

# El Derecho a la Salud en Latinoamérica y la Unión Europea

---

Accesibilidad en contextos de crisis

**Lic. Florencia Quercetti**

Memoria del Master en Estudios Internacionales  
Curso 2013-2014

**Trabajo dirigido por:** Prof. Marta Ortega Gomez

## Resumen

El Derecho a la Salud es reconocido por la sociedad internacional como un derecho fundamental. En la presente memoria se realizará un análisis crítico de su actual estado de cumplimiento en Latinoamérica y la Unión Europea (UE). Con tal objetivo, y a consideración de que la salud internacional es un objeto complejo, se recuperarán saberes de diversas disciplinas: Derecho Internacional Público, Relaciones Internacionales, Ciencias Políticas y Ciencias de la Salud; en un intento de aproximación interdisciplinaria.

El desarrollo abarcará: la conceptualización de los constructos “Salud” y “Derecho a la Salud”, un análisis del valor normativo de los instrumentos jurídicos internacionales, regionales y subregionales que lo recogen, la referencia al estado actual de situación del acceso a la salud en Latinoamérica y la Unión Europea (UE) y las propuestas para el efectivo cumplimiento del derecho a la salud en la próxima década de los actores internacionales implicado en su consecución: Estados (a través de sus instituciones públicas), Organizaciones Internacionales, Organizaciones de la Sociedad Civil, y Multinacionales, habida cuenta de que las últimas no están sometidas al Derecho Internacional Público, y que el lucro reviste intereses contrarios a la garantía de derecho.

## Índice

<b>RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>3</b>
<b>1. GLOSARIO</b>	<b>5</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>3. DESARROLLO</b>	<b>13</b>
<b>Sección 1: Planteamientos generales sobre el Derecho a la Salud</b>	<b>13</b>
1.1 La Salud y el Derecho a la Salud: definiciones y alcance.	13
1.2 Reconocimiento jurídico Internacional del Derecho a la Salud. Valor jurídico.	19
1.2.1 El Derecho a la Salud en su período declarativo.	20
1.2.2 El Derecho a la Salud en los Tratados Internacionales de ámbito universal.	21
1.2.3 El Derecho a la Salud en el derecho comunitario de la Unión Europea.	24
1.2.4 El Derecho a la Salud en el ámbito regional Latinoamericano.	26
1.3 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de salud.	30
1.3.1 Evaluación periódica de los ODM en materia de salud.	31
1.3.2 La Salud en la Agenda post-2015.	32
1.4 Relación entre Crisis y necesidades crecientes de salud de las poblaciones.	34
<b>Sección 2: Situación actual de acceso a la salud en Latinoamérica y la UE</b>	<b>36</b>
2.1 Determinantes internacionales: el acceso en su dimensión Internacional.	36
2.2 El acceso en su dimensión regional.	39
2.2.1 El acceso a la salud en la Unión Europea.	39
2.2.1.1 Sistemas de Salud. Modelos.	39

2.2.1.2 Las políticas a la luz de la crisis.....	40
2.2.1.2.1 El caso griego.....	42
2.2.1.2.2 El caso español.....	45
2.2.1.2.3 El caso inglés.....	51
2.2.2 El acceso a la salud en América Latina.....	53
2.2.2.1 El acceso a la salud en los albores del siglo XXI.....	57
2.2.2.1.1 El caso brasilero.....	58
2.2.2.1.2 El caso colombiano.....	60
<b>Sección 3: Respuestas de la Sociedad Internacional (SI).....</b>	<b>62</b>
3.1 Organizaciones Internacionales universales.....	62
3.1.1 Organización Mundial de la Salud (OMS).....	63
3.1.2 Organización de las Naciones Unidas (ONU) .....	66
3.1.3 Organismos internacionales de financiación: Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Organización Mundial del Comercio.....	67
3.2 Organizaciones internacionales de ámbito regionales.....	72
3.2.1 Unión Europea: Agenda 2020.....	72
3.2.2 Organización Panamericana de la Salud (OPS).....	74
3.2.3 Organizaciones de integración regional: Mercosur y UNASUR.....	74
3.3 El rol de los estados.....	77
3.4 El rol de las Organizaciones de la Sociedad Civil.....	79
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>81</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>84</b>

## 1. Glosario

BM Banco Mundial CIDH Comité Interamericano de Derechos Humanos

CADH Convención Americana de Derechos Humanos

CSE Carta Social Europea

DADDH Declaración Americana de los Derechos del Hombre

DIP Derecho Internacional Público

DUDH Declaración Universal de los Derechos Humanos

FMI: Fondo Monetario Internacional

NNUU Naciones Unidas

ODM Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS Organización Mundial de la Salud

OOII Organización internacional

OPS Organización Panamericana de la Salud

PIDCP Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

PIDESC Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

TEDH Tribunal Europeo de Derechos Humanos

TFUE Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea

UE Unión Europea

UNICEF Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

## 2. Introducción

La presente investigación tiene como objetivo general indagar el estado de situación de la garantía del derecho a la salud en América Latina y la UE y la respuesta de los actores implicados, en el contexto de la crisis internacional y la actual fase de la globalización.

Partiendo de la hipótesis de que el acceso universal a la salud está intrínsecamente ligado a acciones estatales positivas de los estados a través de sus sistemas de protección social; se intentará demostrar que la actual tendencia a la mercantilización del sector es contraria a la garantía del acceso a la salud como derecho fundamental, y a los compromisos asumidos por la Sociedad Internacional de mejorar las condiciones de salud de la población mundial.

Los objetivos específicos serán reflejar la diversidad conceptual del constructo “salud” y “derecho a la salud”, analizar el valor normativo de los instrumentos jurídicos internacionales, regionales y subregionales que lo recogen, reflejar el estado de situación en materia de acceso a la salud en los ámbitos de estudio, recopilar la respuesta de los actores implicado en su consecución, y por último presentar algunos desafíos y retos para el efectivo cumplimiento del derecho a la salud en las próximas décadas.

La metodología empleada presenta un enfoque teórico centrado en el análisis bibliográfico del objeto de estudio, para arribar a valoraciones de juicio como conclusiones de la investigación. La revisión de fuentes bibliográficas incluyó: Obras generales, capítulos de libros, bases de datos, publicaciones virtuales, artículos de revista, legislación internacional, documentos oficiales, informes gubernamentales y documentos de organizaciones internacionales y organizaciones de la sociedad civil. Secundariamente me he servido de elementos de un método empírico para dar respuesta a algunos de los objetivos específicos de la investigación, en materia de datos estadísticos epidemiológicos. Se hizo uso de fuentes secundarias tales como: documentos oficiales de organizaciones internacionales, estadísticas y datos epidemiológicos.

La observancia de la garantía del derecho a la salud es una temática de fundamental relevancia para la sociedad internacional en la actualidad. Ello se evidencia

en que gran parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el período 2001-2015 incluyeron temáticas específicas de salud, u otras temáticas que sin ser específicas redundan particularmente en su consecución. Será parte del desarrollo del presente trabajo el análisis de las evaluaciones de cumplimiento de dichos objetivos, así como las propuestas de renovación post-2015 que incluyen dentro de las temáticas relevantes al desarrollo sostenible, el cuidado de la salud.

En el contexto de la Globalización el abordaje de las temáticas de salud pública desde una visión internacionalista es ineludible por varios motivos. Que las enfermedades se distribuyen y propagan según patrones que no reconocen límites entre estados, quedó demostrado ya en el S XVI con la llegada de la viruela al continente americano y un siglo después con la difusión de la malaria y fiebre amarilla, ambas asociadas al tráfico esclavista en tiempos de colonización del continente americano.<sup>1</sup> En la actual fase de la globalización esta característica se ve exacerbada como efecto de la aceleración de los tiempos de transporte y el “achicamiento de las distancias”. Por otro lado, ya desde sus orígenes las políticas de salud pública presentaron una estrecha ligazón con las relaciones internacionales y el comercio internacional. La epidemia del cólera llegó al continente europeo en el siglo XIX en tiempos de expansión del comercio internacional y de las grandes innovaciones tecnológicas que incrementaban la velocidad del transporte marítimo<sup>2</sup>. Los orígenes de la preocupación de la sociedad internacional por la dimensión internacional de la salud pública estuvieron ligados a ello. La primera Conferencia Sanitaria Internacional se llevó a cabo 1851 en Paris (precediendo en un siglo la constitución del Sistema de Naciones Unidas) con el propósito de regular las cuarentenas marítimas del Mediterráneo por las epidemias del cólera, fiebre amarilla y malaria; que afectaban negativamente el comercio internacional. Durante los siglos XVIII y XIX las

---

<sup>1</sup> Rovere M. “La Salud en clave internacional.” Publicaciones El Ágora Biblioteca Virtual 2013. Recuperado de <http://wp.me/p3PVxa-E>

políticas de Salud Pública continuaron siendo un contrapunto para el desarrollo del Capitalismo y fue recién durante la primera mitad del siglo XX cuando comenzaron a visibilizarse con la potencialidad de minimizar los costos sociales del desarrollo económico<sup>3</sup>. Así lo demuestra la creación de Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 como organismo especializado del Sistema de Naciones Unidas (NNUU) conformado luego de la segunda guerra mundial, que formalizó el consenso de la sociedad internacional respecto a la necesidad de generar acciones mancomunadas para dar respuestas efectivas a las problemáticas de salud de la población mundial.<sup>4</sup> Contemporáneamente, la conformación de los Estados de Bienestar o Estados Sociales configuraron el reconocimiento de la responsabilidad de los estados en la consecución de los derechos de protección social, entre ellos el derecho a la salud, materializado en la creación de los modelos de sistemas nacionales de salud con vocación universal que se expandieron con diferentes matices en toda Europa. Estos modelos fueron luego recogidos por los países Latinoamericanos, aunque su implementación fue parcial y fragmentaria en virtud de las particularidades de la región.

