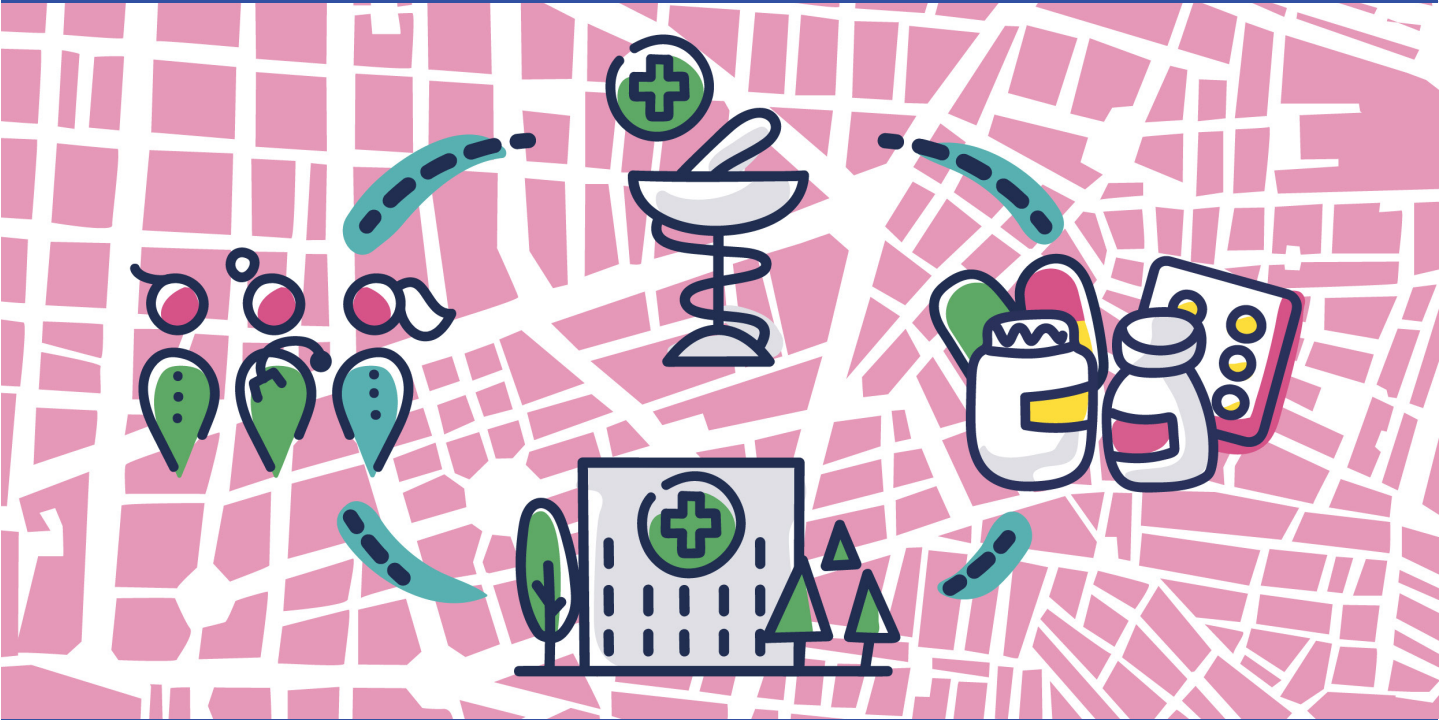


Kit didáctico: ACTIVANDO SALUD



UNIDAD DIDÁCTICA 1

DERECHO A LA SALUD

ÍNDICE

@Farmamundi @MedicosdelMundo
©del texto 2025: Farmamundi y Médicos del Mundo
e-mail: madrid@farmamundi.org
web: <https://activandosaludmadrid.saludglocal.org/>



Edición y producción:
Farmamundi
Médicos del Mundo

Coordinación:
Ana Isabel Blas Nieto

Revisión de textos:
Núria Llurba Montesino
María Álvaro
Andrea Luque Martín

Diseño y maquetación
Atómica creativa | atomicacreativa.es

Financia:
Ayuntamiento de Madrid

Esta publicación ha sido realizada con el apoyo financiero del Ayuntamiento de Madrid, en el marco del proyecto **Activando salud-III: Conectando activos para la salud comunitaria con la localización de metas de los ODS y la Carta de Derechos fundamentales de la UE mediante procesos ApS en cuatro distritos de Madrid.**

COPYLEFT
El contenido de la presente publicación no tiene fines comerciales y puede ser reproducido haciendo referencia a la fuente. Permitida la copia, distribución, exhibición y utilización de la publicación bajo las siguientes condiciones: se debe mencionar la fuente.
El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de Farmamundi y Médicos del Mundo. El Ayuntamiento de Madrid no asume responsabilidad alguna sobre dichos contenidos.

¿Quiénes somos?	3
Objetivo de la unidad didáctica	4
Antes de nada... nos preguntamos	4
Introducción	4
¿Qué es qué?	5
1. Salud, derechos humanos y marco legislativo internacional	7
2. El derecho a la salud en el marco legislativo nacional	10
3. Acceso a servicios sanitarios	15
4. Conclusiones	23
5. Bibliografía	24





¿Quiénes somos?

Farmamundi promueve la prevención, la atención primaria, el acceso a los medicamentos esenciales y el fortalecimiento de los servicios públicos de salud combatiendo toda forma de discriminación y violencia contra las mujeres, mediante procesos participativos con garantía de equidad, derechos humanos y apropiación cultural, permitiendo a las personas y pueblos elegir y protagonizar libremente sus propios procesos de desarrollo.

Por su parte, Médicos del Mundo lleva más de tres décadas trabajando para garantizar el derecho a la salud sin exclusiones, apostando por una cobertura sanitaria universal que ofrezca a todas las personas acceso a servicios de atención, prevención y promoción de la salud, garantizando a la vez el acceso a tratamientos y medicamentos independientemente de sus recursos económicos o situación administrativa.

La presente unidad didáctica forma parte del kit didáctico dirigido a profesionales y futuros profesionales de ámbito socio sanitario sobre derecho a la salud, en el marco de la fase III del programa “Activando salud”, como una iniciativa de Educación para la Ciudadanía Global (EpCG) impulsada por ambas entidades y financiada por el Ayuntamiento de Madrid.

Este kit está conformado por 3 unidades didácticas con las que queremos facilitar herramientas formativas a profesionales y estudiantes de ámbito socio sanitario, así como a otras personas interesadas, la promoción de procesos de transformación social, incorporando múltiples miradas que nos permiten abordar diversas dimensiones y factores desde los que promover el derecho a la salud.

Objetivo de la unidad didáctica

El objetivo principal de esta unidad didáctica es facilitar un marco de aprendizaje para la contextualización y acercamiento a la defensa y protección del derecho a la salud para todas las personas, generando un espacio de conocimiento y reflexión en actuales y futuras profesionales de ciencias sociales y de la salud. La unidad didáctica ofrece información para la definición de conceptos básicos vinculados a la salud, la aproximación al marco legislativo y un análisis de factores condicionantes, desde una perspectiva integral, global e incluyente. Incorpora una mirada equitativa y de justicia social para la conformación de una ciudadanía consciente y comprometida con los derechos humanos.

