

Derecho a la salud



GUÍA INTRODUCTORIA

ÍNDICE GUÍA INTRODUCTORIA: DERECHO A LA SALUD

1. Introducción
2. La Declaración Universal de los Derechos Humanos
3. La salud como Derecho Humano fundamental
4. La inequidad en salud
5. La Cobertura Sanitaria Universal
6. El acceso a medicamentos esenciales

1. Introducción

Hoy en día es relativamente sencillo encontrar alguna referencia a los Derechos Humanos: están en medios de comunicación, en libros de texto, en discursos de políticos o en campañas publicitarias o de sensibilización. Sin embargo, ¿cuántos de nosotros podemos decir que hemos leído la Declaración Universal de los Derechos Humanos, o que comprendemos hasta un cierto nivel la repercusión efectiva que esta tiene sobre nuestros derechos o nuestra capacidad de defenderlos o exigirlos?

Esto sucede de una forma todavía más pronunciada cuando entramos en alguno de los ámbitos específicos sobre los que se desarrollan los derechos, como resulta por ejemplo en el caso del derecho a la protección de la salud. Todos somos conscientes de la importancia de la salud, sobre nosotros individualmente, y sobre la comunidad o el entorno en el que vivimos, pero ¿somos capaces de explicar en qué consiste este derecho?

Tal y como indica la cita: “Para poder ejercer un derecho, antes es imprescindible conocerlo”, desde Farmamundi pensamos que es fundamental que la sociedad en la que vivimos tenga las oportunidades necesarias a nivel informativo y formativo para ser conocedora, reivindicadora y defensora del derecho a la salud, y de los principales elementos que lo componen. Si de esta forma conseguimos mejorar la salud, sea de nuestro entorno más cercano, o de cualquier otro, creemos que el esfuerzo habrá valido la pena.

Con la finalidad de ampliar la información de la que disponen las personas docentes que se han acercado al programa “La salud está en tu mano” hemos preparado esta guía introductoria que pretende marcar un punto de partida sobre el cual seguir conociendo, compartiendo y reflexionando juntos en materia de lo que supone el derecho a la salud.

2. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)

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 DDHH y libertades fundamentales en un documento considerado de valor universal, además de 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 art. 28 a 30 se recogen las condiciones y límites con las que deben ejercerse estos derechos.

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. Estos tratados 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.



3. La salud como Derecho Humano fundamental.

El PIDESC contiene el artículo más completo sobre el derecho a la salud de toda la legislación internacional relativa a los DDHH. En su art. 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.”

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 perfilando una estigmatización social que merma considerablemente sus oportunidades de desarrollarse como personas.

Es necesario destacar que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de 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.

De acuerdo a los posicionamientos del 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 derechos humanos:

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.

4. La inequidad en salud

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 así como a condiciones sanitarias adecuadas, las condiciones de trabajo, los ingresos económicos, los roles domésticos y de cuidados a familiares, el acceso a la educación e información en salud, o el medioambiente.

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 más pobres 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.

Factores como el género o la etnia inciden especialmente en estas desigualdades:

- Por ejemplo, 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.

5. La Cobertura Sanitaria Universal (CSU)

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.

Cada año, los pagos directos por servicios de salud provocan que 100 millones de personas caigan en la pobreza (OMS, 2012). 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.

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. Fuente: OMS

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:

- 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.
- Un sistema de financiación de los servicios de salud, que permita que sean asequibles para las personas.
- Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el diagnóstico y tratamiento.
- Personal sanitario bien capacitado y motivado.

En España, la Ley General de Sanidad (1986) fue la primera norma que contempló la CSU, señalando que ésta sería sufragada, entre otros tributos, por cotizaciones sociales (art. 79). Más tarde, en 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.

Sin embargo, la CSU ha sufrido 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. Conforme a esta norma se garantiza la Sanidad Pública únicamente a quienes tengan la condición de afiliados a la Seguridad Social y se excluye de este sistema a otras personas que, por otras cuestiones no relativas a su condición de titulares de derechos pasan a resultar secundarias en cuanto a la atención en salud que deberían proporcionarles los servicios públicos de bienestar social. Este ha sido el caso de la población en situación administrativa irregular (individuos 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.

6. El acceso a medicamentos esenciales

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 Medicamentos Esenciales 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 Medicamentos Esenciales fue originariamente desarrollado por la OMS, que estableció la primera lista modelo de ME en 1977. Actualmente la lista modelo de ME está disponible para adultos en su 19ª edición (noviembre 2015) y para la infancia en su 5ª edición (agosto 2015).

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 Medicamentos Esenciales 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.

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

- **Condicionantes geográficos:** la dificultad en el acceso geográfico afecta directamente a la accesibilidad y disponibilidad de los medicamentos. No solo se refiere a zonas rurales aisladas, sino también a la inexistencia de redes de transporte y distribución eficaces.
- **Factores socioculturales y de género:** hablar de factores de género o de carácter sociocultural implica analizar aquellos factores sociales, económicos, políticos, y las normas, creencias, derechos, obligaciones y roles que perpetúan la desigualdad entre hombres y mujeres en un contexto social, o entre diversas comunidades, colectividades o etnias que comparten un mismo entorno.

En este sentido, la falta de autonomía de las mujeres en muchos lugares que impide que tomen decisiones relacionadas directamente con su salud, los roles familiares, prejuicios, obligaciones, dependencia económica, determinan que no accedan en igualdad de condiciones a los tratamientos que necesitan. La inexistencia de sistemas de salud culturalmente apropiados para las poblaciones indígenas también determina la dificultad en el acceso de estas poblaciones a ME. Los sistemas de salud deben incorporar un enfoque intercultural, y preservar y fortalecer los sistemas de salud indígenas y la medicina tradicional contrastada y/o efectiva para garantizar la cobertura en salud y el acceso a tratamientos

- **Factores que afectan al precio del medicamento, patentes y sistemas 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 negar 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.

- **I+D y enfermedades olvidadas:** 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.
- **Uso racional de medicamentos:** implica que las y los pacientes 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 incorrecta. 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 desacertado 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.







**FARMA
MUNDI**
FARMACÉUTICOS
MUNDI

NOS
IMPULSA



**Junta de
Castilla y León**