Desde la creación de la OMS hasta la actualidad el campo de acción de las salud internacional incluye: una amplia generación de acuerdos y normativas internacionales de ámbito universal y regional; la conformación de nuevas organizaciones internacionales (OOII) y organizaciones de la sociedad civil que se sumaron a las ya existentes<sup>5</sup>, y la actuación de los estados asumiendo a través de acuerdos internacionales el compromiso de crear las condiciones necesarias para la consecución de los grados más altos de salud posibles de sus poblaciones. Mención particular reviste la “Declaración de Alma Ata”<sup>6</sup> de 1978 que en el contexto de un mundo bipolar, popularizó el lema o meta “Salud para

---

<sup>2</sup> Sancchetti L., Rovere M. *La Salud Pública como arquitecta: el orden urbano a ambos lados del Atlántico, 1870-1910*. Ed. El Ágora, Buenos Aires, 2014, p. 4

<sup>3</sup> Rovere M. *La Salud en clave internacional*. Publicaciones El Ágora Biblioteca Virtual, 2013, Bs. As.

<sup>4</sup> *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Conferencia Sanitaria Internacional, New York, USA, 22 de julio de 1946, p1 Recuperado de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

<sup>5</sup> Nota: La Federación de la Cruz Roja fue fundada inicialmente en 1919, Médicos del Mundo en 1999, Oxfam internacional en 1995 aunque proviene del “Comité Oxford contra el hambre” fundado en Gran Bretaña en 1942.



todos”, paradigma de una concepción universal del derecho a la salud consecuente al principio de “no discriminación”<sup>7</sup>. En los últimos años, y como efecto de las premisas de la actual fase de la globalización, las empresas multinacionales y transnacionales de salud (aseguramiento, aparatología y farmacéutica) fueron tomando creciente relevancia como actor internacional. Regidas por la lógica del libre mercado (vocación de lucro) y en ausencia de sujeción al derecho internacional público, cumplen una función antagónica a la concepción de derecho universal. La expansión del mercado de la salud encuentra su máxima expresión en la formulación e implementación de políticas neoliberales sobre los derechos sociales entre ellos la salud, y se materializa en los procesos de mercantilización del sector sobre todo en aquellas áreas que presentan mayor potencial de rentabilidad.

La coyuntura actual en la que se inscribe la observación del acceso a la salud está atravesada por dos dimensiones de una misma problemática sintetizada en el binomio: crisis-globalización. La actual fase del fenómeno de globalización se caracteriza por niveles crecientes de interdependencia estatal y por tanto los determinantes internacionales de salud cobran cada vez mayor relevancia. La actual crisis internacional, cuya rápida expansión es también un efecto de la globalización<sup>8</sup>, trajo consigo un aumento de las problemáticas de salud-enfermedad. Frente a este escenario, los países latinoamericanos y la UE presentaron respuestas diferenciales en función del impacto relativo de la crisis y de las características regionales:

Algunos países de la UE, como Inglaterra, venían ya desde la década del '80 aplicando paulatinamente reformas neoliberales bajo la recomendación de los organismos internacionales de financiación<sup>9</sup>. Ello significó el ingreso de capitales financieros privados a los sistemas de salud estatales bajo la premisa del logro de mayores niveles de equidad. Con la crisis internacional las recomendaciones de estos organismos impulsados ahora por

---

<sup>6</sup> *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, URSS, 6 y 7 de septiembre de 1978. Recuperado de [http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)

<sup>7</sup> Resolución 217A (III) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, documento A/810, 17 (1948) (*Declaración Universal de los Derechos Humanos*). Art 2.1.

<sup>8</sup> La crisis inmobiliaria de los Estados Unidos entre 2007 y 2008 escaló rápidamente hacia una crisis financiera global

la “TROIKA”<sup>10</sup>, tomaron un impulso radical al presentar como respuesta a la crisis de la deuda de los países del sur las medidas de austeridad al gasto social. En ambos casos, la reducción de los estados de bienestar que venían siendo los garantes de los derechos sociales está dejando desprotegidos a grandes sectores de la población en un contexto de inestabilidad económica e índices crecientes de desocupación, entre otros efectos de la crisis internacional. Estas “reformas” implementadas bajo el supuesto de lograr mayores niveles de equidad en el acceso a la salud y sostenibilidad de los sistemas en épocas de crisis, devino efectos contrarios a tales fines.

Para la región Latinoamérica la implementación radical de políticas neoliberales y de ajuste había sido ya el escenario de la década del `80 y `90 en virtud del “Consenso de Washington”. En estas décadas la rectoría en materia de políticas en salud de la filial regional de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), pareció ser reemplazada por los discursos del Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) que impulsaron políticas de achicamiento del gasto social. Se expandió en la región una concepción focalizada en poblaciones vulnerables, con prestaciones diferenciales según la capacidad de pago y un amplio avance del mercado de la salud. Para algunos países como la Argentina ello resultó en una mercantilización del sector salud (y de otros sectores también), al tiempo que tras una década de aplicación de políticas neoliberales devino la crisis económica, social, política e institucional del 2001, que puso al país en Emergencia Sanitaria hacia 2002. Para otros países de la región la aplicación masiva de políticas neoliberales produjo, antes o después, resistencias que impulsaron procesos de transformación, como el que en Brasil devino en la conformación de un sistema unificado y universal de salud (SUS), y en Bolivia en la reforma del sector y su constitución.

En la última década las políticas públicas de la región Latinoamericana y los mecanismos regionales con vocación de integración, retomaron un enfoque de derecho fundamental de la salud, asumiendo fuertes críticas a las políticas pro-mercado implementadas en las dos

---

<sup>9</sup> Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional

<sup>10</sup> Grupo de decisión conformado por el Fondo Monetario Internacional (FMI) Banco Central Europeo (BCE) y la Comisión Europea (CE).

décadas anteriores. Sin embargo el ya expandido avance del mercado de la salud sigue poniendo en riesgo la garantía de derecho a la salud, al tiempo que no todos los sistemas de salud lograron reformas estructurales.

En función de lo expuesto se argumentará que la sociedad internacional y los actores implicados en la salud internacional; tienen el reto y desafío de realizar esfuerzos tendientes a garantizar las condiciones necesarias de consecución de los grados más altos de salud posibles, compromiso asumido en diversos Instrumentos Jurídicos Internacionales del ámbito universal y regional; y que en el contexto de la globalización implica la construcción de mecanismos de gobernanza global en salud que den respuesta a las necesidades actuales.



### 3. Desarrollo

#### **Sección 1: Planteamientos generales sobre el Derecho a la Salud**

La sección 1 abordará teóricamente el constructo salud y derecho a la salud; para luego revisar el valor jurídico de la legislación internacionales y regional que lo recoge; e ilustrar por último el carácter prioritario de los retos en salud para la sociedad internacional atendiendo a los ODM en materia de salud, su evaluación de cumplimiento y las propuestas de renovación de cara al 2015.

##### **1.1 La Salud y el Derecho a la Salud: definiciones y alcance**

El derecho a la salud no es un concepto unívoco. Su construcción conceptual, las diversas acepciones con las que ha sido incluido en las normativas nacionales e internacionales y su uso discursivo, han reflejado a los largo de su por cierto reciente historia, el carácter intrínsecamente polívoco de sus conceptualizaciones. En términos generales y tomando como eje su alcance, asistimos a dos tendencias opuestas que van de la universalidad a la focalización. Conceptualmente me posicionaré afín a aquellas acepciones que entienden a la salud desde una concepción universal.

De carácter indiscutiblemente fundante resulta la concepción de salud que recoge el acta constitutiva de la OMS de 1946 (organismo especializado del sistema de NNUU con autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria a nivel mundial) que establecía el carácter fundamental del derecho a la salud entendida como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad.”<sup>11</sup> Esta definición presenta cierta vigencia en la actualidad y también fuertes críticas, pero en su momento significó un cambio radical al dejar atrás una concepción de responsabilidad individual en la provisión de servicios en salud, para señalar la responsabilidad de los estados en la conformación de políticas sanitarias. También determina que “El goce del

---

<sup>11</sup> OMS/OPS. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Conferencia Sanitaria Internacional, New York, USA, 22 de julio de 1946, p. 1

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. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y los estados.”<sup>12</sup>. Por lo que además de enunciarla como derecho, le aplica el principio de “no discriminación”.<sup>13</sup>

Un segundo hito en la construcción conceptual del derecho a la salud fue la Declaración de Alma Ata de 1978<sup>14</sup>. El contexto era el de la expansión de las ideas desarrollistas ligadas al “Nuevo Orden Internacional”, en un mundo todavía bipolar<sup>15</sup>. Bajo la preocupación respecto a que un tercio de la población mundial no tenía acceso a la salud, la OMS junto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) promovió la convocatoria a una Conferencia Internacional sobre salud que se concretizó finalmente en la ciudad soviética de Alma Ata con representación de ambos bloques.<sup>16</sup> El texto de la Declaración refiere que: “II. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de

---

<sup>12</sup> Ibid. p.1

<sup>13</sup> Resolución 217A (III) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, documento A/810, 17 (1948) (*Declaración Universal de los Derechos Humanos*). Art 2.1: “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía”

<sup>14</sup> OMS. *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, URSS, 6 y 7 de septiembre de 1978.

<sup>15</sup> Referencia a la Guerra Fría.