Antes de nada...nos preguntamos

- Cuando hablamos de salud... ¿A qué nos referimos?
- ¿La salud es un derecho?
- ¿Cómo podemos proteger el cumplimiento del derecho a la salud?
- ¿De qué crees que depende la salud de las personas?
- ¿El acceso a servicios sanitarios es un derecho para todas las personas?
- ¿Qué inequidades en salud se pueden producir en el contexto local y global?

Introducción

El concepto de salud ha evolucionado acorde a la investigación científica y a la incorporación de análisis interdisciplinarios que nos han permitido pasar de concebirlo como la mera ausencia de enfermedad, a entenderlo como el ejercicio de pleno bienestar biopsicosocial. Así, en la actualidad existe cierto consenso en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud al entender la salud como un estado de completo bienestar de la persona.

Para abordar el impacto de la salud en nuestra vida diaria, en esta unidad didáctica haremos un recorrido a través de la salud como un derecho fundamental del que deberían poder disfrutar todas las personas, y que queda recogido en diferentes tratados y acuerdos nacionales e internacionales.

Es esencial contextualizar el derecho a la salud como parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), así como comprender las implicaciones que tienen esta declaración y otras posteriores tanto para el ejercicio pleno del derecho como para su defensa y protección en el día a día de la ciudadanía.

Desde Farmamundi y Médicos del Mundo, consideramos que es fundamental que la sociedad en la que vivimos disponga de las oportunidades necesarias para informarse, ser conocedora y poder reivindicar y defender el derecho a una salud integral y a los elementos que lo componen.

Para profundizar en estas cuestiones, y con la apuesta por contribuir a la mejora de competencias de futuros y actuales profesionales socio sanitarios/as, realizaremos un análisis en profundidad sobre el marco legislativo en materia de salud y su dimensión en el marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Así mismo, dedicaremos unos capítulos al análisis de los factores que pueden condicionar el acceso y el ejercicio pleno a la salud de todas las personas, entendidos como determinantes sociales, así como un repaso al contexto actual en materia de accesibilidad a servicios sanitarios y a medicamentos esenciales.

La ciudadanía es consciente de la importancia de la salud tanto sobre nosotros/as individualmente, como sobre la comunidad o el entorno en el que vivimos, por lo que esta unidad didáctica apuesta por ampliar la mirada y contribuir a la generación de una ciudadanía crítica y consciente de su papel protagonista en la defensa y protección del derecho a la salud.

¿Qué es qué?

Salud

La definición del concepto de salud ha evolucionado desde el siglo XIX en función de los avances médico- científicos y acorde a los cambios en los contextos políticos, económicos, culturales y sociales. En la actualidad entendemos salud desde una mirada amplia que nos permite incorporar todas las dimensiones de desarrollo de la persona, entendiéndose como un proceso que no abarca sólo la dimensión individual, sino también aquellas connotaciones e implicaciones sociales que se generan solo en torno a esta realidad.

En el capítulo 1 de esta unidad didáctica realizamos un recorrido histórico de la concepción de salud, lo que permitirá acercarnos a diversas definiciones y enfoques del concepto. Con el fin de establecer una definición que nos permita situarnos en un marco común de trabajo, recuperamos la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que entiende la salud como un **estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades**. Señala, asimismo, 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, sexo, religión, ideología política o condición económica o social.

Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)

Se trata de un documento adoptado por la Asamblea General de Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 en París tras dos años de trabajo en un comité de redacción formado por diversos países y que unió aportaciones de todos los Estados, que recoge en sus 30 artículos los derechos humanos considerados básicos, inviolables e inherentes a todas las personas en todos los lugares del mundo. Nace como un consenso para establecer las líneas de acción global para el respeto a la libertad, igualdad y dignidad humana, y se trata de la primera vez en la que todos los países acordaron las libertades y derechos que merecen protección universal para que todas las personas vivan su vida de forma libre, igualitaria y digna.

Este consenso nace como respuesta a los actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad cometidos durante la Segunda Guerra Mundial, y su adopción reconocía que los derechos humanos son la base de la libertad, la justicia y la paz.

Los derechos que se incluyeron continúan siendo la base del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, y continúa siendo un texto vivo que ha sido actualizado y ampliado durante la segunda mitad del siglo XX. Estos derechos y libertades incluyen el derecho a no ser sometido a tortura, el derecho a la libertad de expresión, el derecho a la educación y el derecho a buscar asilo.

La Declaración incluye derechos civiles y políticos, como los derechos a la vida, a la libertad y a la vida privada. También incluye derechos económicos, sociales y culturales, como los derechos a la seguridad social, a la **salud** y a una vivienda adecuada.

Para conocer mejor la historia de la DUDH, te invitamos a consultar la página web oficial de Naciones Unidas:
<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Fundada también en 1948, la OMS es el organismo de las Naciones Unidas que facilita y coordina el contacto entre naciones, órganos asociados y personas, a fin de promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables. Su objetivo principal reside en que todas las personas en todos los lugares, puedan alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Como organismo multilateral y global, lidera los esfuerzos mundiales para ampliar la cobertura sanitaria universal. Dirige y coordina la respuesta mundial a las emergencias sanitarias, y promueve una vida más saludable, desde los cuidados durante el embarazo hasta la vejez y/o última etapa de la vida. Tal como se estableció en su constitución, la labor de la OMS sigue firmemente anclada en los principios básicos del derecho a la salud y al bienestar de todas las personas, y establece la Asamblea Mundial de la Salud como su órgano decisorio, a la que asisten delegaciones de todos los Estados Miembros.

Puedes consultar su web, para conocer mejor el funcionamiento de este organismo, sus objetivos e información de actualidad: <https://www.who.int/es/about>

Determinantes sociales de la salud (DSS)

La OMS define los Determinantes Sociales de la Salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida humana. Existen diferentes clasificaciones en función de su origen y el impacto que estos pueden generar en la persona y sus posibilidades de disfrutar de una salud plena, si bien el rasgo común es que son de origen social y por lo tanto son injustos y evitables.

Cobertura Sanitaria Universal (CSU)

Según la OMS, existe Cobertura Sanitaria Universal cuando toda la población dispone de los servicios de salud que necesita sin que el pago de esos servicios le cause dificultades económicas. Es un concepto que abarca toda la gama de servicios de salud esenciales, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos a lo largo del curso de la vida.

Medicamento Esencial (ME)

Según la OMS, son aquellos que tratan de manera eficaz y segura las necesidades prioritarias de salud de la población. Estos medicamentos se seleccionan en función de su pertinencia para la salud pública y de la evidencia disponible acerca de los beneficios y los prejuicios que comportan. El aspecto más importante a tener en cuenta sobre este grupo de medicamentos es que deben estar disponibles en todo momento en los sistemas de salud nacionales, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con calidad e información adecuada y a un precio asequible tanto para la comunidad como para los y las pacientes.

1. Salud, Derechos Humanos y marco legislativo internacional

Hasta inicios del siglo XX, la concepción de salud en las sociedades occidentales se basaba en factores naturales, genéticos o accidentales que no eran controlables ni modificables, y que tenían un impacto en la constitución y desarrollo de la persona, por lo que no se abordaba como objeto de derechos específicos. Los avances en diversos campos de la ciencia desde mediados del S XIX facilitaron el conocimiento y la capacidad de control de los factores y circunstancias que condicionan tanto la esperanza de vida como las herramientas para el control de enfermedades y de los principales vectores de contagio.

