aunque los problemas de cobertura sanitaria afectan, en muchos casos, a países en desarrollo que carecen de recursos suficientes para brindar el acceso incluso a unos servicios básicos mínimos, también los países considerados desarrollados se enfrentan a retos en este ámbito para hacer frente a una demanda cada vez mayor de servicios sanitarios de más calidad. Así, según la OMS, más de 800 millones de personas en el mundo viven en barrios marginales, un 1/3 de la población urbana mundial. Los servicios de salud prestados a esas poblaciones son escasos.

En este sentido, en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud celebrada en octubre de 2018 se emitió la Declaración de Astaná⁵, que incide en “el compromiso con el derecho fundamental de todo ser humano al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinciones de ningún tipo”, para lo cual “el fortalecimiento de la atención primaria de la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social (...) la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud”.

La CSU es indispensable para lograr el bienestar de las personas, ya que hace posible mejoras sustanciales en materia de salud y desarrollo en las sociedades y comunidades donde se aplica. Ayuda a prevenir que las personas caigan en la pobreza debido a problemas de salud y/o enfermedades, dándoles la oportunidad de llevar vidas más saludables y productivas y de desarrollar todo su potencial como individuos dentro de la sociedad. Es un elemento indispensable para lograr un desarrollo sostenible, reducir la pobreza y eliminar las desigualdades sociales.

Se considera en términos generales que la CSU descansa sobre **cuatro pilares fundamentales**:

1) Un sistema de salud sólido y eficiente:

- que proporcione información para que las personas se mantengan sanas y prevengan enfermedades,
- que detecte enfermedades tempranamente,
- que tenga medios para tratar los problemas de salud de la población, y
- que disponga de servicios de rehabilitación.

2) Un sistema de financiación de los servicios de salud, que permita que sean asequibles para las personas.

3) Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el diagnóstico y tratamiento.

4) Personal sanitario bien capacitado y motivado.

4.- <https://www.who.int/es/news-room/detail/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>

5.- Disponible en <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

En España, la Ley General de Sanidad (1986) fue la primera norma que contempló la CSU, señalando que sería sufragada, entre otros tributos, por cotizaciones sociales (art. 79). Más tarde (1999) la Ley de Presupuestos Generales del Estado dispuso que sería el Estado, a través de las transferencias presupuestarias de las Comunidades Autónomas, quien asumiría totalmente la financiación pública de la asistencia sanitaria, de manera que desde entonces la cobertura sanitaria no está garantizada con cargo a las afiliaciones de la seguridad social, sino que son todas las personas que se encuentran en territorio español quienes, a través de impuestos indirectos (por ejemplo, el IVA de determinados productos básicos) sostienen este sistema.

La CSU sufrió una importante reducción desde la aprobación en 2012 del Real Decreto-ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Esta norma garantizaba la sanidad pública únicamente a aquellas personas que tuvieran la condición de afiliadas a la Seguridad Social y se excluía a otras personas que, por otras cuestiones no relativas a su condición de titulares de derechos, pasaban a resultar secundarias en cuanto a la atención en salud que deberían proporcionarles los servicios públicos de bienestar social. Era el caso de la población en situación administrativa irregular (personas y comunidades migrantes), quienes además por su situación económica, a menudo precaria, deberían resultar objeto de políticas de bienestar social que incrementaran sus posibilidades y oportunidades de desarrollo, y no resultaran en la exclusión sanitaria de forma sistemática.

En 2018 el Real Decreto Ley 7/2018 (RDL) dio un paso clave para recuperar la universalidad en el acceso a la salud. Sin embargo, la sociedad civil organizada reclama que todavía se están viviendo situaciones de exclusión en el acceso a la salud, como consecuencia de que la norma se puede interpretar de manera restrictiva, limitando este acceso a las personas migrantes en situación irregular. Por ejemplo, y en relación con el requisito de tres meses de estancia en España, a pesar de que está destinado solo a personas con estancia temporal autorizada, podría dar lugar a interpretar que todas las personas necesitan tres meses de estancia en España antes de acceder a la atención sanitaria.