<sup>16</sup> Ídem.

preocupación común para todos los países.”<sup>17</sup> La Declaración reafirmó el carácter de derecho fundamental del derecho a la salud, estableció la meta: “Salud para todos en el año 2000” y propuso la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) para su cumplimiento. Esta estrategia incorpora la promoción y la prevención de la salud dentro de las prestaciones, contrariando las acepciones que centran el derecho a la salud en la “atención de la enfermedad”. Comprende también la educación sobre los principales problemas de salud, promoción y suministro de alimentación adecuada, abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, e inmunización contra principales enfermedades endémica. Así mismo, hace foco en la participación comunitaria, para dar respuesta a las necesidades locales reales de las poblaciones, para el logro de un acceso equitativo.

La amplitud conceptual del derecho a la salud que subyace a la declaración la ubica dentro de una concepción universal e integral de la salud, indivisible de la consecución de otros derechos sociales (vivienda digna, alimentación adecuada, educación, etc.) y que implica llevar adelante políticas intersectoriales<sup>18</sup>. Este posicionamiento presentó disidencias en especial de las empresas privadas de salud, al tiempo que los Estados Unidos (USA) retiraron en 1985 su contribución regular al presupuesto de la OMS.<sup>19</sup>

La declaración de Alma Ata tuvo gran influencia en las políticas sanitarias mundiales y al día de hoy la estrategia de APS es parte de la mayoría de las planificaciones nacionales. Sin embargo, por su carácter meramente declarativo, la ambigüedad de algunas de sus definiciones y las fuerzas internacionales de disidencia; ha admitido en su implementación diversas interpretaciones. Una de ellas es el enfoque de APS Selectivo, acorde a las concepciones focalizadas de la salud. La denominación surgió de un informe

---

<sup>17</sup> OMS. *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, URSS, 6 y 7 de septiembre de 1978, p. 1

<sup>18</sup> Aunque no puede dejar de señalarse la intención explicitada en la declaración de expansión del desarrollismo y la idea de progreso del “Nuevo Orden mundial”.

que la Fundación Rockefeller publicó sólo un año después de la conferencia de Alma Ata.<sup>20</sup> Sugería que los servicios públicos debían centrarse en el control de ciertas enfermedades (aquellas con altas externalidades) y unas prestaciones que se consideraban esenciales, dejando el resto de las necesidades de salud bajo la financiación privada. Es notable la correspondencia de este enfoque con las políticas que los organismos de financiamiento internacional (FMI y BM) “recomendaron” a los países de ingresos medio y bajo (como los Latinoamericanos) en la década ‘80 y ‘90. En su aplicación este enfoque de la APS significó la provisión de servicios básicos para poblaciones vulnerables con acceso a prestaciones diferenciales según la capacidad de pago y barreras a la accesibilidad. El resto de las prestaciones pasaron a estar a cargo del gasto de bolsillo de las poblaciones, con la consecuente expansión del mercado de la salud, y en definitiva el deterioro de la salud en general. Algunos autores prefirieron denominar a esta interpretación de la estrategia como “APS Primitiva” para poblaciones pobres.<sup>21</sup>

En términos generales las concepciones del derecho a la salud de corte “focalizado” presentan escasa implicancia en la distribución de la riqueza en las poblaciones, y en su uso discursivo se asocian a la acepción de “derecho a la atención en salud” (prestaciones médicas, acceso a medicamentos) invisibilizando otras dimensiones fundamentales para su consecución.<sup>22</sup> Por su parte las concepciones “universales” del derecho a la salud, lo entienden en interdependencia con otros derechos sociales; y ligado a la distribución de la riqueza y los determinantes sociales de la salud.

Ya en la década del ‘70 desde el campo de la Medicina Social se argumentaba que una concepción de derecho universal debía entenderla desde su determinación social. Dicho de otro modo, se afirmaba que la salud debía fundarse en las circunstancias en que las personas viven, crecen, trabajan y envejecen, como resultado de la distribución de los recursos en las sociedades, asumida por los estados para el logro de la equidad y

---

<sup>19</sup> Unger J.P., De Paepe P., Sen K., Soors W. *International Health and Aid Policies. The Need for Alternatives*. Cambridge University Press. Cambridge, 2010. Introduction p. 4

<sup>20</sup> Publicado en la “New England Journal of Medicine”

<sup>21</sup> Testa, M. “Atención Primaria o Atención Primitiva”, *Cuadernos médico-sociales*, n° 34, 1989, p. 21



postulando la necesidad de actuar sobre “las causas de las causas”, o sea sobre las causas de la desigualdad. La OMS va a retomar dicha acepción en los albores del siglo XXI postulando una concepción del derecho a la salud en dos dimensiones: la atención oportuna y las acciones sobre los determinantes de la salud: sociopolíticos, ambientales, culturales y biológicos. En el año 2005 crea la Comisión sobre determinantes de la salud (CDSS) en concomitancia al lanzamiento del Documento de posición OPS/OMS: “Renovación de la Atención Primaria de la Salud para las Américas” cuyo objetivo era revitalizar el ideario de la Declaración de Alma Ata considerando los factores que obstaculizaron su cumplimiento.

En la actualidad existe un alto consenso de los distintos actores internacionales de la salud respecto a la categoría de “determinantes de la salud”, pero no todos ellos refieren a la misma acepción. Algunas los entienden en términos de “factores de riesgo”, conceptualización en la que subyace un modelo de explicación de causalidad lineal acorde a la definición tradicional pero vigente de la OMS. La homologación a factores de riesgo individuales como estilos de vida, inadecuada alimentación, tabaquismo, etc., opera una reducción que en nada se sigue a una concepción de redistribución y equidad. En virtud de ello la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)<sup>23</sup> junto con el Centro Brasileiro de Estudios en Salud (CEBES) alertan sobre la necesidad de realizar una distinción entre “determinación social de la salud” y “determinantes de la salud”. La salud es entendida por estos movimientos de la sociedad civil como un proceso complejo y multidimensionado construido histórica y colectivamente; por lo que en la homologación de la determinación social a los factores de riesgo, denuncian que opera una coaptación discursiva que reduce lo “colectivo” intrínseco a la construcción social, a una lógica de responsabilidad individual propia de la lógica mercantil<sup>24</sup>. En cambio la concepción procesual de la salud es aquella que plantea que salud y enfermedad no pueden considerarse estados antagónicos, superando así la noción de “estado” de la definición de

---

<sup>22</sup> Muñoz de Alba M. “El derecho a la salud: ¿un derecho individual o social?, *Revista Concordancia. Estudios jurídicos y sociales*, 83(8), 2000, p 3

<sup>23</sup> Organización de la sociedad civil de la región Latinoamericana consolidada a fines de los años '80 y en la década del '90, para contrarrestar y denunciar los discursos de los organismos de financiamiento y para construir respuestas locales a las problemáticas y singularidad de la región.

la OMS<sup>25</sup>. El movimiento de Medicina Social y Salud Colectiva de desarrollo en Latinoamérica, problematiza a partir de la denominada “crisis de la medicina” a mediados de los 60, las concepciones hegemónicas de la salud afirmándola como un “proceso de producción-reproducción social”<sup>26</sup>. Rompen “... con la idea de una historia “natural” de la enfermedad planteando que era imposible abordar el curso de los procesos de salud-enfermedad sin reconocer que las formas instituidas de respuesta social eran también fuerzas productoras del mismo en sus dimensiones concretas y simbólicas.”<sup>27</sup> Así el proceso salud - enfermedad – cuidado, alude a su carácter político, histórico y de construcción colectiva<sup>28</sup>, e incluye tanto a las prestaciones que garantizan (o no) el sistema de salud, como a las prácticas y acciones en salud que se desarrollan en las vidas cotidianas de las personas, y a través de los conjuntos sociales, pero desde una lógica de integralidad de derechos fundamentales. Forma parte de este pensamiento una categoría multicultural e innovadora en el campo del derecho incluida en las constituciones de Ecuador y Bolivia: el “derecho al buen vivir”. El buen vivir ubica “...en primer lugar la armonía y la solidaridad por sobre la acumulación, la competencia y el mercado junto a la innovación de incluir derechos de la naturaleza.”<sup>29</sup>

Por último otros autores de la salud internacional del ámbito europeo plantean un paradigma basado en la justicia social y que bajo un marco ético incluya los valores de solidaridad, democracia y derecho universal a la salud como premisa para la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales.<sup>30</sup>

---

<sup>24</sup> ALAMES y CEBES. Documento de posición conjunto “El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud”, Rio de Janeiro, 2011, p. 3

<sup>25</sup> Estado de completo bienestar físico, psíquico y social.

<sup>26</sup> Stolkiner A., Ardilla Gómez S. “Conceptualizando la Salud en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas”, *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 2012, p.61

<sup>27</sup> Ibid. p.61

<sup>28</sup> Laurell, A.C. “La Salud enfermedad como Proceso Social”, *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 1981, p. 7

<sup>29</sup> Stolkiner A. “Derechos Humanos y Derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente”, *Revista de Medicina Social*, 5 (1), 2010, p.94

<sup>30</sup> Unger J.P., De Paepe P., Sen K., Soors W. ...p. 154.

Sostendré en el desarrollo de la presente investigación que la salud como derecho fundamental, supone necesariamente una concepción universal e integral de la salud como proceso social e histórico, ligado a la redistribución y equidad en el acceso.

## **1.2 Reconocimiento jurídico Internacional del Derecho a la Salud. Valor jurídico**

En la actualidad casi la totalidad de los estados de la Unión Europea (UE) y América Latina han asumido frente a la comunidad internacional el compromiso de crear las condiciones necesarias para la consecución de los grados más altos de salud posibles de sus poblaciones entendiendo a la salud como derecho humano fundamental. Y es que el derecho a la salud presenta toda una historia de reconocimiento jurídico internacional tanto en el ámbito universal como regional, y está incluido en 115 constituciones nacionales.