A mediados del siglo XX se sucedieron dos de los hitos más relevantes en el ámbito de la medicina con el descubrimiento de la penicilina (1941) y la creación, en el ámbito político y social, de la Organización Mundial de la Salud (1948), como fruto de la firma de la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** ese mismo año, que recogía por primera vez la salud como un derecho fundamental en su artículo 25, que recoge que

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.”

Desde entonces, el concepto de salud se ha ido ampliando para abarcar todas las dimensiones de desarrollo de la persona, entendiéndose como un proceso que no abarca sólo la dimensión individual de la persona, sino también aquellas connotaciones e implicaciones sociales que se generan en torno a esta realidad.

Así, la **OMS** define la salud como un **estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades**. Señala, asimismo, 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, sexo, religión, ideología política o condición económica o social**.

Este organismo declara también que la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y por ende, depende de la cooperación de las personas y los Estados (1).

Como podemos ver, el recorrido por la normativa internacional de la Organización de Naciones Unidas (ONU), reconoce expresamente y al máximo nivel formal, el **derecho a la protección de la salud como un derecho inherente a todo ser humano**, acorde a la DUDH.

Asimismo, esta normativa contempla principios como el de **accesibilidad, calidad y universalidad**. Destacamos el principio de **no discriminación**, que incluye la exigencia de una situación administrativa regular en la situación de las personas extranjeras.

Estos tratados de carácter internacional están ratificados por España, lo que obliga al Estado español a asumirlos como parte de su normativa legislativa, tal como queda recogido en los artículos 10.2 y 96.1 de la Constitución Española (CE en adelante).

El **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)** (2), firmado en 1966, recoge en su artículo 12, que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Algunas de las medidas que contempla para ello se orientan a lograr reducir la mortalidad neonatal e infantil, mejorar aspectos de higiene laboral y medio ambiente, prevenir y tratar las enfermedades epidémicas o la creación de unas condiciones adecuadas para la asistencia médica universal.

Así mismo, plantea que el derecho a la salud contiene una serie de elementos interrelacionados y esenciales (3) tales como:

Disponibilidad:

Por la que se entiende que los bienes, servicios y programas de salud deben estar disponibles en suficiente cantidad.

Accesibilidad:

Cuyas 4 dimensiones son:

- No discriminación.
- Accesibilidad física.
- Accesibilidad económica (asequibilidad).
- Acceso a la información.

Aceptabilidad:

Es decir, que los servicios sanitarios sean respetuosos con la ética médica, culturalmente apropiados, confidenciales y sensibles a los aspectos de género.

Calidad:

Por la que se entiende que los servicios sanitarios deben ser científica y médicamente apropiados.

A lo largo de las últimas décadas, las **Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud** organizadas por la OMS han establecido los conceptos, principios y áreas de acción en esta materia, y han situado la promoción de la salud en el contexto general de la globalización.

Podemos decir que desde que comienza a desarrollarse el reconocimiento explícito del derecho a la salud en acuerdos y tratados, la conexión entre salud y desarrollo ha estado siempre presente, siendo la **I Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud** (4) de 1978 y la **I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud** de 1986 (5), las que sienten las bases para que las dos cuestiones se traten de forma conjunta. El ciclo de conferencias sobre temas sociales organizado por las Naciones Unidas en la década de los 90, supuso el establecimiento de un vínculo esencial entre la salud y la concepción de desarrollo.

Este ciclo culminó con la **Conferencia del Milenio (2000)** y la **Conferencia sobre Financiación para el Desarrollo (2002)**, en las que se estableció la aceptación generalizada del concepto de promoción de la salud y la incorporación de los temas de salud en la agenda del desarrollo.

En el año 2000 se celebra en Nueva York la **Cumbre del Milenio** (6). En ella, 189 países se comprometieron en la llamada Declaración del Milenio, a hacer el máximo esfuerzo para avanzar en la erradicación de la pobreza y del hambre y en la promoción de la educación, la salud, la equidad de género y la sostenibilidad ambiental. Estos propósitos se concretaron en 8 objetivos con 18 metas y cerca de 48 indicadores para su seguimiento, de los cuales al menos 4 estaban directamente vinculados con la promoción y defensa de la salud.

En este desarrollo del derecho a la salud cabe destacar más recientemente la **Cumbre sobre el Desarrollo Sostenible (2015)** (7), de la cual nace la actual **Agenda 2030**, así como la **No-vena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (2016)** (8).

Si bien dedicaremos una unidad didáctica específica al desarrollo de la Agenda 2030 y la promoción y defensa de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS en adelante), cabe señalar que centra todos sus esfuerzos en encontrar nuevas formas de mejorar la vida de las personas en el mundo, erradicar la pobreza, promover la prosperidad y bienestar para todas las personas, proteger el medio ambiente y luchar contra el cambio climático.

Para ello, los líderes mundiales adoptaron un conjunto de objetivos globales como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible, cada uno de ellos con metas específicas a lograr en los próximos 15 años. Se trata de una agenda circular, donde el logro de un objetivo sólo se entiende con el logro de todos los objetivos, entre los cuales el ODS 3 se centra específicamente en salud, y busca **garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible**.

Carta social europea del Consejo de Europa [1961]

“Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud, por medio de la adopción de una serie de medidas” (Parte I.11 y II.11)

“Toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a la asistencia social y médica” (Parte I.13).

**Esta carta admite en su anexo que ciertos derechos, entre ellos el referido a salud, se aplique sólo a las personas extranjeras cuando residan legalmente o trabajen habitualmente dentro del territorio de otro Estado.*

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea [Art. 35, 2007]

“Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a la atención sanitaria en las condiciones **establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales**. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión, se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana”

Tratado de funcionamiento de la UE. Título XIV. Salud pública [revisado en 2013, art. 168]

La Unión Europea:

- Respetar las **responsabilidades de los Estados** en materia de salud pública, en la definición de su política de salud, la organización y prestación de servicios sanitarios, así como la asignación de recursos a esos servicios.
- **Complementa las políticas nacionales** y fomenta la cooperación entre Estados adoptando **recomendaciones**.
- Puede adoptar **medidas para la protección** de la salud humana y la lucha ante retos transfronterizos (por ejemplo, pandemias).
- Garantiza un alto nivel de protección de la salud humana, pero **excluye** expresamente toda **armonización de disposiciones legales** de los Estados.

En la práctica, y a pesar de esta profusa regulación normativa, el derecho a la salud es vulnerado en numerosos lugares, tanto en países desarrollados como empobrecidos. Se trata de un derecho que debe ser garantizado por los Estados a su población a través del sistema sanitario. Esto implica que los Estados son responsables de poner en marcha políticas que garanticen condiciones adecuadas para prestar los servicios esenciales de salud. Sin embargo, estos sistemas son deficientes en muchos países. En algunos casos existen lagunas normativas o incluso se promulgan leyes y normas nacionales o locales que fijan prioridades que resultan discriminatorias, o que establecen

procedimientos y trámites administrativos que obstaculizan el acceso a los servicios de salud.

