



PROGRAMA DE FORMACIÓN EN VALORES EN EL MERCOSUR Y LA UNASUR

DERECHO A LA SALUD, SALUD COMUNITARIA Y SOLIDARIDAD SOCIAL

EL DERECHO A LA SALUD¹

El derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna. En el plano internacional, se proclamó por primera vez en la *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (OMS) de 1946, en cuyo Preámbulo se define la **salud** como **"un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades"**. También se afirma que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social". Asimismo, en la *Declaración Universal de Derechos Humanos* de 1948, se menciona a **la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado** (Art. 25) y fue reconocida como un derecho humano en el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, de 1966. Desde entonces, se ha reconocido o se ha hecho referencia al derecho a la salud o a elementos del mismo (por ejemplo, el derecho a la atención médica) en otros tratados internacionales de derechos humanos. Todos los Estados han ratificado al menos un tratado en el que se reconoce el derecho a la salud y se han comprometido a protegerlo en el marco de declaraciones internacionales, leyes y políticas nacionales y conferencias internacionales.

Aspectos fundamentales del derecho a la salud²

- **El derecho a la salud es un derecho inclusivo.** Frecuentemente se asocia el derecho a la salud con el acceso a la atención sanitaria y la construcción de hospitales, pero comprende también un amplio conjunto de factores que contribuyen al logro de una vida sana. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (órgano encargado de llevar a cabo

el seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³), los denomina "factores determinantes básicos de la salud": agua potable y condiciones sanitarias adecuadas; alimentos aptos para el consumo; nutrición y vivienda adecuadas; condiciones de trabajo y medio ambiente salubres; educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud e igualdad de género.

- **El derecho a la salud comprende algunas libertades**, que incluyen el derecho a no ser sometido a tratamiento médico sin el propio consentimiento (ejemplo, a experimentos e investigaciones médicas o esterilización forzada) y a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.
- **El derecho a la salud comprende algunos derechos**, entre los cuales se encuentran el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; el derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades; el acceso a medicamentos esenciales; la salud materna, infantil y reproductiva; el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos y a la educación sobre cuestiones relacionadas con la salud; la participación de la población en el proceso de adopción de decisiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional.
- **Deben facilitarse servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación**, de acuerdo al principio fundamental de los derechos humanos.
- **Todos los servicios, bienes e instalaciones deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad.**

Precisiones sobre ideas comunes acerca del derecho a la salud

El derecho a la salud no es lo mismo que el derecho a estar sano, dado que la salud depende también de factores que quedan fuera del control directo de los Estados. El derecho a la salud hace más bien referencia al derecho a disfrutar de un conjunto de bienes, instalaciones, servicios y condiciones que son necesarios para su realización. Por ello, describirlo como *el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental* es más exacto que como un derecho incondicional a estar sano.

El derecho a la salud no es sólo un objetivo programático a largo plazo. Los Estados deben hacer todo lo posible, dentro de los límites de los recursos disponibles, para hacer efectivo el derecho a la salud y adoptar sin demora medidas en ese sentido. Por ejemplo, garantizar el derecho a la salud sin discriminación alguna; elaborar leyes y planes de acción específicos u otras medidas análogas para la plena realización de este derecho; y garantizar un nivel mínimo de acceso a los componentes materiales esenciales del derecho a la salud, por ejemplo, el suministro de medicamentos esenciales y la prestación de servicios de salud materno-infantil. Es decir que **las dificultades económicas de un país no le eximen de la obligación de adoptar medidas que garanticen el disfrute del derecho a la salud.**

El vínculo entre el derecho a la salud y otros derechos humanos

Los derechos humanos son interdependientes e indivisibles⁴, lo cual significa que el no reconocimiento del derecho a la salud a menudo puede obstaculizar el ejercicio de otros derechos humanos, por ejemplo el derecho a la educación o al trabajo, y viceversa. La importancia que se concede a los **factores determinantes básicos de la salud** (los factores y condiciones que contribuyen a la protección y promoción del derecho a la salud, aparte de los servicios, los bienes y los establecimientos de salud) demuestra que este derecho depende del ejercicio de muchos otros derechos humanos: el derecho a los alimentos, al agua, a un nivel de vida adecuado, a una vivienda adecuada, a no ser objeto de discriminación, a la intimidad, al acceso a la información, a la participación y a beneficiarse de los avances científicos y sus aplicaciones.

OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS Y RESPONSABILIDADES DE OTRAS PARTES CON RESPECTO AL DERECHO A LA SALUD

Obligaciones de los Estados

Las mismas se dividen en tres categorías: las obligaciones de *respetar*, *proteger* y *realizar*.