El RDL tampoco armoniza el procedimiento ni los requisitos para poder obtener la tarjeta sanitaria por parte de las Comunidades Autónomas y, en consecuencia, cada una interpreta de forma diferente esta nueva norma, manteniendo las respuestas dispares que éstas adoptaron con respecto al anterior RDL 16/2012. Las organizaciones alertan, además, acerca de que no se han especificado en la normativa las personas en situación de mayor vulnerabilidad que recibirán atención en cualquier circunstancia: mujeres embarazadas, menores de 18 años, víctimas de trata, personas solicitantes de protección internacional y personas que requieran atención de urgencias. La consecuencia de esto es que en algunas Comunidades Autónomas se han registrado casos de exigencia de pago por atención sanitaria, por ejemplo, a menores de edad y mujeres embarazadas. Además, hay algunas autonomías que siguen exigiendo el empadronamiento como requisito, cuando el nuevo decreto no lo exige, resultando una evidente falta de garantías para ejercer el derecho a la salud.

LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL ES INDISPENSABLE PARA LOGRAR EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS

5. EL ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES

Para lograr la CSU es necesario poner un énfasis continuo en la creación de sistemas de salud sólidos y resilientes. Algunos de los retos más importantes para lograr la CSU se encuentran en los obstáculos continuos en relación al acceso a los servicios de salud y a productos sanitarios asequibles y de calidad garantizada.

El acceso equitativo a los productos sanitarios es una prioridad mundial según la OMS. Toda estrategia contra cualquier enfermedad incluye el acceso a productos sanitarios para la prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación. Para alcanzar los ODS, y en concretamente la meta 3.8, es necesario abordar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y asequibilidad de medicamentos y vacunas de calidad garantizada.

En el último decenio se han desarrollado numerosos medicamentos y productos sanitarios nuevos, lo que supone nuevas oportunidades pero también nuevos retos para los sistemas de salud. Las mejoras de la infraestructura general y el desarrollo social, junto con el fortalecimiento de los sistemas de salud y el acceso a productos médicos, han permitido obtener mejores resultados sanitarios en muchos países. También se han dado importantes avances en cuanto a la prevención y el tratamiento de algunas enfermedades que han contribuido a mejorar la calidad de vida en algunos entornos y a aumentar la esperanza de vida. El acceso a los medicamentos y a las vacunas es un problema multidimensional, por lo que requiere políticas y estrategias nacionales integrales, así como marcos legislativos y reglamentarios que aborden las necesidades del sistema de salud y abarquen la totalidad del ciclo de vida de los productos: desde la investigación y desarrollo (I+D) hasta la garantía de la calidad; las aprobaciones reglamentarias y la autorización de comercialización; la gestión de la cadena de suministro; y la prescripción, dispensación y uso. Estas políticas y estrategias deberían compaginar las necesidades de salud pública con los objetivos de desarrollo económico y social, y fomentar la colaboración con otros sectores, asociados e interesados.

Los Medicamentos Esenciales (ME) son aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población. Deben de estar disponibles en todo momento en los sistemas de salud, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con calidad e información adecuada y a un precio asequible tanto para la comunidad y las y los pacientes.

El concepto de ME se basa en la premisa de que un número limitado de medicamentos son suficientes para tratar efectivamente una parte considerable de las enfermedades y dolencias existentes a nivel mundial. Son, por tanto, una herramienta imprescindible para garantizar el derecho a la salud, y así lo declara la OMS desde el año 2000.

Los ME se seleccionan teniendo en cuenta su pertinencia en términos de salud pública, pruebas de eficacia y seguridad, y su eficacia comparativa en relación con su coste. El concepto de ME fue originariamente desarrollado por la OMS, que estableció la primera lista modelo de ME en 1977. Actualmente está disponible en su 21ª edición (junio 2019).

EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS Y A LAS VACUNAS ES UN PROBLEMA MULTIDIMENSIONAL

A pesar de ello, y según datos de este mismo organismo, más de un tercio de la población mundial carece del acceso necesario a estos medicamentos. La falta de acceso a ME sigue siendo, por tanto, uno de los problemas más graves en salud pública a nivel internacional.