Por otra parte, los contextos inestables a causa de conflictos y violencia favorecen la vulneración del derecho a la salud, tanto por el ejercicio de violencia directa (agresiones físicas, maltratos, torturas, etc), como por la potencial desarticulación de los sistemas sanitarios y las dificultades de acceso a atención médica, algo que incide especialmente en colectivos vulnerables que se ven privados del acceso a los servicios sanitarios, medicamentos o tratamiento médico.

2. El derecho a la salud en el marco legislativo nacional

Para adentrarnos en el análisis desde una perspectiva estatal, proponemos un recorrido legislativo que nos ayuda a contextualizar el marco legal en el que trabajamos por la promoción y defensa del derecho a la salud (9).

Constitución de 1978

La Constitución española establece una diferencia entre derechos en función del nivel de garantías jurídicas y protección desde el que están planteados, con una clara distinción:

- Art. 15: "Derecho a la vida y a la integridad física y moral", con el máximo nivel de garantías jurídicas por ser un derecho fundamental.
- Art. 43. "Se reconoce el derecho a la protección de la salud".

El artículo 43 es solo un mero principio rector de la política social y económica, que está en un tercer nivel de protección con un bajo nivel de garantías para su plena efectividad, generando

problemas por el genérico reconocimiento y planteando un contenido limitado que no garantiza medidas inmediatas ni especialmente protegidas.

En este sentido, es importante resaltar que según la sentencia del Tribunal Constitucional, existen derechos inherentes a la dignidad humana que corresponden por igual a personas españolas y extranjeras (derecho a la vida, por ejemplo), y derechos que pertenecerán o no a las personas extranjeras según lo dispuesto por los tratados y las leyes, siendo admisible la diferencia de trato en función de la ciudadanía.

Para definir el recorrido legislativo así como la titularidad de responsabilidades en materia de derecho a la salud, es importante detallar cómo se realiza el reparto competencial entre Estado central y Comunidades Autónomas:

Competencia del Estado

- La sanidad exterior.
- Las bases y coordinación general del sistema público de salud.
- Legislación en materia de medicamentos y productos farmacéuticos.
- Legislación general (entendido como la normativa básica) en materia de sanidad, siendo esto competencia exclusiva del Estado.
- Toda legislación sobre inmigración, a excepción de la posible coordinación con los servicios sociales de cada Comunidad.

Competencia de las Comunidades Autónomas

- Asumen competencias en materia de sanidad e higiene (Art 148.1.21.), con capacidad legislativa y ejecutiva, por lo que pueden dictar normas de desarrollo y complementarias a la legislación estatal, siempre que no la contradigan.

Recorrido por el desarrollo infraconstitucional

Desde inicios de los años 80, destacamos diversos vaivenes legislativos que han condicionado el desarrollo del derecho a la salud a nivel nacional y su impacto a nivel autonómico:

● Apuesta por la universalidad de la atención sanitaria hasta 2012

• Ley 14/1986 LEY GENERAL DE SANIDAD:

Con esta ley se establece el carácter público y la universalidad del sistema, como principios del Sistema Nacional de Salud (SNS). Esta ley ha tenido múltiples modificaciones y ha sido completada con otras leyes independientes.

Establece como **titulares del derecho** a la protección de la salud y la atención sanitaria, a **toda la población española y extranjera residente en territorio nacional**.

Para las personas extranjeras no residentes en España y españoles fuera del territorio nacional, se refiere a la **garantía del derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan**.

Diferencia para ello tres situaciones:

- Españoles/as
- Comunitarios/as: no discriminación por nacionalidad y libre circulación de trabajadores/as
- Extracomunitarios/as

• Ley Orgánica 4/2000, "sobre los derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social" (art 12).

Se propone la **extensión del derecho** de asistencia sanitaria a los extranjeros "que se encuentren en España inscritos en el padrón del Municipio en el que residan habitualmente, en las mismas condiciones que los españoles".

Por otra parte, establece el **derecho de las personas extranjeras**, cualquiera que sea su situación administrativa, a los **servicios y prestaciones sociales básicas** (art 14.3).

• Ley 16/2003 de cohesión y calidad del sistema nacional de salud.

Hasta 2012, reconocimiento del **derecho a la asistencia sanitaria a todas las personas extranjeras que estuvieran empadronados en España** y no dispusieran de recursos económicos suficientes.

● Regresión del Real Decreto Ley 12/2012, "de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones"

Este real decreto supuso fuertes restricciones que supusieron una **vulneración del derecho universal a la salud y una discriminación y aumento de las inequidades sanitarias respecto de colectivos especialmente vulnerables**.

Así mismo, supuso la **exclusión sanitaria** de personas en situación irregular (personas sin permiso legal para residir en España), llegando a más de 800 mil personas que quedaron fuera del Sistema Nacional de Salud.

Este decreto se implementó con el **argumento economicista**, y se centraba en la reducción del déficit público en base a argumentos coyunturales no evaluados, sin que quedara demostrada una mejora de la eficiencia sanitaria, lo que en la práctica supuso la eliminación de la universalidad del derecho.

En base a este decreto, la atención sanitaria a personas extranjeras no residentes, se limitaba a:

- Urgencia por enfermedad grave o accidente.
- Embarazo, parto y postparto.
- Menores de edad.
- Solicitantes de asilo.
- Víctimas de trata.
- Supuestos de salud pública y mental graves.

Ante este retroceso en materia de derechos, diversos mecanismos regionales e internacionales de Derechos Humanos manifestaron la incompatibilidad del RDL 16/2012 con el Derecho Internacional. Se denunció el efecto regresivo y discriminatorio del derecho a la salud en relación a migrantes en situación irregular, siendo contrario a los estándares de derechos humanos. Se trataba, en suma, de una normativa injusta, claramente innecesaria e ineficaz, que acentuó las desigualdades territoriales entre las Comunidades Autónomas.

● Las precarias iniciativas y la insuficiente vuelta a la universalidad: El Real Decreto Ley 7/2018 sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud

Frente a un marco legal tan excluyente, las Comunidades Autónomas tomaron la iniciativa desde 2012 desde sus competencias de gestión, desarrollando procedimientos con muy desigual rango normativo (comunicados, instrucciones, órdenes, etc) para prestar asistencia sanitaria a las personas excluidas. El resultado fue muy desigual, parcheado y asimétrico, ahondando en la fragmentación y precariedad del derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria, y siendo muchas de ellas impugnadas y en ocasiones anuladas.

En 2018 se aprueba el **Real Decreto Ley 7/2018**, que, supuestamente, recupera la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todas las personas que se encuentren en España, sujeto al cumplimiento de ciertos requisitos.

Afirma garantizar la universalidad, una exigencia ética, ya que quienes carecen de asistencia sanitaria son colectivos especialmente vulnerables, amenazados por la exclusión y vulnerabilidad social.

Así mismo, afirma basarse en los principios de **igualdad, solidaridad y justicia social**, valores irrenunciables de todo Estado social y democrático de derecho, dado que la universalidad no sólo redunda en la mejora de la salud individual, sino también en la salud colectiva de toda la población.

Este decreto establece como titulares de derecho a la ciudadanía española y a personas extranjeras con residencia legal y habitual en territorio español, incluidos los comunitarios en sus desplazamientos temporales.