A nivel internacional se encuentra incluido en actos normativos de diferentes órganos y organismos especializados del Sistema de NNUU, la más importante Organización Internacional (OOII) de fines generales y composición universal, que por alcance y contenido de sus competencias se define como una OOII de Cooperación o Coordinación, así como lo son casi la mayoría de las existentes. Ello implica que a pesar de su autonomía jurídica (voluntad propia e independiente de sus miembros) se mantiene la soberanía de los estados; y que la mera aceptación del tratado constitutivo para la adhesión a la OOII no basta para obligarse al resto de los actos normativos derivados de su actuación. Los estados deben aceptar los actos normativos para obligarse a ellos (a excepción del mantenimiento de la paz, que no es en efecto el caso de estudio).

Dentro del Sistema de NNUU los actos normativos de la OMS cobran especial relevancia dado que es el organismo especializado en materia de salud.

Ahora bien, en el ámbito regional los actos normativos que recogen el derecho a la salud presentarán valor jurídico diferencia según el caso: Los actos normativos de la UE presentan carácter general obligatorio para sus miembros y se aplican directamente porque se trata de una OOII de Integración con sesión de soberanía a entes supranacionales. Mientras que los actos normativos derivados de la actuación de la Organización de

Estados Americanos (OEA), la más temprana OOOII de Cooperación del continente Americano (su carta fundacional es de 1948) precisan de la aceptación de sus miembros.

### **1.2.1 El Derecho a la Salud en su período declarativo**

El derecho a la salud estaba ya contemplado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 10 de Diciembre de 1948 (Art. 25.1)<sup>31</sup> como instrumento jurídico del ámbito universal y en La Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (DADDH) de 2 de Mayo de 1948 (Art. XI)<sup>32</sup> como instrumento jurídico del ámbito regional, incluso anterior a la DUDH y que establecía la conformación de la OEA.

Estos instrumentos internacionales han tenido gran impacto político y sentaron las bases para la posterior adopción de legislaciones, pero su valor jurídico fue meramente declarativo. Al no representar verdaderos tratados internacionales, no revestían obligatoriedad de cumplimiento por parte de los estados firmantes<sup>33</sup>. La obligatoriedad tampoco podía derivarse, por lo menos al momento de su declaración, de la Costumbre Internacional como fuente de Derecho Internacional Público (DIP). Nótese que el reconocimiento de la responsabilidad de los Estados en la consecución de los derechos sociales, y entre ellos el derecho a la salud; ha sido parte de las políticas asumidas por los estados occidentales en la segunda posguerra y que en términos de modelos de estados supuso la conformación de los “Estados de Bienestar o Sociales”, recuperando las teorías

---

<sup>31</sup> Resolución 217A (III) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, documento A/810, 17 (1948). Art 25.1 “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....”

<sup>32</sup> Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre. Adoptada en la Novena Conferencia Interamericana, celebrada en Bogotá, Colombia el 2 de Mayo de 1948. Art. XI “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.”

<sup>33</sup> Pinto M. *Temas de Derechos Humanos*. 2da edición, Editores del Puerto, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2011, p 45

económicas Keynesianas de la década del '30.

Las declaraciones constituyeron el primer período de consagración de los Derechos Humanos a nivel internacional. Aunque de carácter meramente declarativo, adelantaron y sustentaron el conjunto de los que luego serían los derechos sociales, económicos y culturales; entre ellos el derecho a gozar de un nivel adecuado de salud y bienestar. Constituyeron por tanto el tránsito de la declaración al tratado, de carácter por naturaleza vinculante para los estados que manifiesten su consentimiento en obligarse. A diferencia de otros ámbitos del DIP, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos se basa fundamentalmente en Tratados. El contexto de la guerra fría determinó que los derechos contemplados en la DUDH sean divididos en dos categorías por falta de acuerdo entre los países del bloque occidental y oriental. Fue en definitiva la tradición liberal quien ganó la “batalla”, que entendía que los derechos fundamentales eran los políticos y civiles, y los derechos económicos culturales y sociales; meras aspiraciones. Así el tránsito al tratado estuvo determinado por la conformación de dos marcos normativos: Pacto Internacional de Derechos Políticos y Civiles (PIDCP) y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) ambos del 1966.

### **1.2.2 El Derecho a la Salud” en los Tratados Internacionales de ámbito universal**

El PIDCP recoge el “derecho a la vida” (art. 6)<sup>34</sup>; y el PIDESC establece de manera explícita el derecho a la salud física y mental (art. 12.1)<sup>35</sup>. Siendo ambas normativas del ámbito universal verdaderos Tratados internacionales, comportan como valor jurídico la obligación de los estados firmantes de respetar los derechos allí

---

<sup>34</sup> Resolución 2200A (XXI) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Documentos oficiales de la Asamblea General, vigésimo primer período de sesiones, suplemento (Nº16) 52, documento A/6316 (1966), 999 UNTS 171, en vigor desde 23 de marzo de 1976. Art. 6

<sup>35</sup> Resolución 2200A (XXI) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Documentos oficiales de la Asamblea General, vigésimo primer período de sesiones, suplemento (Nº16) 49, documento A/6316 (1966),

protegidos adoptando las medidas necesarias de carácter jurídico, político, administrativo y cultural para hacerlos efectivos, aunque quede a total discrecionalidad de los estados su forma de aplicación en las esferas nacionales. Se debería así mismo procurar un sistema de protección que garantice que una eventual violación sea tratada como hecho ilícito<sup>36</sup>. La categorización en derechos en “primera y segunda generación” data de la década del ‘70 y refleja el modo en el que históricamente se los ha considerado: derechos civiles y políticos susceptibles de aplicación inmediata en tanto se considera que requieren de obligaciones de abstención por parte de los estados (derecho negativo, derechos individuales); y derechos sociales, económicos y culturales como exigencia de prestaciones por parte del estado para garantizar un nivel de vida digno (derecho positivo, derechos sociales). El derecho a la salud ha sido considerado un derecho de “segunda generación”, lo que reviste consecuencias respecto a la garantía de su efectivización.

Nótese que el PIDESC establece en su art. 2.1<sup>37</sup> la sujeción a progresividad de los derechos allí protegidos entendiendo que al momento de la ratificación los estados firmantes poseían recursos limitados por lo que llevaría tiempo su aplicación. Compromete de todos modos a realizar progresos en forma constante, incluyendo especialmente medidas legislativas. Esta interpretación ha quedado cristalizada en la evolución del DIP y se corrobora en la tendencia a la no exigibilidad de los derechos sociales, entre ellos el derecho a la salud. Sin embargo, en lo últimos tiempos han avanzado las concepciones que, rechazando la idea de jerarquía de derechos, plantean la indivisibilidad de los mismos para el reconocimiento de la dignidad humana de las personas. En esta línea de pensamiento, los autores Stephen Holmes y Cass Sunstein (2001) refieren que los argumentos que sustentan tal jerarquía en el costo de los derechos sociales por sobre los “derechos fundamentales” son erróneas. Tanto las libertades

---

993 UNTS 3, en vigor desde el 3 de enero de 1976. Art. 12.1 “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”

<sup>36</sup> Pinto M. *Temas de Derechos Humanos*. 2da edición, Editores del Puerto, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2011, p. 57

<sup>37</sup> Resolución 2200/A (XXI)...op.cit., art. 2.1 “Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos”.

positivas como las negativas suponen la existencia de un estado que mediante su estructura las garantice, por lo que todos los derechos humanos tienen un costo<sup>38</sup>.

Respecto a los mecanismos de control del cumplimiento de derechos sociales de ámbito universal, el Comité PIDESC es un órgano de expertos que tiene por función constatar las violaciones de derecho y hacer recomendaciones a los estados sobre cómo garantizarlos. Se trata de meras recomendaciones de modo que no presentan carácter jurídico vinculante para los estados.

Es en el ámbito regional en el que se cuenta con órganos judiciales vinculantes (Tribunales de Derechos Humanos) para la protección del derecho a la salud: Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) para el sistema Americano; y Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) para el sistema Europeo. Sobre la jurisprudencia de dichas cortes para pronunciarse respecto a situaciones de vulneración del derecho a la salud, se hará referencia al abordar las normativas regionales.

Otros instrumentos jurídicos internacionales prevén un marco regulatorio que establece el derecho a la salud para determinados grupos poblacionales: Convención de los Derechos Humanos de los Niños<sup>39</sup>, 1989 (art 24), Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer<sup>40</sup>, 1979 (art. 11.1.f, 12 y 14. 2.b), Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares<sup>41</sup>, 1990 (arts. 28, 43.e y 45.c), Convención sobre los

---

<sup>38</sup> Holmes S., Sunstein Cass R., *El Costo de los Derechos, porque la libertad depende de los impuestos*. Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2011, p. 55

<sup>39</sup> Resolución 44/25 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 20 de Noviembre de 1989, en vigor desde el 2 de Septiembre de 1990.

<sup>40</sup> Resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 18 de Diciembre de 1979, en vigor desde 3 de Septiembre de 1981.

<sup>41</sup> Resolución 45/158 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 18 de Diciembre de 1990, en vigor desde 1 de Julio de 2003.

derechos de las personas con discapacidad<sup>42</sup>, 2006 (art. 25), Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad<sup>43</sup> (1991), Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental<sup>44</sup>, 1991. Y otros sobre temáticas concretas como la Convención sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes<sup>45</sup>, 1984.

La constitución de la OMS de 1946 es el primer instrumento jurídico que estableció el carácter fundamental del “derecho a la salud” entendiéndolo como “el grado máximo de salud posible”<sup>46</sup>, de carácter vinculante para los estados firmantes. De la conferencia internacional de 1978 resultó la Declaración de Alma Ata, que reiteró el carácter fundamental del derecho a la salud enfatizando su universalidad. Su carácter meramente declarativo y no vinculante supuso diversidad de interpretación y grados diferenciales de aplicación.