Aunque en los últimos 25 años el acceso a estos medicamentos ha progresado considerablemente, no todo el mundo se ha beneficiado en igual medida de la mejora en servicios de atención sanitaria y de los tratamientos eficaces y de bajo costo. Como consecuencia de ello más de 15 millones de personas mueren cada año de enfermedades infecciosas para las que existe tratamiento.

FACTORES QUE CAUSAN DESIGUALDADES EN EL AME

La desigualdad en el acceso a ME viene motivada por diferentes causas que podemos agrupar de la siguiente manera:

- **Factores geográficos:** la localización geográfica es un elemento determinante al hablar de acceso a la salud; cuando se hace referencia a la accesibilidad de la población debido a cuestiones relacionadas con infraestructuras de movilidad y medios de transporte. Las dificultades de acceso afectan principalmente a poblaciones que habitan en el ámbito rural, frente a aquellas que lo hacen en zonas urbanas. La ubicación de comunidades con bajas densidades de población en núcleos dispersos, hace que muchas poblaciones aisladas no tengan posibilidad de acceder a los servicios de salud que ofrecen sus países, muy escasos en la mayor parte de las ocasiones. Esto genera una exclusión de los sistemas públicos de salud, que no pueden ser disfrutados por todas las personas que deberían ser atendidas. Las desigualdades tienden a ser menores, según la OMS, en los países en los que el sector privado se ha venido desarrollando, como Benin, Camerún o Senegal. El sector privado, sin embargo, no asegura el acceso de toda la población al sistema sanitario ni a medicamentos esenciales; sólo una pequeña parte de la población puede beneficiarse de él.

La OMS propuso una serie de medidas para mejorar la disponibilidad equitativa de medicamentos en zonas rurales o de difícil acceso. Entre estas medidas destacan:

DISTRIBUCIÓN: la concesión de licencias e incentivos para mejorar la red de distribución.

DISPENSACIÓN: la posibilidad de que los médicos dispensen medicamentos allá donde no existen establecimientos específicos para ello.

PLANES: generación de planes farmacéuticos comunitarios.

Es necesario mejorar las infraestructuras de aquellas zonas de difícil acceso a través de una mayor colaboración internacional que asegure una mayor facilidad de los desplazamientos de las personas dentro de sus países. Por otro lado, resulta clave poner en práctica las recomendaciones de la OMS para asegurar que todas las personas, con independencia del lugar en el que se encuentren, accedan a los servicios de salud.

- **Factores socioculturales:** se aprecian grandes diferencias en la esperanza de vida de las poblaciones indígenas y otras minorías étnicas respecto a otros grupos sociales. Los modelos de atención de la salud deben tener en cuenta el concepto indígena de salud, y preservar y fortalecer sus propios sistemas de salud y la medicina tradicional como estrategia para aumentar el acceso y la cobertura de la atención de la salud. Deberían evitarse, por tanto, estrategias que favorezcan la sustitución de las cosmovisiones culturales propias en materia de salud por otras cuya validez reside exclusivamente en su corte eurocentrista.

Por otro lado, los procesos de crisis sociopolítica que se concretan en la aparición de guerrillas, gobiernos inestables, sociedades militarizadas, grupos terroristas o paramilitares provocan que la población se paralice y tema ser partícipe de cualquier proceso asociativo y de trabajo comunitario. Estos procesos mejoran el acceso a la salud y se alinean con una mejora de la calidad de vida.

El contexto sociocultural, por tanto, condiciona el acceso a la salud y a los medicamentos, incluso influye en la prevalencia de las diferentes enfermedades. Grupos como las poblaciones indígenas y las minorías étnicas suelen presentar peores indicadores de salud que compatriotas pertenecientes a grupos mayoritarios. De hecho, la esperanza de vida puede variar hasta 20 años. Las estadísticas dicen que hay entre 6 y 20 años de diferencia en la esperanza de vida de esas etnias y de la población mayoritaria en países como México, Nepal, Canadá o Australia. De igual forma, la mortalidad infantil puede ser hasta 10 veces superior en el caso de pueblos indígenas o minorías étnicas.

Es fundamental considerar el idioma, las diferentes lenguas empleadas por la población pueden dificultar de un modo importante el acceso a la salud.

Es necesario asegurar el acceso a la salud con independencia del grupo étnico de pertenencia, e intentar la acción en este campo en países que se encuentren en situaciones especiales debido a procesos de conflicto y violencia que impactan especialmente sobre la ciudadanía.