Respecto a las personas que no tienen residencia legal en territorio español, este decreto reconoce el derecho en las mismas condiciones que las personas españolas siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

- No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.
- No poder trasladar el derecho a cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia.
- No existir un tercero obligado al pago.

Las **principales dificultades que presenta este RDL**:

- Si bien supone un paso adelante, está incomprensiblemente **falto de desarrollo y ejecución** (por ejemplo en 2019 sólo se realizaron recomendaciones), con la consecuente parálisis legislativa y los efectos negativos que esto conlleva.
- En la práctica, **no es viable garantizar la universalidad**: existen exclusiones, como por ejemplo, la de personas mayores extranjeras en situación de reagrupación familiar.
- **No se aceptan con claridad las excepciones** a la falta de derecho, lo que genera problemas con embarazadas extranjeras, menores, solicitantes de asilo, situaciones de salud pública, urgencias con posterior facturación, etc.

En general se puede decir que la situación anterior a 2018 se mantiene en vigor, ya que quedan muchas personas en situación administrativa irregular, dando lugar a una realidad contradictoria en la que se reconoce la sanidad universal, pero en la práctica se presentan fuertes trabas para el ejercicio cotidiano del derecho a la salud.

A esto se le añade que las Comunidades Autónomas continúan teniendo un protagonismo excesivo y aleatorio en el reconocimiento del derecho y el acceso al sistema sanitario, lo cual da lugar a una gran diferencia en función del lugar en el que se encuentre la persona, con situaciones tales como:

- La necesidad de estancia en España es de más de tres meses.
- El obligado empadronamiento, algo de difícil acceso en ciertos casos.
- Barreras burocráticas: dificultad y retrasos para conseguir citas, creación de Unidades de tramitación en la Comunidad de Madrid (CAM), etc.

● Proyecto de ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud

Se trata de una propuesta de ley que se encuentra en tramitación desde mayo de 2024. Entre sus principales propuestas es importante destacar que:

- Busca consolidar la cohesión, equidad y la universalidad del sistema.
- Modifica la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, ampliando el derecho a la protección de la salud.
- Reconoce que el RDL 17/2018 carece de falta de homogeneidad en su aplicación y genera fisuras en el acceso universal al SNS.
- Busca asegurar que todas las personas que viven en España tengan acceso al sistema sanitario público y que sea efectivo en todos los servicios sanitarios, con los mismos requisitos y condiciones en todas las comunidades autónomas.
- Se amplían derechos para beneficiar la salud individual y la salud del conjunto de la ciudadanía española.
- Se establecen mecanismos para evitar el uso inapropiado del derecho para no comprometer la sostenibilidad financiera del SNS.
- Se unifica la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, y se clarifica la prestación de atención especializada y sociosanitaria.
- Se regula el porcentaje de aportación de los usuarios en la prestación farmacéutica ambulatoria.
- Apuesta por el blindaje de la sanidad pública y la gestión directa como modelo del Sistema Nacional de Salud.

ACTIVIDAD



Como hemos indicado, las competencias en materia de salud en territorio español están distribuidas entre Estado central y Comunidades Autónomas.

Te proponemos una serie de afirmaciones sobre las competencias del Estado y te pedimos que selecciones las correctas:

1. La sanidad exterior.
2. Las bases y coordinación general del sistema público de salud.
3. Competencia legislativa y ejecutiva en materia de sanidad e higiene (Competencia exclusiva del Estado), con capacidad para dictar normas de desarrollo.
4. Toda legislación sobre inmigración, incluida la coordinación con los servicios sociales de cada Comunidad Autónoma.
5. Legislación en materia de medicamentos y productos farmacéuticos.

SOLUCIÓN

Verdaderas: 1, 2, 5.

Falsas: 3, 4.

EXPLICACIÓN:

La competencia del Estado es:

- Legislación general (entendido como la normativa básica) en materia de sanidad.
- Toda legislación sobre inmigración, a excepción de la posible coordinación con los servicios sociales de cada Comunidad.

Las competencias de las Comunidades Autónomas son:

- Asumen competencias en materia de sanidad e higiene (Art 148.1.21.), con capacidad legislativa y ejecutiva, por lo que pueden dictar normas de desarrollo y complementarias a la legislación estatal, siempre que no la contradigan.

3. Acceso a servicios sanitarios

1. Cobertura sanitaria universal (CSU)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende por cobertura sanitaria que todas las personas tengan acceso al conjunto de servicios de salud de calidad que necesiten en el momento y el lugar adecuados y sin sufrir dificultades económicas por ello (10).

Lograr la cobertura sanitaria universal (CSU) es una de las metas que se fijaron en Naciones Unidas cuando adoptaron en 2015 los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030 (11). En la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal, celebrada en 2019, los países reafirmaron que la salud es un requisito, a la vez que un resultado y un indicador de las dimensiones social, económica y ambiental del desarrollo sostenible. Además, en el 13º Programa General de Trabajo de la OMS se fijó como triple objetivo (12):

1. Que mil millones más de personas se beneficien de la cobertura sanitaria para 2025
2. Que se logren las metas de proteger mejor frente a las emergencias de salud a mil millones más de personas.
3. Que mil millones más de personas gocen de más salud y bienestar

Según la OMS (13), 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.

Existe una estrecha relación entre el aumento de gasto público en salud y reducción de la probabilidad de que las personas puedan caer en situaciones de pobreza, como consecuencia del

acceso a servicios y asistencia sanitaria. Para reducir las desigualdades, es esencial que el gasto público esté cuidadosamente planificado con el fin de garantizar que toda la población pueda acceder a atención primaria de salud.

El porcentaje de la población que no accede a unos servicios de salud esenciales se redujo entre el 2000 y el 2021 en un 15% aproximadamente, destacando, sin embargo, que desde 2015 los avances han sido escasos. Esto hace que en 2021, unos 4500 millones de personas no estuvieran cubiertas por los servicios de salud esenciales.

Aunque los problemas de cobertura sanitaria afectan en muchos casos a países del sur global 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.

Según la OMS, casi 2000 millones de personas sufren hoy dificultades económicas debido al gasto que hacen en atención de salud, de los que 1000 millones asumen un nivel excesivo de gastos directos por ello (en relación al indicador 3.8.2 de los ODS) y 344 mil millones se ven abocados a la pobreza extrema.

El impacto de la pandemia COVID-19 supuso un retroceso de esos avances en cobertura sanitaria, donde el 92% de los países vieron condicionado y sobrecargado su sistema de servicios esenciales.

En este sentido, en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud celebrada en octubre de 2018 se emitió la Declaración de Astaná (14), en la que se establece la **atención primaria en salud como piedra angular para crear un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible**. La declaración 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”, y para ello insiste en que “el fortalecimiento de la atención primaria de la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud de las personas así como su bienestar social”.

La cobertura sanitaria universal es esencial para lograr el bienestar de las personas, facilitando mejoras sustanciales en materia de salud y desarrollo de las sociedades y comunidades en las que se aplica.

Una cobertura sanitaria accesible ayuda a prevenir situaciones de pobreza asociadas a motivos de salud, facilitando oportunidades para llevar vidas más saludables y productivas, así como a poder desarrollar todo nuestro potencial como personas dentro de una sociedad. Es un elemento indispensable para garantizar un desarrollo sostenible, reducir los factores de pobreza y eliminar las desigualdades sociales.