### **1.2.3 El derecho a la salud en el derecho comunitario de la UE**

La UE es una OOI de integración con cesión de competencias a entes supranacionales lo que supone que la aplicación de sus actos normativos es directa para los estados miembros. En virtud del principio de subsidiariedad su intervención es lícita toda vez que su actuación sea más eficaz que las de los estados miembros.

El Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) en su art. 168 “Salud Pública” refiere que “Al definirse y ejecutarse todas las política de la Unión se garantizará

---

<sup>42</sup> Resolución 61/106 de la Asamblea General de Naciones Unidas de 13 de Diciembre de 2006, en vigor desde 3 de Mayo de 2008.

<sup>43</sup> Resolución 46/91 de la Asamblea General de Naciones Unidas de 18 de Diciembre de 1990.

<sup>44</sup> Resolución 46/119 de la Asamblea de General de Naciones Unidas de 17 de Diciembre de 1991.

<sup>45</sup> Resolución 39/46 de la Asamblea de General de Naciones Unidas de 10 de Diciembre de 1984, en vigor desde 26 de Junio de 1987.

<sup>46</sup> OMS/OPS. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud...*, op. cit., p.1



un alto nivel de protección de la salud humana”<sup>47</sup>(Antiguo art. 152 del Tratado de la Comunidad Europea).

Concretamente el derecho a la salud es explicitado en la Carta Social Europea (CSE) adoptada en 1961 y revisada en 1996, como instrumento de protección de derechos humanos que complementa los derechos no contenidos en el Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH) principalmente civiles y políticos. De modo que el catálogo de derechos de naturaleza social y económica de la CSE incorpora en su art. 11<sup>48</sup> el “derecho a la protección de la salud” y en su art. 13 el “Derecho a la asistencia social y médica”<sup>49</sup>. Luego la Carta de Derechos Fundamentales (CDF), que reúne en un texto único los derechos civiles, políticos, económicos y sociales; recupera ambos artículos y los incluye en su art. 35 “Protección de la Salud”<sup>50</sup>, adquiriendo carácter vinculante a partir del Tratado de Lisboa (art. 6)<sup>51</sup> y aplicándose entonces tanto a las instituciones europeas en cumplimiento del principio de subsidiariedad, como a los estados miembros.

Ahora bien, del análisis del art. 35 de la CSE, se deriva en primer término la universalidad del derecho a la salud como derecho subjetivo de “toda persona” con

---

<sup>47</sup> Tratado de la Unión Europea firmado en Maastricht el 7 de febrero de 1992. Diario Oficial de la Unión Europea L 191, 29 de julio de 1992, p. 1-112. Art 168

<sup>48</sup> Carta Social Europea. Artículo 11: "Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes se comprometen a adoptar [...] medidas adecuadas para, entre otros fines: “1) eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente; 2) establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimar el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma; 3) prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras, así como los accidentes".

<sup>49</sup> Carta Social Europea hecha en Turín el 18 de octubre de 1961 por el Consejo de Europa (Estrasburgo) N° 35, ratificada el 29 de Abril de 1980. Art. 11 y 13

<sup>50</sup> Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea proclamada en Edimburgo a 12 de Diciembre de 2007 por el Parlamento Europeo, Consejo y la Comisión (DO C 303 de 14.12.2007, p.1). Art 35 “Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de 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 Europea se garantizará un nivel adecuado de protección de la salud humana”.

<sup>51</sup> Tratado de Lisboa por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea firmado en Lisboa el 18 de Diciembre de 2007 (DO C 306 de 18.12.2007 p. 1 /271. Art.6.

independencia de la aplicación o no del derecho a prestaciones en seguridad social (art.34)<sup>52</sup>, más allá de que sus sistemas hayan sido el principal medio para su consecución. Respecto a su alcance, y habida cuenta de que el derecho comunitario carece de un sistema sanitario común; la protección de la salud debe derivarse de los derechos internos de los estados, quedando en dependencia de los modelos de sistemas sanitarios adoptados por cada miembro. Aunque las instituciones comunitarias han avanzado en la elaboración de un catálogo de prestaciones sanitarias comunes, éste es utilizado como herramienta de coordinación (por cierto bajo una lógica focalizada y restringida del derecho a la salud) y no implica un reconocimiento de iguales derechos a todos los ciudadanos europeos. El marco jurídico comunitario tampoco cuenta con un sistema común e uniforme en materia de Seguridad Social. Por lo expuesto, la garantía y universalidad del derecho a la salud queda mermada bajo la dependencia respecto a las políticas estatales, lo que en efecto queda explicitado en el art. 35 (“atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales”). Secundariamente se deriva del mismo art. 35, un mandato dirigido a los poderes públicos para que el diseño e implementación de las políticas comunitarias incluyan el objetivo de consecución de un nivel elevado de protección de la salud, de manera transversal.

Respecto al sistema de protección en el ámbito regional europeo el “Comité Europeo de Derechos Humanos” tiene competencia sobre los derechos protegidos en la CSE, y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos tiene competencia respecto a los derechos protegidos en el Convenio Europeo de Derechos Humanos en el que no está explicitado el derecho a la salud.

#### **1.2.4 El derecho a la salud en el ámbito regional Latinoamericano.**

---

<sup>52</sup> Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea... op. cit. Art 34 “La Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad o los accidentes laborales, la dependencia o la vejez, así como en caso de pérdida de empleo, según las modalidades establecidas por el Derecho de la Unión y las legislaciones y prácticas nacionales”.

En el ámbito Regional Latinoamericano el marco jurídico disponible se deriva de la actuación de la OEA. La Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) o “Pacto de San José” de 1969 incluye de forma genérica derechos sociales, políticos y económicos en su art. 26 limitando su concreción al “desarrollo progresivo” o a la medida de los recursos disponibles<sup>53</sup>. La explicitación del derecho a la salud se incluyó en el Protocolo Adicional a la CADH en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o “Protocolo de San José” de 1988 en su art. 10, entendida como “el disfrute del más alto bienestar físico, mental y social”<sup>54</sup>, y estableciendo compromiso de adopción de medidas conforme a la estrategia de APS para su reconocimiento como bien público.

El sistema de protección americano cuenta con la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), órgano judicial de carácter vinculante que tiene por objeto la interpretación y aplicación de la CADH, de carácter contencioso y consultivo. Ahora bien, el “Protocolo de San Salvador” limita la justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales a sólo a ciertos derechos (educación y sindicales) entre los que no está incluido el derecho a la salud; por lo que ante una situación de vulneración de este derecho la Corte no tendría jurisdicción<sup>55</sup>. A pesar de la tradición liberal según la cual los derechos fundamentales serían aquellos que implican una obligación de abstención (derecho negativo); la jurisdicción regional latinoamericana ha recogido una interpretación de los derechos sociales, económicos y culturales que permite considerarlos ‘justiciables’. La

---

<sup>53</sup> *Convención Americana sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José”)* adoptada en San José de Costa Rica, Costa Rica, el 22 de Noviembre de 1969 y puesta en vigor el 18 de Julio del 1978. Art. 26

<sup>54</sup> *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (“Protocolo de San Salvador”)*. Suscripto en San Salvador, El salvador, el 17 de Noviembre de 1988, en el decimo octavo período de sesiones de la Asamblea General de la OEA. Art. 10

<sup>55</sup> *Ibid.* 19.6 “En el caso de que los derechos establecidos en el párrafo a) del artículo 8 y en el artículo 13 fuesen violados por una acción imputable directamente a un Estado parte del presente Protocolo, tal situación podría dar lugar, mediante la participación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, y cuando proceda de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, a la aplicación del sistema de peticiones individuales regulado por los artículos 44 a 51 y 61 a 69 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.”

sentencia del fallo Suarez- Peralta sugiere que la Corte se pronuncie sobre el derecho a la salud derivada en primer término de la “interdependencia e indivisibilidad” existente entre los derechos civiles y políticos con respecto de los económicos, sociales y culturales<sup>56</sup>. Precedente de ello es el fallo de la misma corte en el Caso Acevedo Buendía y otros<sup>57</sup>, donde el Tribunal Interamericano hizo suyo el pronunciamiento de la Corte Europea de Derechos Humanos sobre extensiones interpretativas hacia la tutela de los derechos sociales y económicos.

La consideración de justicialidad del derecho a la salud resulta indispensable para darle efectividad normativa y para que los estados asuman sus compromisos internacionales, sin embargo ha de mencionarse que a la fecha la jurisprudencia en la materia muestra un claro eje en la efectivización de prestaciones de salud (atención de la salud), que es sólo una vertiente del derecho a la salud en su acepción focalizada.

El sistema interamericano de protección y promoción de los DDHH viene siendo desde los años `70 y `80 una herramienta esencial para la región Latinoamericana, aunque debe mencionarse que desde hace una década ha sido sometido a debate. Una de las principales críticas ha sido el papel protagónico que ejerce USA y el compromiso diferencial que reviste el hecho de que no haya ratificado la CADH, ni se halla sometido a jurisdicción de la CIDH (misma situación para Canadá)<sup>58</sup>. Concomitante a ello han evolucionado mecanismos regionales y subregionales de integración en la búsqueda de

---

<sup>56</sup> Corte Interamericana de derechos Humanos. Caso Suarez Peralta vs Ecuador. Sentencia del 21 de Mayo de 2013. Párr. 131 “Por otra parte, la Corte también considera pertinente recordar la interdependencia e indivisibilidad existente entre los derechos civiles y políticos y los económicos sociales y culturales, ya que deben ser entendidos integralmente como derechos humanos, sin jerarquía entre sí y exigibles en todos los casos ante aquellas autoridades que resulten competentes para ello”.

<sup>57</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Acevedo- Buendía y otros. Sentencia de 24 de noviembre de 2009. Serie C No. 198, párr. 10.