HAY GRANDES DIFERENCIAS EN LA ESPERANZA DE VIDA DE LAS POBLACIONES INDÍGENAS Y OTRAS MINORÍAS ÉTNICAS RESPECTO A OTROS GRUPOS SOCIALES

GÉNEROS, SALUD Y AME

• **Género⁶:** la diferencia de géneros implica un acceso desigual a la salud. Esta situación podría hacerse más compleja en función de otra serie de rasgos identitarios y su intersección en una persona, como la etnia, la edad o la clase social.

Es importante reforzar la idea de que hablar de género no es hablar de las mujeres, sino de analizar las normas, creencias, derechos, obligaciones y relaciones que sitúan a hombres y mujeres de forma diferente en el conjunto de la sociedad. Todo este conjunto de relaciones se leen en términos de poder y sitúan al conjunto de las mujeres en una posición de desigualdad respecto a los hombres.

El acceso a la salud por parte de las mujeres es inequitativo por factores que son explicados por el género y que influyen de una manera injusta: patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales, tipos de ocupación etc. Se hace preciso destacar el dato de que el 70% de la población que vive con un dólar o menos al día son mujeres o niñas. Se habla entonces de una *feminización de la pobreza*, porque de cada diez personas pobres, siete son mujeres.

La subordinación a los hombres de su entorno se concreta en el ejercicio por parte de los mismos de mecanismos de control y violencia: son los que decidirán en última instancia si las mujeres acudirán a los centros de salud o no; ejercen violencia física y psicológica sobre ellas y serán las mujeres las que sufran en mayor medida enfermedades de transmisión sexual.

Una mujer que casi fallece durante su último parto puede que necesite usar anticonceptivos por prescripción médica. Sin embargo, puede ocurrir que su sociedad/comunidad, su religión, su marido o incluso su madre o hermana la culpen por tratar de evitar futuros embarazos. Como consecuencia, a pesar de que exista un centro de salud que cuente con recursos humanos y materiales para el asesoramiento en planificación familiar, esta mujer no los utilizará, salvo que se preste atención a las barreras de género que hacen que anteponga prejuicios y tabúes a su salud.

Es imprescindible llevar a cabo un análisis del acceso a medicamentos esenciales desde una perspectiva de género; puesto que sólo así podrán visualizarse desigualdades tales como: que la ausencia de las mujeres en el sistema educativo conlleve que no puedan leer recetas o prospectos; que tengan un rol supeditado a la voluntad de los hombres en algunos contextos, los cuales decidirán en última instancia si toman o no un determinado tratamiento; el poco acceso y control de los recursos monetarios, lo que impide que puedan adquirir sus medicamentos cuando lo requieran; o la disponibilidad de tiempo tras encarar largas jornadas de trabajo productivo y reproductivo.

Respecto al acceso a medicamentos esenciales y salud materna, sexual y reproductiva, los datos emitidos por la Coalición para los Insumos de Salud Reproductiva en 2014 ponen de manifiesto que cada dos minutos muere una mujer por

6.- Para una información más completa y detallada, consultar la guía de Géneros en salud disponible en los materiales.

complicaciones durante el embarazo o el parto. La cifra total asciende a 287.999 muertes maternas cada año, de las que el 99% ocurren en países de ingresos medios o bajos.

A menudo estas muertes son prevenibles, las enfermedades y complicaciones que las causan son tratables y se dispone de medicamentos que permitirían mitigar una gran parte de estas muertes. Muchas mujeres mueren cada día porque no tienen un acceso efectivo a medicamentos esenciales para tratar este tipo de dolencias, ni han recibido la atención médica de calidad necesaria para tener la oportunidad de superar este tipo de complicaciones de salud.

Las mujeres no están en igualdad de condiciones respecto a los hombres en el acceso a la salud. Las políticas de salud a menudo perpetúan los estereotipos sexistas, no consideran las diferencias socioeconómicas y otras diferencias entre las mujeres, ni tienen en cuenta la falta de autonomía de las mujeres respecto de su salud.