La **obligación de respetar** requiere que los Estados se abstengan de interferir directa o indirectamente en el derecho a la salud. Por ejemplo, deben abstenerse de limitar el acceso a los servicios de atención sanitaria; comercializar medicamentos peligrosos; imponer prácticas discriminatorias relacionadas con el estado y las necesidades de salud de las mujeres; limitar el acceso a los anticonceptivos y otros medios de mantener la salud sexual y reproductiva; retener, censurar o falsear información sanitaria; atentar contra el derecho a la intimidad (por ejemplo, de las personas que viven con el VIH/SIDA).

La **obligación de proteger** comporta la exigencia de que los Estados impidan que terceros interfieran en el derecho a la salud y de que ellos mismos adopten medidas para lograr que los agentes privados cumplan las normas de derechos humanos cuando prestan atención sanitaria u otros servicios: por ejemplo, reglamentar la composición de los productos alimentarios; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por los agentes privados; velar por que la privatización no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud; velar por que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios sanitarios, incluida la higiene ambiental; y asegurar que el personal de salud preste atención a las personas con discapacidad con el consentimiento libre e informado de éstas.

La **obligación de realizar** implica la exigencia de que los Estados adopten las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, de promoción y de otro tipo, apropiadas para la realización plena del derecho a la salud. Por ejemplo, deben adoptar una política o un plan de salud nacional que abarque los sectores público y privado; garantizar la prestación de atención sanitaria, incluidos programas de inmunización contra enfermedades infecciosas y servicios destinados a minimizar y prevenir nuevas discapacidades; garantizar la igualdad de acceso de todos a los factores determinantes básicos de la salud (por ejemplo, alimentos nutritivos y aptos para el consumo, y servicios de saneamiento y agua potable); asegurarse de que las infraestructuras de salud pública presten servicios de salud sexual y reproductiva y que los médicos y otro personal de salud

sean suficientes y tengan una capacitación adecuada; y proporcionar información y asesoramiento sobre cuestiones relacionadas con la salud, como el VIH/SIDA, la violencia en el hogar o el consumo excesivo de alcohol, medicamentos u otras sustancias nocivas. La existencia de sistemas de salud efectivos e integrados, que comprendan la atención sanitaria y los factores determinantes básicos de la salud, también es esencial para garantizar el derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud.

Sistemas de Salud Nacionales

Desde el punto de vista del Derecho a la Salud, un Sistema de Salud Nacional debe constar de varios componentes: un sistema adecuado para recopilar datos que permitan hacer un seguimiento de la realización del derecho a la salud; capacidad nacional para producir un número suficiente de trabajadores sanitarios competentes que disfruten de buenas condiciones de empleo; un proceso para realizar evaluaciones del impacto en el derecho a la salud previas a la ejecución de las principales políticas relacionadas con ella; disposiciones que garanticen la participación en la formulación de las políticas de salud; y mecanismos efectivos, transparentes y accesibles de rendición de cuentas.

La *Declaración de Alma-Ata*, realizada en Kazajistán del 6 al 12 de septiembre de 1978, hace hincapié en la función decisiva que la **Atención Primaria de la Salud** desempeña en el sistema sanitario de un país (Art. VI). También destaca que los Estados deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales para establecer y mantener una Atención Primaria de la Salud que forme parte de un **sistema nacional de salud integrado** (Art. VIII).

Responsabilidades que incumben a otras partes

Como parte de su obligación de proteger los derechos humanos, con respecto a la salud los Estados deben adoptar medidas legislativas y de otra índole que garanticen el acceso en condiciones de igualdad a la atención sanitaria prestada por terceros. Es cada vez más intenso el debate sobre la medida en que otros agentes de la sociedad -particulares, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales (ONG), profesionales de la salud y empresas- tienen la responsabilidad de promover y proteger los derechos humanos⁵.

El sector privado

Los negocios pueden afectar al derecho a la salud de varias maneras. Las empresas de medicina prepaga y las compañías que comercializan productos farmacéuticos o equipo médico pueden contribuir positivamente al disfrute del derecho a la salud, pero también pueden obstaculizarlo. Las industrias extractiva y manufacturera también pueden atentar indirectamente contra el derecho a la salud por la contaminación del agua, el aire y el suelo. Se considera que incumbe a las empresas comerciales responsabilidad con respecto a los derechos humanos; no obstante, los Estados son en último término responsables de cualquier violación de los derechos humanos⁶.

LA SALUD COMUNITARIA

Los determinantes de la salud

“Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causas de enfermedades son una pobre causa”

Ramón Carrillo

Considerar los procesos de salud y enfermedad como expresión de las condiciones de vida de los diversos grupos de población permite vislumbrar la complejidad de los determinantes que producen enfermedades en los individuos y las poblaciones.