<sup>58</sup> Centro de Estudios Legales y Sociales. *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2013*. 1ra edición. Ediciones Siglo XXI, 2013, Buenos Aires. p. 462

emanciparse de la histórica tutela del norte, que fueron conformando un contexto de creciente alianza entre los países de sur.

En 1991 surge Mercosur (Mercado Común del Sur) como experiencia de integración regional con fines en principio ligados a lo económico-comercial a través del establecimiento de un mercado común. En su evolución ha ido ampliando su alcance, adviniendo en 2003 la idea de un “Mercosur Social”. En 2010 se crea en su seno el Instituto de Políticas Pública en Derechos Humanos, espacio equiparable a la Comisión de Derechos Humanos en el ámbito universal, pero con la limitación de no contar aún con reglamento propio ni autonomía decisoria. Aunque de su actuación no se deriven instrumentos jurídicos vinculantes, presenta la potencialidad de armonizar políticas domésticas y política exterior en derechos humanos, funcionando como un foro de coordinación política.<sup>59</sup>

Más recientemente, en 2008, UNASUR (Unión de Naciones Suramericanas) surge con el objetivo principal de construir un espacio de articulación en materia cultural, social, económica y política entre los países del sur que lo conforman, presentándose como un bloque de poder contra-hegemónico. Cuenta con un consejo sectorial específico en materia de salud: el Consejo de Salud Sudamericano (CSS). Su objetivo es propiciar políticas y acciones intersectoriales para dar respuesta a los determinantes sociales críticos de la salud en la región, y avanzar en el proceso de armonización y homologación de normas; siendo un órgano de consulta con competencia para establecer estatutos propios.

Del análisis del valor jurídico del derecho a la salud en las regiones de estudio, se deriva que la responsabilidad de su garantía recae en última instancia en los estados, ya sea mediante obligaciones asumidas en el marco de organizaciones de cooperación como de integración. Ahora bien, a pesar de su amplio reconocimiento jurídico, la efectiva garantía del derecho a la salud encuentra límites en la escases de mecanismos de vigilancia que

---

<sup>59</sup> Ibid. p. 462

permitan demandar a otro estado o establecer sanciones, ante posibles incumplimientos de los compromisos asumidos. Por cierto, los casos en que el derecho a la salud sí fue sometido a justiciabilidad, refieren a circunstancia que atañen la atención de la salud, que es como se ha expuesto solo un elemento de derecho a la salud.

Por último, cabe señalar, que recayendo en los estados la responsabilidad de garantizar este derecho, se presenta como problemática la ausencia de normativas internacionales que regulen las posibles (y efectivas) repercusiones negativas de los actores transnacionales de la salud, más allá de la posibilidad de abstención de los estados en la adhesión a tratados que se consideren perjudiciales para la salud pública.

### **1.3 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en materia de salud.**

El mejoramiento de la salud mundial es un tema de preocupación para la sociedad internacional. Ello queda demostrado por su presencia tanto en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) como en su agenda de renovación de cara al 2015.

Los ODM aprobados en la 55ª Asamblea General de la ONU en septiembre del 2000 marcaban los desafíos prioritarios de desarrollo humano para los siguientes 15 años. Los objetivos 4, 5 y 6 referían a temáticas específicas de salud: reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; mejorar la salud materna; y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Otros objetivos, como el 1 y 7, referían a temáticas que repercuten particularmente en su consecución dado que son determinantes de la salud: erradicar la pobreza extrema y el hambre, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, etc. La preponderancia de temáticas de salud (y de sus determinantes) en los ODM evidenciaba que la meta planteada en el año '78 “Salud para todos en el año 2000” no había sido cumplida; y que las medidas adoptadas por los gobiernos para la consecución de los grados más altos de salud posibles de sus poblaciones, habían resultado por lo menos insuficientes. Ahora bien, este nuevo intento de los países miembros de la NNUU de dar respuestas a las graves desigualdades sociales y económicas que afectan a la humanidad presentaba metas menos ambiciosas que las contenidas en la Declaración de Alma. Mientras que la declaración se sustentaba en una concepción universal e integral de la salud, los ODM se centraban en ciertas enfermedades y problemáticas específicas, focalizando los esfuerzos en el mejoramiento de indicadores de salud de algunos sectores

de la población mundial. Pese a su concepción focal, presentaban como potencialidad fomentar una asociación mundial para el desarrollo<sup>60</sup>.

De cara al fin del período fijado para los ODM (2001-2015) cabría hacer un análisis de los avances alcanzados.

### **1.3.1 Evaluación periódica de los ODM en materia de salud**

El informe 2013 de evaluación periódica de los progresos en la consecución de los ODM elaborado bajo la coordinación del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de NNUU por el Grupo Interinstitucional y de Expertos; concluyó que aunque se habían logrado avances significativos en la consecución de los ODM de manera global, los mismos no habían sido homogéneos y persistían desigualdades entre regiones y países.<sup>61</sup> Respecto a los objetivos específicos de salud informaba que: la mortalidad infantil (objetivo 4) concentrada de manera creciente en las regiones más pobres, había disminuido a nivel mundial pero no se había alcanzado la meta fijada de reducir las tasas en dos tercios, y que la mayoría de las muertes se daban a causa de enfermedades prevenibles y con un alto porcentaje en el primer mes de vida.<sup>62</sup> La reducción de las tasas de mortalidad materna no alcanzó las tres cuartas partes por lo que el objetivo 5 tampoco se había cumplido.<sup>63</sup>

Una de las mayores preocupaciones se registraba en torno al objetivo 6: combatir el VIH/SIDA. Si bien la incidencia (casos nuevos) había disminuido, en términos generales las cifras seguían siendo alarmantes: 2,5 millones de personas infectadas en el mundo. Se

---

<sup>60</sup>Rodríguez M. I. “De la Salud Individual a la Salud Global en la búsqueda de un mundo mejor”. Ponencia del Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. 19 de Julio 2007. El Salvador de Bahía. Brasil. p. 11

<sup>61</sup> Naciones Unidas (2013). Informe 2013. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Nueva York: Naciones Unidas. p.3

<sup>62</sup> Ibid. p 24-27

<sup>63</sup> Ibid. p.28

había incumplido la meta de detener y reducir su propagación (meta 6.A) y de garantizar el acceso universal a su tratamiento (meta 6.B).<sup>64</sup> Sobre la detención de la incidencia del Paludismo y otras enfermedades (meta 6.C) el informe mostraba una relativa mejor perspectiva: la mitad de los países con mayor incidencia de Paludismo estaban “en vías” de reducir a un 75% la incidencia.<sup>65</sup>

En la actualidad se están llevando a cabo acciones para elaborar la agenda post-2015 que regirá las políticas internacionales de desarrollo en las próximas décadas. En este contexto se menciona la necesidad de retomar los ODM incumplidos.

### **1.3.2 La Salud en la Agenda de ODM post-2015**

El Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon lanzó en 2011 el informe “Acelerar el logro de los objetivos del milenio”, a partir del cual se inició formalmente el proceso de elaboración de la Agenda de Objetivos del Milenio post- 2015 bajo una visión de desarrollo sostenible en su perspectiva social, económica y ambiental. El informe hacía un llamamiento a un “diálogo mundial” abierto a todas las partes interesadas, sobre todo la sociedad civil. A partir de 2012 se llamó a consultas nacionales y subnacionales, se creó un panel de expertos y eminentes, y se encomendó a distintos órganos y organismos del NNUU consultas sobre once temáticas consideradas prioritarias, entre ellas la salud. Las consultas en materia de salud fueron lideradas por la OMS y UNICEF como OOII, y por Botsuana y Suecia como estados miembros. Además se creó una plataforma virtual para fomentar la participación. En dicha plataforma se haya disponible respecto a las consulta temática en salud el informe: “Health in the post-2015 development agenda”<sup>66</sup>. El informe se elaboró en base a aportaciones de los Estados

---

<sup>64</sup> Ibid. p 35

<sup>65</sup> Ibid p. 38-39

<sup>66</sup> Banco Mundial. “Health in the post-2015 agenda - report of the global thematic consultation on health”, 2013. The World we want Platform. Recuperado de [www.theworldwewant/health](http://www.theworldwewant/health)



miembros, sociedad civil, sector privado, instituciones académicas, fundaciones, líderes nacionales y mundiales de salud, agencias de la ONU, y a través de comunicaciones escritas y reuniones cara a cara. En un esfuerzo por sistematizar las aportaciones, plantea como principios rectores: acelerar los esfuerzos para alcanzar los ODM de salud, entendida ésta como un derecho fundamental, pero incorporando otros problemas de salud y de desarrollo prioritarios; establecer políticas integrales entendiendo que el bienestar en salud requiere la responsabilidad de todos los sectores de los gobiernos y no solo el sector salud; y promover sistemas de salud integrados con accesibilidad a servicios de salud de alta calidad tanto en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, como en el diagnóstico, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

El informe demuestra cierto consenso respecto a la necesidad de actuar sobre los determinantes de la salud (factores sociales, culturales, económicos, ambientales y políticos). Con recurrencia se propone utilizar el término “bienestar” en alusión a un enfoque de políticas integradas, que bajo cooperación permitan maximizar la sinergia entre los distintos objetivos de desarrollo en el contexto de un régimen más democrático y participativo de la gobernanza mundial y nacional, y una configuración de relaciones económicas que soporte la equidad, condiciones dignas de vida y la sostenibilidad ecológica.

De las propuestas señaladas por el informe, la que ha tomado más peso respecto a la formulación de un objetivo de salud y sobre la que se perfilan los acuerdos de cara al 2015 es la de Cobertura Sanitaria Universal (“Universal Health Coverage” o UHC). Esta formulación había sido invocada en un informe de posición de la OMS con anterioridad a la consulta.