Es necesario partir de un análisis de las desigualdades que se dan en relación a los géneros, y diseñar políticas y procesos que aseguren que todas las personas accedan en igualdad de condiciones a los medicamentos esenciales, en todo el mundo.

• **Factores que afectan al precio del medicamento y el sistema de patentes y de propiedad intelectual:** una patente permite poner a un producto un precio superior al de mercado; como incentivo para recuperar los costes en que se incurrió durante la investigación. Sin embargo, pueden generar, en algunos casos, efectos perversos, permitiendo que se fijen precios muy superiores a los recomendables y dificultando a muchas personas el acceso a ME. También es preocupante el bloqueo sobre determinados medicamentos genéricos cuando se alargan patentes sin que haya verdadera innovación terapéutica. Las considerables reducciones de precio que implica la producción de genéricos suponen que millones de personas puedan acceder a tratamientos de calidad, como se ha demostrado en el caso del VIH. Desde el punto de vista ético, es necesario plantearnos como sociedad si podemos permitir que haya personas que no puedan acceder a ME capaces de salvar vidas porque sus precios son inaccesibles. Los avances en salud deben estar al alcance de todo el mundo. La I+D de los nuevos medicamentos se realiza frecuentemente en función de los potenciales beneficios y no de las necesidades reales de salud de la población. Se calcula que el 90% de la I+D farmacéutica se destina a enfermedades que afectan potencialmente tan solo al 20% de la población mundial, particularmente a la capa con más recursos económicos. Las enfermedades olvidadas son aquellas (como la malaria, la tuberculosis o el mal de Chagas) que, a pesar de afectar a una gran parte de la población mundial, no disponen de tratamientos eficaces o adecuados, ni para las que se dedica un esfuerzo investigador proporcional al número de personas que las padecen. Por otra parte, las enfermedades raras afectan a un porcentaje muy reducido de la población, por lo que la industria farmacéutica tampoco centra sus esfuerzos en investigar tratamientos para estas enfermedades debido a la escasa rentabilidad económica (casi el 50% de personas no tienen tratamiento para su enfermedad).

• **Uso racional de medicamentos:** implica que las personas reciban medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible. Sin embargo, y según la OMS, más del 50% de los medicamentos se recetan, dispensan o venden de forma inadecuada, y el 50% de pacientes los toman de forma incorrecta⁷. Esto puede generar efectos negativos sobre las personas que los consumen, así como problemas de disponibilidad de forma directa o indirecta en otros lugares. Asimismo, el consumo inadecuado o desproporcionado de medicamentos, puede dar lugar a problemáticas graves de aparición o generalización de enfermedades; como las vinculadas a la resistencia frente a los antibióticos.

• **La calidad del medicamento:** la proliferación de medicamentos sub-estándar, falsificados o caducados constituyen un gran problema en el ámbito de la salud pública, y provocan que muchas personas no reciban los tratamientos de calidad que necesitan.

• **Políticas públicas de medicamentos:** son las estrategias y planes que llevan a cabo los gobiernos para conseguir mejorar o avanzar en el acceso a medicamentos. Las buenas políticas contribuyen a asegurar que los medicamentos necesarios estén disponibles con calidad para todas las personas, a precios asequibles y garantizando que se hace un uso racional de ellos.

7.- <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4874s/2.html>

C. PRÁCTICA EN EL AULA

En la solapa de este cuadernillo encontrarás una hoja informativa con la relación de las actividades que se proponen para el tratamiento de los contenidos de esta unidad temática en el aula.

En la misma solapa, y en fichas individuales, están descritas cada una de las actividades; incluyendo objetivos, duración, desarrollo, materiales necesarios e información útil para la realización de las mismas.

Con las actividades esperamos contribuir a promover y/o facilitar el conocimiento, el aprendizaje, la reflexión y toma de conciencia, el análisis crítico, la empatía y la acción; incluyendo otras realidades de personas y lugares del mundo.

FARMAMUNDI

LA SALUD

ESTÁ EN
TU MANO





Impreso en papel 100% reciclado.
Completamente biodegradable y reciclable.
Norma ecológica ECF con proceso de fabricación libre de cloro elemental.
Certificado por FSC®.
Certificación ISO 14001 de gestión medioambiental.



lasaludestaentumano.es