Como mencionamos anteriormente, la salud es un derecho humano universal y un factor clave del desarrollo sustentable de las sociedades, que el Estado debe garantizar. Pero asegurar este derecho no se limita a asegurar el acceso equitativo a los servicios de atención de salud, sino que implica asegurar un conjunto de condiciones de vida y de trabajo relevantes para el logro de la salud. Según la *Carta de Ottawa*⁷, las **condiciones y requisitos para la salud** son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

La Carta de Ottawa introdujo la idea de **calidad de vida** -entendida como el conjunto de variables que intervienen a favor o en detrimento de la salud- y de esta conceptualización surge la idea de que hay modos de vida que producen más salud. Ahora bien, el conjunto de variables que interviene en la producción de los estilos de vida no siempre está al alcance de la voluntad de los individuos: factores políticos, económicos, sociales y ambientales influyen en los individuos y comunidades, y muchas veces se imponen irremediablemente, redefiniendo sus voluntades e incidiendo en las formas de vivir. Sintetizando, **promover la salud y vivir saludablemente es una meta compleja**. Por ello, la Carta también hace referencia a otras dimensiones de la vida humana que inciden en los **estilos de vida saludables**: la necesidad de tiempo para el trabajo y para el ocio; del uso razonable de los recursos naturales para no agotarlos y permitir su regeneración; y la necesidad de que naciones, sociedades, comunidades e individuos se comprometan en el propósito de sostener una calidad de vida saludable.

El **enfoque de los determinantes sociales de la salud** proporciona un marco conceptual para valorizar la implicancia de una determinada condición en la realización del derecho a la salud, para cada comunidad o grupo. Se entiende por determinantes sociales de la salud las *condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud*.

La Organización Mundial de la Salud⁸ alude a ellos de la siguiente forma: “(...) Las personas que están más abajo en la escala social usualmente poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente. Causas materiales y psicológicas contribuyen con estas diferencias y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muertes. Si las políticas no logran enfrentar esos eventos no sólo ignoran los más potentes determinantes de la salud, sino que dejan de cumplir uno de los retos más importantes de las sociedades modernas, la justicia social.” (OMS, 2003)

LA SOLIDARIDAD SOCIAL

En expresiones del Secretario General de ONU, *“La solidaridad, que se basa en la igualdad, la inclusión y la justicia social, conlleva una obligación mutua entre todos los miembros de la sociedad y de la comunidad mundial”*⁹.

El origen de esta palabra proviene del sustantivo *“soliditas”* del latín, que se refiere a lo que está entero y unido, y constituido por partes de una misma naturaleza, lo cual en el caso de los sistemas de protección social alude a la igualdad y homogeneidad de los seres humanos. **Como valor, apela al ejercicio de la ciudadanía plena, al compromiso y la responsabilidad.**

Los sistemas de protección social resuelven problemas que son comunes y universales, y la solidaridad social es el principio troncal que rige su funcionamiento. **La Solidaridad Social no consiste en actitudes individuales** sino que, al facilitar la existencia de un vínculo real entre la persona y la sociedad, **constituye una construcción colectiva a partir de la cual las personas experimentan su pertenencia y ejercitan su responsabilidad, resguardando la cohesión de la sociedad y protegiendo la dignidad humana.**

La Solidaridad Social reclama un proyecto proteccional que establezca aportes progresivos en función de las capacidades de cada miembro del sistema para contribuir a financiar las protecciones; los más jóvenes en relación a los más ancianos, los que tienen salud en relación con los que no la tienen, los que están empleados en relación con los que no, los que gozan de la vida en quienes no tengan capacidad, focalizando la contribución en los que disfrutan de una condición superior. Por lo tanto las disposiciones del sistema de seguridad social deben ser procedentes, sensatas y estar correctamente distribuidas.

Todos los ciudadanos deberíamos sensibilizarnos y tomar conciencia de que el cumplimiento de las obligaciones con los demás afianza una cultura en seguridad social que fortalece el ejercicio de nuestra ciudadanía y encamina a la sociedad a ampliar las posibilidades de que todos vivamos de un modo más integrado, sin odiosas asimetrías, con equidad e inclusión.

La Protección Social de la Salud¹⁰

La **Protección Social de la Salud** es definida por la OIT como *una serie de medidas públicas (u organizadas públicamente) y privadas autorizadas, contra la penuria social y la pérdida económica (ocasionadas por la reducción de la productividad, la suspensión o la reducción de ganancias o el costo del tratamiento necesario) que puede derivarse de un mal estado de salud.* Consiste en las distintas opciones financieras y organizativas cuyo objetivo es otorgar paquetes adecuados de prestaciones para brindar una protección contra el riesgo de enfermedad, y la carga financiera y catastrófica que representa.

La misma está basada los valores centrales de Equidad, Solidaridad y Justicia Social, entendidos como principios básicos del acceso universal a una **protección social de la salud** cimentada en la participación en la carga, la distribución del riesgo, el otorgamiento de

poder y en la participación. Corresponde a los Estados y a las instituciones poner estos valores en práctica.