La propuesta UHC se centra en la necesidad de establecer sistemas de salud fuertes y eficientes para ofrecer servicios de alta calidad según las prioridades nacionales, lo que requeriría sistemas de capitalización con adecuada financiación de la salud. Así mismo plantea que el acceso a los “servicios esenciales de salud” mejora o mantiene la salud. Respecto al uso de los términos “eficiencia” y “servicios esenciales de salud” se hará

referencia en la sección 3 desde una visión crítica. Una de las principales críticas a la UHC advierte que las políticas de “cobertura” presentan como riesgo el consolidar enfoques centrados en la situación financiera de los sistemas de salud y en el sector salud exclusivamente, dejando por fuera los determinantes y la intersectorialidad que supone una visión ampliada o integral del desarrollo. En esa línea, algunas contra-propuestas abogan por la adición del término “acceso” a la cobertura, o bien su reemplazo, por lo que la denominación pasaría a ser UHC + A o UHA respectivamente. Por último otras voces señalan que el UHC no es un objetivo en sí mismo, sino solo un medio para el fin de mejorar la salud.

En el apartado 3 se analizarán los avances al día de hoy respecto a la formulación de los objetivos de desarrollo sostenible en materia de salud. Respecto al peso relativo de los distintos actores de la sociedad internación en su formulación, debe decirse que si bien organizaciones de la sociedad civil y otros organismos no gubernamentales han hecho oír su voz a través de las consultas, son en definitiva los estados quienes a través de negociaciones terminarán definiendo las estrategias de desarrollo.

#### **1.4 Relación entre crisis y necesidades crecientes de salud de las poblaciones.**

La historia ha demostrado que en períodos de crisis nuestras sociedades han experimentado necesidades creciente de salud. Ejemplos históricos de ello son la gran depresión de los años 30, y los efectos devastadores en la salud de las poblaciones de la primera y segunda guerra mundial. Más recientemente, la crisis económica, política, social e institucional de la Argentina en 2001, dejó como saldo la situación de emergencia sanitaria decretada en 2002. Por último el período de recesión 2008 -2009 en Europa trajo consigo un aumento de las tasas de suicidio en países como Grecia y España.

Los períodos de crisis demuestran particularmente cuán decisoria es la respuesta política de los estados para la conservación o mejoramiento de la salud de sus poblaciones. Las políticas que vehiculicen pueden motorizar la protección de la salud de sus

poblaciones en cumplimiento de sus compromisos jurídicos internacionales; o bien pueden hundirlas en un deterioro aún más agudo. En su trabajo “The Body Economic: Why Austerity Kills”<sup>67</sup>, los autores David Stuckler y Sanjay Basu recurren a situaciones históricas de crisis fiscal y/o cambios estructurales para, mediante comparación de datos epidemiológicos, sostener la tesis de que ante tales situaciones el estado de salud de las poblaciones puede no solo ser protegido sino incluso mejorado, a condición de generar inversión pública y una correcta administración. Caso contrario, se deciden políticas económicas de achicamiento del estado en desmedro del bienestar público, con deterioro de los índices de salud de las poblaciones. En esta línea citan la rápida transición de la Unión Soviética socialista a una economía de libre mercado en la década del ‘90, fundamentada en la teoría de reducir las intervenciones del estado a su mínimo para generar la confianza financiera necesaria para la apertura de los mercados. El resultado: un acelerado aumento de los índices de pobreza (de 2 % en 1986 a 40% en 1995), junto a un crecimiento de la tasa de mortalidad del 35% entre el 1990 y 1994, y una baja en la esperanza de vida (de 70 años hacia fines de los ‘80 a 64 años en 1995). Todo ello en el contexto del desmantelamiento del antiguo sistema de salud ruso vinculado al trabajo. Luego, a fines de los ‘90 la crisis monetaria y política de Indonesia con una devaluación de la moneda local (rupias) del 90 % respecto al dólar americano, y una inflación del 78 % con retirada masiva de inversiones extranjeras; tuvo como respuesta la aplicación de políticas de reducción de los presupuestos del estado a los fondos públicos. En materia de salud ello supuso escases de medicamentos y precarización de los programas de salud por desfinanciamiento, con bajas en la capacidad de atención y calidad de las prestaciones comunitarias. Como contra-ejemplo, los autores citan las políticas del New Deal aplicadas durante la gran recesión de los años ‘30 en USA de innegable éxito en el plano social; y la creación de las políticas de seguridad social luego de la segunda posguerra para dar respuesta a sus efectos devastadores, mediante las cuales se conformaron los servicios

---

<sup>67</sup> Stuckler, D., Sanjay B. “The Body Economic: Why the austerity kills. Recessions, budget battles, and the politics of the life and death”. Ed. Taurus, UK, 2013.

nacionales de salud. También sostienen estos autores que las políticas de austeridad tienden a enlentecer el crecimiento económico y generar el efecto contrario al que se pretende.

En conclusión, sostendré que en períodos de crisis es posible y necesario mantener las políticas de protección social, y que los estados no deben sacrificar la salud de su población y el bienestar público. El crecimiento económico no debe necesariamente conllevar costos humanos, habida cuenta de que en cuestiones de salud las decisiones políticas se traducen en términos de vida o muerte, y que el derecho a la vida<sup>68</sup> y a la salud es un derecho fundamental de toda persona.

## **Sección 2: Situación actual de Acceso a la Salud en América Latina y la Unión**

### **Europea**

El análisis el estado actual de acceso a la salud reconoce dos dimensiones interactuantes: la dimensión internacional de la salud, que en el contexto de la crisis-globalización adquieren especial relevancia; y la dimensión regional y subregional, que con sus singularidades está sujeta a la historia, política, economía, y cultura de los estados que las conforman; y a las características y vicisitudes de sus sistemas de salud. Estas dos dimensiones son el correlato del doble proceso de creciente internacionalización de la economía mundial, y avance (y retrocesos) de los procesos de integración regional.

#### **2.1 Determinantes internacionales de la salud: el acceso en su dimensión internacional**

La salud internacional como campo nació ya en fuerte dependencia a las relaciones internacionales y el comercio internacional, sin embargo esta relación presenta en la actual fase de la globalización características particulares. La creciente internalización de los

---

<sup>68</sup> DUDH art. 3, PIDCP art. 6.

problemas de salud ha demostrado que ningún estado puede en forma independientemente dar respuesta efectivas a problemáticas o amenazas transfronterizas. De ahí la necesidad de construir mecanismos de gobernanza global.

Aquellos factores intrínsecos a la globalización que tienen impacto en la salud de las poblaciones suelen denominarse “determinantes internacionales de la salud”. Son ejemplos de ellos el acotamiento de los tiempos y los espacios, el cambio climático, el incremento del flujo migratorio de personas y la transfronterización de los agentes etiológicos. Son también determinantes internacionales los desequilibrios resultantes de la desigual distribución de los beneficios de la economía globalizada a saber: inequidad en la distribución de la riqueza, inequidad en las condiciones laborales, desequilibrios en los perfiles epidemiológicos, entre otros.

El sector salud ha sido en los últimos años uno de los más transnacionalizados. Ese proceso se vio acompañado por un ingreso creciente de grandes capitales financieros multinacionales privados como las aseguradoras, los prestadores de salud, y las empresas de aparatología y farmacéuticas. Abogando por la liberalización del mercado y borrado de las fronteras, el capital transnacional en salud se fue transformando en un actor de gran influencia en el campo de la salud internacional. A tal punto que la defensa de sus intereses está en la actualidad poniendo en riesgo los sistemas de protección social de los estados, ya que el financiamiento puramente estatal de los servicios es contrario a la lógica de acumulación de ganancias.

De dimensión internacional es también el impacto en la salud pública del accionar de la Organización Mundial del Comercio (OMC) como marco multilateral de liberación del comercio. Dicho accionar regido por el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) tiende a imponerse sobre la posibilidad de las políticas nacionales de garantizar los derechos sociales. Al respecto el Relator Especial de las Naciones Unidas Paul Hunt en su “Informe en misión relativo a los derechos económicos, sociales y

culturales” concluye que: “Los estados tiene el deber de velar por que su política comercial no vaya en contra de sus obligaciones legales en lo que se refiere al derecho a la salud”.<sup>69</sup> La aplicación del Derecho del Comercio Internacional y el Derecho de los Derechos Humanos es un tema de recurrente debate. Algunas posturas sugieren que es posible generar puntos de coordinación para “superar” esta “fragmentación” al interior del Derecho Internacional Público y sustentandose en el aprovechamiento de mecanismos tales como el Sistema de Solución de Controversias (SSC) de la OMC y el de exclusiones generales. Sin embargo, hasta el momento la actuación del SSC para asegurar el cumplimiento de derechos sociales ha sido limitada y el mecanismo de exclusiones especiales en materia de salud solo concluyó sobre el caso de permisos a países bajo emergencia sanitaria de establecer licencias de medicamentos obligatorias para salvar vidas<sup>70</sup>. Además de su restricción a emergencias, este mecanismo actúa hoy por hoy sólo excepcionalmente.

Mientras los defensores de la liberación del comercio suelen argumentar que la apertura de mercados favorece el desarrollo económico y por ende el desarrollo a todos los niveles; numerosos informes muestran que ello, lejos de disminuir los índices de pobreza, ha generado mayores desigualdades.<sup>71</sup> En lo que respecta a salud, diré que dejar libradas vidas humanas a las leyes del mercado pone como menos en cuestionamiento la responsabilidad ante las posibles (y efectivas) pérdidas de vidas humanas a causa de las barreras en el acceso a los sistemas de salud.