Para ello, la Cobertura Sanitaria Universal se fortalece a partir de cuatro pilares fundamentales:

- **Un sistema de salud sólido y eficiente:**

- Promoción y prevención: que facilite información para que las personas se mantengan sanas y prevengan enfermedades,
- Atención primaria: que detecte enfermedades en primeras fases,
- Tratamiento especializado: que cuente con medios para abordar problemas de salud de la población,
- Que cuente con servicios de rehabilitación y recuperación.

- **Un sistema de financiación de los servicios sanitarios que los haga accesibles en todas sus formas para las personas,**

- **Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales y óptimas para el diagnóstico y tratamiento,**

- **Capacitación y motivación en el personal sanitario.**

Como hemos visto en el segundo capítulo de esta unidad, en España la Ley General de Sanidad (1986) fue la primera ley que recogió la CSU, indicando que sería sufragada, entre otros tributos, por las cotizaciones sociales (art. 79). Unos años después (1999), la Ley de Presupuestos Generales del Estado indicaba que sería el Estado, a través de las transferencias presupuestarias de las Comunidades Autónomas, quien asumiría en su totalidad la financiación pública de la asistencia sanitaria, de modo que desde ese momento, la cobertura sanitaria no se garantiza con cargo a las afiliaciones a la seguridad social, sino que todas las personas que se encuentran en territorio español sostienen este sistema a través de impuestos indirectos, como por ejemplo el IVA de determinados productos básicos.

Con la aprobación del Real Decreto Ley 2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, la CSU sufrió una importante reducción de sus prestaciones bajo el argumento de impulsar una mejora en la calidad y seguridad. Esta norma, garantizaba el acceso al sistema público de salud solo a aquellas personas que tuvieran condición de afiliadas a la seguridad social, excluyendo por tanto a otras personas que, por cuestiones no vinculadas a su condición como titulares de derechos, pasaban a un segundo plano en cuanto a la atención en salud que deberían proporcionarles los servicios públicos. Era el caso de la población en situación administrativa irregular, en gran medida personas y comunidades migrantes. Estas personas, que por su situación de vulnerabilidad socio económica, deberían poder acceder a políticas de bienestar social que favorecieran sus oportunidades y posibilidades de bienestar, resultaron por el contrario en una situación de exclusión sanitaria sistemática con la implementación de esta ley.

La aprobación en 2018 del Real Decreto Ley 7/2018 supuso un intento por la recuperación de la universalidad en el acceso a servicios sanitarios. Sin embargo, en la práctica presenta múltiples limitaciones tanto en contenido como en las dificultades para implementarlo, debido a que la norma se puede interpretar de manera restrictiva, lo que limita el acceso a las personas migrantes en situación irregular, algo abiertamente reclamado por la sociedad civil organizada.

Tal como indicábamos en el capítulo anterior, algunos de los principales problemas son:

- En relación con el requisito de tres meses de estancia en España, en algunas Comunidades Autónomas da lugar a interpretar que todas las personas necesitan tres meses de estancia en España antes de acceder a la atención sanitaria.
- No ha unificado el procedimiento ni los requisitos para la obtención de la tarjeta sanitaria por parte de las Comunidades Autónomas, por lo que, en consecuencia, cada una interpreta de forma diferente esta nueva norma, manteniendo las respuestas dispares que ya plantearon con el RDL 16/2012.

2. Acceso a medicamentos esenciales

Algunos de los retos más importantes para el logro de una correcta CSU los podemos encontrar en los obstáculos continuos en relación al acceso a servicios de salud y a productos sanitarios asequibles y de calidad garantizada, por lo que para lograr la CSU es esencial poner la mirada continua en la creación de sistemas de salud sólidos y resilientes. Desde Farmamundi hemos profundizado en diversas ocasiones en el análisis sobre el acceso a medicamentos esenciales, publicando la guía “Esenciales para la vida”, en la cual nos hemos basado para el desarrollo de este punto de la unidad didáctica (3).

Según la OMS, el acceso justo y equitativo a productos sanitarios es una prioridad, y toda estrategia para atender a cualquier enfermedad debe incorporar el acceso a productos sanitarios para atender a la prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación.

Si queremos contribuir al logro del ODS3, concretamente a la meta 3.8, es esencial trabajar desde la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y asequibilidad de medicamentos y vacunas que tengan la calidad garantizada, tal como ya indicaba el Comité por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Las mejoras en las últimas décadas de la infraestructura general y el desarrollo social, junto con el fortalecimiento de los sistemas de salud y el acceso a productos médicos, han facilitado el logro de mejores resultados sanitarios en muchos países. Asimismo, nos encontramos en un momento de óptimo desarrollo de numerosos medicamentos y productos sanitarios, lo que supone no sólo nuevas oportunidades

- No especifica las personas de mayor vulnerabilidad que pueden recibir atención en cualquier circunstancia: mujeres embarazadas, menores, víctimas de trata, personas solicitantes de protección internacional y personas que necesiten atención de urgencias. Como consecuencia de esto, algunas CCAA han registrado casos en los que se ha facturado a menores de edad y mujeres embarazadas.
- Algunas CCAA continúan solicitando el empadronamiento como requisito, a pesar de que este decreto no lo exige, lo que conlleva una absoluta falta de garantías para el ejercicio del derecho a la salud.

sino también nuevos retos para los sistemas de salud. Así mismo, contamos con avances esenciales en la prevención y tratamiento de enfermedades, contribuyendo a la mejora de calidad de vida en algunos entornos y al aumento de la esperanza de vida.

Frente a esto, el acceso a medicamentos y vacunas es un problema multidimensional, que requiere de políticas y estrategias nacionales y globales 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 calidad, aprobaciones reglamentarias y la autorización de comercialización, la correcta gestión de la cadena de suministro, y la prescripción, dispensación y uso. Es esencial que estas políticas y estrategias compaginen las necesidades de salud pública con los objetivos de desarrollo económico y social, y fomenten la colaboración con otros sectores vinculados e interesados.

En este sentido, cuando hablamos de **Medicamentos Esenciales (ME)**, nos referimos a aquellos que **satisfacen las necesidades prioritarias de salud** de la población. Estos medicamentos **deben 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 como para los y las pacientes.**

Según esto, el concepto de medicamentos esenciales se basa en la premisa de que un número limitado de medicamentos son suficientes para tratar de forma efectiva una parte importante de las enfermedades y dolencias existentes a nivel mundial. Son, por ello, una herramienta imprescindible para garantizar el derecho a la salud, tal como lo declara la OMS desde el año 2000.

Estos se seleccionan teniendo en cuenta su pertinencia en términos de salud pública, pruebas de eficacia y seguridad, así como 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 está disponible en su 23ª edición (2023), y ya existen muchos países que,

a través de sus propias agencias de salud o de medicamentos, elaboran y actualizan sus propias listas de medicamentos esenciales (15).