La consecución de la cobertura de la protección social de la salud –definida como **el acceso efectivo a una asistencia médica y a una protección financiera accesible y de calidad en caso de enfermedad**– es el objetivo central. La cobertura debe tener en cuenta el tamaño de la población cubierta; la accesibilidad financiera y geográfica; la calidad y pertinencia de los servicios cubiertos; y el grado en que están cubiertos los costos de un paquete de prestaciones.

Los *mecanismos de financiación de la protección social de la salud* varían desde la asistencia brindada por el **Servicio Nacional de Salud** (financiada mediante los impuestos) hasta el **seguro social de salud obligatorio** (financiado por medio de las cotizaciones de los empleadores y de los trabajadores, que implica una estructura de gobernanza tripartita), los **regímenes de seguro de salud privados** sin fines de lucro obligatorios o regulados, así como los **regímenes de seguro de salud sin fines de lucro como las mutuales** y los **regímenes basados en la comunidad**. Cada mecanismo financiero implica habitualmente la distribución de los riesgos entre las personas cubiertas y muchos de éstos incluyen explícitamente subsidios cruzados entre ricos y pobres. En todos los sistemas de protección social de la salud existe alguna forma de estos subsidios cruzados, de lo contrario no podría perseguirse ni obtenerse la meta del acceso universal.

Además de la organización y la financiación de la asistencia médica, otros factores sociales desempeñan un papel decisivo en el logro de los resultados deseados en materia de salud, como el alivio de la pobreza, la creación de lugares de trabajo decentes y el desarrollo social y económico en general. Por consiguiente, **la protección social de la salud no puede perseguirse como una política aislada; se considera, y debería serlo siempre, como un componente de una estrategia nacional global de protección social.**

En un documento del año 2006¹¹ la CEPAL centra la atención en la cuestión de la protección social, que se encuentra en un punto de inflexión histórica y reclama un cambio de enfoque ante el nuevo orden global y sus repercusiones en las sociedades nacionales. El principal elemento que lleva a repensar los mecanismos instituidos de solidaridad con fines de protección social es el mercado del trabajo, que no ha demostrado una capacidad incluyente ni en términos de generación de trabajo decente ni de niveles contributivos. A pesar de la importancia de promover políticas que generen más y mejores empleos, no cabe esperar que a corto o mediano plazo el empleo sea suficiente como mecanismo de protección de la mayoría de la población frente a riesgos relacionados con la falta de ingresos, la salud y el envejecimiento. El cambio estructural que refleja la situación actual obliga a replantearse la protección social en el marco de la solidaridad integral, de forma que se combinen mecanismos contributivos y no contributivos. Esto hace necesaria la concertación de un nuevo pacto social que tenga a los derechos sociales como horizonte normativo, y a las desigualdades y restricciones presupuestarias como limitaciones que es necesario reconocer y enfrentar. En otras palabras, se requiere conciliar los imperativos éticos que sirven de marco a un contrato centrado en derechos sociales con las restricciones financieras existentes. Por ello se presta especial atención a algunos de los principales temas relacionados con la protección social, como los procesos de reforma y diseño de los sistemas de salud y previsión social, tomando como base tanto la dinámica del mercado laboral como las posibilidades fiscales de los países. Estas consideraciones se refieren a algunos de

los temas que hoy en día debieran formar parte de un nuevo pacto social basado en el derecho a la protección social.

¹ Extraído del documento de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y Organización Mundial de la Salud (OMS). *El Derecho a la Salud*. Folleto Informativo N° 31.

² Muchas de éstas y otras importantes características del Derecho a la Salud se clarifican en la Observación General N° 14 (2000) sobre el Derecho a la Salud, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

³ El Pacto fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor en 1976 y el 1 de diciembre de 2007 había sido ratificado por 157 Estados.

⁴ Véase *Declaración y Programa de Acción de Viena* (A/CONF.157/23), aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena del 14 al 25 de junio de 1993.

⁵ E/CN.4/2003/58, cap. IV, sec. F.

⁶ *Ibíd.*

⁷ La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente Carta dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000".

⁸ OMS (2003) *Social Determinants of Health: the solid facts*. Copenhagen, WHO, Europe.

⁹ BAN KI-MOON, Secretario General de la ONU, Mensaje en el Día Internacional de la Solidaridad Humana, 20 de diciembre de 2009

¹⁰ Extraído del documento de la Organización Internacional de Trabajo (OIT), *Protección Social de la Salud: Una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica*. Documento de consulta. Temas de Protección Social, Documento de Discusión 10. Febrero 2007

¹¹ Extraído del resumen de José Luis Machinea, Secretario Ejecutivo Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre el libro de CEPAL, *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Febrero 2006.