Si bien en los últimos 30 años el acceso a estos medicamentos ha progresado considerablemente, no todas las personas se han podido beneficiar en la misma medida de la mejora en servicios de atención sanitaria y de los tratamientos eficaces y de bajo costo. En este sentido, y según datos de la propia OMS, actualmente **más de un tercio de la población mundial no tiene el acceso necesario a estos medicamentos**, lo que continúa siendo uno de los más graves problemas en salud pública a nivel internacional. Como consecuencia de esto, podemos indicar que más de 15 millones de personas mueren cada año por enfermedades infecciosas para las que existe un tratamiento.

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

● Condicionantes geográficos

Si hablamos de accesibilidad de la población, la localización geográfica es un elemento determinante, por su estrecha vinculación con infraestructuras de movilidad, accesibilidad a recursos y disponibilidad y calidad de medios de transporte. En este sentido, las dificultades de acceso afectan especialmente a poblaciones que habitan en el ámbito rural, frente a aquellas que viven en zonas urbanas. La ubicación de ciertas comunidades con bajas densidades poblacionales y/o en núcleos dispersos, conlleva que muchas poblaciones aisladas o alejadas de zonas urbanas o semiurbanas carezcan de acceso a los servicios de salud que ofrecen sus administraciones, ya sea a nivel nacional como regional o local, muy escasos en la mayor parte de las ocasiones. Esto se constituye como un factor excluyente o barrera de acceso a los sistemas públicos de salud, que no pueden ser disfrutados por todas las personas que deberían tener acceso a ellos.

A nivel global, las desigualdades tienden a reducirse en países en los que el sector privado se ha venido desarrollando, como Benin, Camerún o Senegal. Sin embargo, el carácter privado hace que no se pueda asegurar el acceso de todas las personas al sistema sanitario ni a medicamentos esenciales, ya que solo una pequeña parte de la población puede beneficiarse de él.

Con el fin de mejorar la disponibilidad de medicamentos en zonas rurales o de difícil acceso, la OMS propuso una serie de medidas tales como:

- **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 estas recomendaciones con el fin de asegurar que todas las personas accedan a los servicios de salud, con independencia del lugar en el que se encuentren.

● Factores socioculturales

Los modelos de atención de la salud deben tener en cuenta la concepción indígena y multicultural de salud (16), así como 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 un corte eurocentrista.

Por otro lado, los procesos de crisis sociopolítica que se concretan en el debilitamiento de administraciones públicas, generación de gobiernos inestable, aparición de grupos armados (guerrillas, sociedades militarizadas, grupos terroristas y estructuras paramilitares), generando la paralización de la población por temor a ser partícipe de procesos asociativos y de trabajo comunitario. En estas situaciones, se observa que la preservación y el fortalecimiento de los sistemas de salud propios puede mejorar el acceso a la salud y se alinea con una mejora de la calidad de vida. El contexto sociocultural, por tanto, condiciona el acceso a la salud y a los medicamentos, influyendo incluso en la prevalencia de diversas enfermedades. Grupos como poblaciones indígenas y minorías étnicas suelen presentar peores indicadores de salud que ciudadanos/as pertenecientes a grupos mayoritarios. Datos estadísticos recogen que existen entre 6 y 20 años de diferencia en la esperanza de vida de grupos minoritarios respecto a los de población mayoritaria en países como México, Nepal, Canadá o Australia, así como la mortalidad infantil, que en el caso de pueblos indígenas o minorías étnicas puede ser hasta 10 veces superior.

Existen grandes diferencias en la esperanza de vida de las poblaciones indígenas y otras minorías étnicas respecto a otros grupos sociales

En Europa por ejemplo, la Agencia de la Unión Europea para los derechos fundamentales (FRA por sus siglas en inglés), recoge en su último informe sobre la realidad de la población gitana en 10 países miembros de la Unión (17), que tanto en España como en el resto de Europa, la esperanza de vida de las personas de etnia gitana se mantiene en 10 años por debajo respecto a los grupos de población mayoritarios.

Los sistemas de salud pública deben integrar medidas para atender e integrar la diversidad cultural, generando sistemas públicos representativos que respondan a la multiculturalidad real por la que se caracteriza cualquier grupo poblacional. Así mismo, debe garantizar el acceso a la salud con independencia del grupo étnico de pertenencia e incrementar la acción en este campo en países que se encuentren en situaciones especiales debido a procesos de conflicto y violencia que tengan un impacto directo en la ciudadanía.

● Género

La inequidad de género se conforma como un determinante social de acceso a la salud, y que tiene por tanto un impacto directo en el grado de acceso de las personas a servicios sanitarios así como el pleno disfrute de este derecho. Esta situación de inequidad puede agravarse además cuando incorporamos al análisis el amplio abanico de identidades sexuales y otros determinantes sociales, así como su intersección en una misma persona (18).

Es necesario incidir en la idea de que hablar de género no es hablar de mujeres, sino de analizar las normas, creencias, derechos, obligaciones y relaciones que se lee en términos de poder y sitúa al conjunto de las mujeres en una posición subordinada respecto a los hombres en el conjunto de la sociedad.

El acceso desigual a la salud por parte de las mujeres se explica por factores que son consecuencia de la socialización desigual de género y que influyen en el acceso a derechos humanos de una forma injusta y desequilibrada, tales como los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales, tipos de ocupación, etc.

Es preciso destacar que cuando hablamos de situaciones de pobreza, el 70% de la población que vive con un dólar o menos al día son mujeres o niñas, lo que arroja cifras contundentes para entender que la pobreza es un fenómeno feminizado, donde 7 de cada 10 personas en situación de pobreza son mujeres.

Para ampliar información sobre la inequidad de género en salud te invitamos a realizar el curso online del programa Activando salud (<https://bit.ly/MoocMadrid>), donde podrás profundizar en las causas estructurales, los tipos de inequidades y violencias, así como las propuestas para promover la equidad de género.

A modo de resumen, recogemos aquí los cinco ejes que, según la OMS, engloban las causas que determinan las diferencias en el acceso a la salud de las mujeres en todo el mundo:

1- Inequidades en el acceso a salud amplias y persistentes.

- Asociadas a cuestiones de género.
- Asociadas a la capacidad económica y de desarrollo de los Estados.
- Diferencias dentro de los países en función de factores económicos, sociales y ambientales, tanto a nivel de familias como de comunidades, donde el factor de género juega un papel determinante.

2- Insuficiente atención sanitaria frente a aspectos vinculados a la sexualidad y la reproducción.

3- Atención y trato desigual frente a enfermedades comunes.

4- Carencias en la atención sanitaria en las primeras etapas de vida.

5- Falta de sensibilidad en la sociedad y en los sistemas de salud con las mujeres.

Cuando hablamos de inequidad de género en salud nos seguimos encontrando con realidades como el androcentrismo en estudios científicos y avances médicos; la explotación sexual de las mujeres y dificultades para garantizar sus derechos sexuales y reproductivos; la influencia de estereotipos y roles sociales, culturales o religiosos en la protección de la salud de las mujeres; o la falta de consideración de los problemas y enfermedades que afectan específicamente a las mujeres.

En cuanto al acceso a medicamentos esenciales, es imprescindible también llevar a cabo un análisis del acceso a ellos desde una perspectiva de género, puesto que solo así podrán visualizarse desigualdades tales como que la ausencia de las mujeres en el sistema educativo limita que puedan leer una receta o un prospecto, y que tengan un rol supeditado a la voluntad masculina en algunos contextos, los cuales decidirán en última instancia si acceden o no a un determinado tratamiento; el poco acceso y control de los recursos monetarios, limitando la adquisición de medicamentos cuando lo requieran; así como la disponibilidad de tiempo tras encarar largas jornadas de trabajo productivo o reproductivo.

A menudo estas muertes son prevenibles ya que 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 políticas de salud a menudo perpetúan los estereotipos sexistas y 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 es el mecanismo que permite establecer para un producto sanitario un precio superior al de mercado como incentivo para recuperar los costes en que se incurrió durante la investigación. Sin embargo, en algunos casos este procedimiento puede generar efectos perversos, permitiendo que se fijen precios muy superiores a los recomendables y dificultando a muchas personas el acceso a ME. En este sentido, 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 aceptar o normalizar que haya personas que no puedan acceder a medicamentos capaces de salvar vidas porque sus precios son inaccesibles, lo que merece una reflexión acerca de la importancia de que los avances en salud puedan estar al alcance de todo el mundo.

I+D y enfermedades olvidadas

Asistimos a un momento en el que en muchas ocasiones, los avances en la I+D de los nuevos medicamentos se realizan 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 10% de la población mundial, particularmente a la capa con más recursos económicos (19). Las enfermedades olvidadas son aquellas (enfermedad del sueño, 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.

El 90% de la I+D farmacéutica se destina a enfermedades que afectan potencialmente tan solo al 10% de la población mundial.

En relación a las enfermedades raras, estas afectan a un porcentaje muy reducido de la población, por lo que la industria farmacéutica no prioriza sus esfuerzos en investigar tratamientos para estas enfermedades por la escasa rentabilidad económica (casi el 50% de personas no tienen tratamiento para su enfermedad).

● Uso racional de medicamentos

Esta práctica indica la necesidad de que las personas reciban la medicación apropiada para sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo apropiado y al menor coste posible.

Sin embargo, tal y como indicábamos en la guía de donaciones apropiadas de medicamentos publicada en 2020 por Farmamundi (20), 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, problemas de disponibilidad de forma directa o indirecta en otros lugares, así como un impacto directo en los países de rentas medias o bajas. Además, 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 subestándar, 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.

En el caso de España, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) es el organismo del Ministerio de Sanidad y Política Social, encargado de regular los medicamentos, productos sanitarios, cosméticos y de higiene personal en España.

ACTIVIDAD



Selecciona la afirmación incorrecta cuando hablamos de medicamentos esenciales:

- Son medicamentos que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población con independencia del coste de producción y distribución.
- Son seleccionados teniendo en cuenta su pertinencia en términos de salud pública, pruebas de eficacia y seguridad, así como su eficacia comparativa en función del coste.
- Deben estar disponibles en todo momento en los sistemas de salud, en cantidades suficientes y en la forma farmacéutica apropiada.

SOLUCIÓN

Respuesta correcta: a

4. Conclusiones

- Es necesario entender el concepto de salud desde una mirada amplia que nos permita incorporar **todas las dimensiones de desarrollo de la persona**, tanto la individual como el conjunto de connotaciones e implicaciones sociales. La OMS define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones, y acorde a esto, nuestro papel como agentes promotores de salud, reside en la necesidad de poner la salud en el centro y ampliar la mirada hacia un enfoque integral y comunitario.

- La normativa internacional, europea y española reconoce expresamente y al máximo nivel formal el derecho a la protección de la salud como **un derecho inherente a todo ser humano**, acorde a la Declaración Universal de los Derechos Humanos. A pesar de ello, en el día a día existen lagunas normativas o leyes y/o normas nacionales y locales que establecen prioridades de carácter discriminatorio, o que suponen procedimientos administrativos que se pueden constituir como una barrera de acceso a los servicios de salud.

- El cumplimiento del derecho a la salud está afectado directa o indirectamente por múltiples determinantes que condicionan el acceso

a un determinado sistema sociosanitario. Estos determinantes sociales de la salud son de origen social, y por lo tanto son **injustos, prevenibles y evitables**. Como ciudadanos/as y desde nuestro rol como agentes promotores de salud, tenemos la responsabilidad social de poner la mirada en esos factores, para el logro de su reducción, eliminación y creación de mecanismos que incorporen medidas de atención especializada y/o de mejora de la equidad en salud.

- Para garantizar un acceso a servicios sanitarios básicos y de calidad, es necesario facilitar la cobertura sanitaria y -al menos- el acceso a medicamentos esenciales, entendiéndolo como el mecanismo según el cual **las personas tienen acceso al conjunto de servicios de salud de calidad que necesitan en el momento y lugar adecuados, sin sufrir dificultades económicas por ello**. Para lograr una Cobertura Sanitaria Universal se deben tener en cuenta 4 elementos fundamentales: crear un sistema sólido y eficiente; sistema de financiación que lo haga accesible; acceso a medicamentos y tecnologías esenciales y óptimas de diagnóstico y tratamiento; así como la capacidad y motivación del sector sanitario.

5. Bibliografía

- [1] Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Entró en vigor el 7 de abril de 1948.
- [2] Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- [3] Esenciales para la vida: recetas que salvan vidas. Farmacéuticos Mundi.
- [4] I Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. 1978.
- [5] I Conferencia Internacional sobre promoción de la salud. Ottawa. 1986.
- [6] Cumbre del Milenio. 2000. Nueva York.
<https://www.un.org/es/conferences/environment/newyork2000>
- [7] Cumbre sobre el desarrollo sostenible. 2015. Nueva York.
<https://www.un.org/es/conferences/environment/newyork2015>
- [8] 9º conferencia mundial de Promoción de la salud. 2016. Shanghai.
<https://www.who.int/es/news/item/21-11-2016-9th-global-conference-on-health-promotion-global-leaders-agree-to-promote-health-in-order-to-achieve-sustainable-development-goals>
- [9] Escudero, R. Ponencia facultad Ciencias Políticas. Universidad Complutense de Madrid. (2024).
- [10] Organización Mundial de la Salud (OMS). Cobertura Sanitaria Universal.
[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- [11] Agenda 2030 y ODS. Naciones Unidas.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- [12] Hoja ruta de acceso 2019- 2023. Apoyo integral al acceso a medicamentos y vacunas.
- [13] <https://www.who.int/es/news/item/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>
- [14] Disponible en:
<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- [15] 23ª lista de medicamentos esenciales.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/essential-medicines>
- [16] Guía didáctica Salud con perspectiva intercultural. Módulo 8 itinerario formativo ACTIVANDO SALUD: Salud comunitaria y enfoques transversales para el cumplimiento del derecho a la salud glocal. Farmamundi (2025)
- [17] Población gitana en 10 países europeos. FRA (2021).
- [18] Guía didáctica Equidad de género en salud. Módulo 4 itinerario formativo ACTIVANDO SALUD: Salud comunitaria y enfoques transversales para el cumplimiento del derecho a la salud glocal. Farmamundi (2025).
- [19] Bioética y brecha 10/90: Fallos, desafíos y oportunidades. Revista Redbioética/UNESCO. Año 5. 2014.
- [20] Guía de recursos para la promoción de donaciones apropiadas de medicamentos. Farma- mundi. 2020.

Notas

This image shows a single page of white paper with horizontal blue lines, resembling notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