---

<sup>69</sup> E/CN.4/2004/49/Add.1, 1 March 2004, “The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health”. Report on Mission to the World Trade Organization of the Special Rapporteur Paul Hunt, doc, p 20

<sup>70</sup> Burgos G. “La OMC y los derechos humanos ¿alguna relación?”, *Revista Colombia Internacional*, 76, 2012, p. 327- 359.

<sup>71</sup> Ravallion, M. "Looking Beyond Averages in the Trade and Poverty Debate", Working Paper Series RP2005/29, World Institute for Development Economic Research (UNU-WIDER), 2005, p 22

Los determinantes internacionales descriptos atraviesan las realidades regionales y locales y constituyen un elemento esencial en el complejo entramado de la salud en un mundo global.

## **2.2 El acceso en su dimensión regional**

### **2.2.1 El acceso a la Salud en la UE.**

El análisis de las condiciones actuales de acceso a la salud en la UE, merece en principio una breve descripción de los modelos de sistema de salud existentes como reflejo de lo que cada sociedad, bajo una lógica de actores sociales, visualiza como bien común a ser conservado. Se entiende por modelo de sistema de salud al “conjunto de fundamentos ideológicos en las que se basan los sistemas sanitarios, y que determinan la población receptora de las políticas, la forma de financiamiento, las prestaciones ofertadas y las competencias/actuaciones de los actores implicados; siendo los sistemas de salud la operatividad o ejecución de esos modelos. Luego de ello, se analizarán las políticas implementadas en la región a la luz de la crisis internacional y la medida en que las mismas están comprometiendo el derecho a la salud de sus poblaciones.

#### **2.2.1.1 Sistemas de Salud Europeos: Modelos.**

Los sistemas de salud de los actuales países de la UE responden en líneas generales a dos modelos: El modelo de “Aseguramiento” o “Bismark” con origen en el primer sistema de seguridad social constituido a fines del siglo XIX en Alemania; y el modelo de “Servicio Nacional de Salud” o “Beveridge” en referencia al modelo construido en Inglaterra en la segunda posguerra.

El modelo Bismark de seguros nacionales y obligatorios financiados por la seguridad social Alemana fue en su génesis una “concesión” del gobierno liberal de Bismark a la Socialdemocracia. Habilitaba que la clase obrera asumiera un patrimonio colectivo para cubrir “solidariamente” los riesgos de enfermedad, aportando dos tercios del costo de su salario contra un tercio de aporte del empleador. Así los sindicatos pasaron a estar regulados por el estado, aunque con funcionamiento autónomo. Son ejemplos de este modelo los actuales sistemas de salud de Holanda, Bélgica y Alemania.

El modelo de servicios nacionales de salud supone la provisión de cobertura universal financiada por ingresos tributarios. Su origen es el National Health Service (NHS) creado en 1948 en Inglaterra como “pata” sanitaria del Plan Beveridge. El plan instituido en 1942 en el contexto de la conformación de los estados de Bienestar, tenía como fin garantizar el ingreso económico regular y continuo de todos los individuos, por lo que se construyó un sistema global de protección al riesgo social: accidentes de trabajo, muertes, enfermedad, vejez, maternidad y desempleo. El NHS inglés surge con una organización a través de niveles de atención con planificación centralizada, financiada en un cien por cien por impuestos, y con oferta de todos los servicios necesarios para cubrir las necesidades de salud de la población, gratuitos al momento de la prestación. Este modelo fue considerado de referencia por su potencialidad en la garantía del acceso igualitario a la salud de las poblaciones, y se exportó a otros países de Europa: los países nórdicos (Suecia, Irlanda, Noruega, Finlandia, Dinamarca) en primer término y más recientemente, en los años 80, a los países del sur: España, Grecia, Portugal e Italia. En términos generales plantea la universalidad del acceso a la salud bajo una lógica de solidaridad, asumiendo el estado el costo de la salud de la población.

A pesar de sus características diferenciales ambos modelos tienen vocación de acceso universal.

### **2.2.1.2 Las Políticas en Salud de la UE a la luz de la crisis internacional**

Los debates actuales respecto al acceso a la salud en la UE suelen centrarse en la supervivencia o no de las políticas de bienestar construidas en la Europa de posguerra, y que fueron desde entonces la base del sistema de protección social. La crisis internacional trajo consigo un fuerte impulso de políticas neoliberales de gran impacto sobre el cuidado de la salud de la población europea, como se demostrará a través de tres casos de estudio: Grecia, España e Inglaterra.

La recesión de 2008-2009 produjo una primera respuesta de la UE al desembolsar altas cifras de dinero para el rescate de la banca privada. El “salvataje” provocó un aumento acelerado del déficit de los países afectados sumando a la crisis financiera, una crisis fiscal. A ello se siguió un silencio de conducción por parte de las autoridades de la UE que encontró a los países más afectados (Grecia, España, Portugal, y también Italia)



con una deuda privada aplacada pero sin fondo públicos para combatir los efectos de la recesión.

Ya en 2010 se alertaba sobre el efecto devastador de la crisis sobre las áreas sociales :empleo, vivienda, seguridad social y jubilación; y se afirmaba que tales efectos aún no se habían terminado de desplegar. En materia de salud se asistía a una escalada en los costos.<sup>72</sup> Fue hacia ese mismo año en que, ante la amenaza de mantenimiento de la integración monetaria, comenzaron a delinearse recomendaciones por parte de la “TROIKA”. Los países deudores recibieron nuevos créditos cuya condicionalidad fue la aplicaron de nuevas políticas austeridad, reforzando el ajuste para hacer frente a la deuda y el déficit fiscal. Estas políticas incluyeron: recortes de los salarios públicos y privados, aumento de impuestos, reducciones drásticas en materia de pensiones y prestaciones por desempleo, despidos de trabajadores públicos y privatización masiva de infraestructura pública. En síntesis, se redujo la educación, la sanidad y todo gasto social. Este modelo de “devaluación doméstica” había sido aplicado por Alemania en los albores del presente siglo y con resultados positivos para ese estado (Alemania pasó de ser un país con un 11 % de desempleo a principios del siglo XXI, a tener un desempleo de 7,7 % en 2010). Ahora bien, la aplicación de estas “recetas” en países que parten de otras condiciones merece una consideración que no puede dejar por fuera el hecho de que el déficit era en parte consecuencia misma de la respuesta europea al “salvataje” de los bancos en 2008-2009. David Stuckler y Sanjay Basu (2013) afirman que estos países en su intento por equilibrar los presupuestos y apuntalar los mercados financieros, han convertido sus recesiones en verdaderas epidemias, aplicando recortes generalizados al gasto en salud en el momento en que las poblaciones más lo necesitaban.<sup>73</sup> Caso contrario, otros países como Islandia, Noruega y Suecia, contrarrestaron los efectos de la crisis

---

<sup>72</sup> Unger J.P., De Paepe P., Sen K., Soors W. *International Health and Aid Policies. The Need for Alternatives*. Cambridge University Press. Cambridge, 2010. Introducción, p. 33

invirtiendo en programas de protección social. Islandia, atendiendo la voluntad popular expresada a través de manifestaciones y luego de dos referéndums, decidió no cubrir la banca privada con fondos públicos, evitando la contracción de nuevos préstamos y la aplicación de políticas de austeridad; y en la actualidad conserva relativamente estables sus índices de salud.<sup>74</sup> Por su parte Suecia puso en marcha programas laborales a través de los cuales logro reducir las tasas de suicidio en el contexto de un considerable aumento del desempleo. Vale mencionar que al no ser dichos estados parte de la integración monetaria de la UE contaban con otros recursos, como la devaluación, para hacer frente a crisis<sup>75</sup>.

A partir del estudio de caso de tres países Europeos se intentará demostrar que en la actual coyuntura se está asistiendo a un cambio de modelo de los sistemas y políticas en salud. Este cambio está siendo impulsado por quienes directa o indirectamente defienden un modelo económico de libre mercado bajo políticas neoliberales: ingreso creciente de capitales privados de las transnacionales en salud en desmedro de los tradicionales sistemas públicos universales e integrados. Cabe mencionar que la aplicación de políticas neoliberales en algunos países europeos en los años ´90 había ya introducido algunas reformas en sus sistemas de salud, pero las mismas no habían alcanzado la radicalidad que obliga hoy a pensar en la transición a un nuevo modelo.

#### **2.2.1.2.1 El Caso Griego**

El caso griego (y también el español) es un claro ejemplo de la presión que puede ejercer el mercado financiero y los organismos de financiación internacional, y de la importancia de las respuestas políticas de los estados ante situaciones de crisis.

La constitución griega establece en el artículo 21.3 que “El estado velará por la salud de todos los ciudadanos y toma medidas especiales para la protección de los jóvenes,

---

<sup>73</sup> Stuckler, D., Sanjay B. *The Body Economic: Why the austerity kills. Recessions, budget battles, and the politics of the life and death*. Ed. Taurus, UK, 2013

<sup>74</sup> Kentikelenis A., Karanikolos M., Reeves A., McKee M., Stuckler D. “Greece's health crisis: from austerity to denialism”, *The Lancet*, 383(9918), p. 751.

los ancianos, los discapacitados y los pobres”.<sup>76</sup> Además el artículo 22 referido al trabajo establece en el párrafo 5 que "El estado asegura la seguridad social de los trabajadores, según la ley correspondiente"<sup>77</sup>. Grecia presentaba hasta antes de la crisis, un modelo mixto de salud (combinación de seguridad social y público) que a pesar de sus déficits y falencias conservaba vocación de universalidad, siendo su financiamiento principalmente estatal.

Diversos estudios académicos demuestran que "...la crisis económica mundial ha afectado la economía griega con una severidad sin precedentes, haciendo de Grecia una importante muestra de la relación entre los determinantes socioeconómicos y el bienestar de las poblaciones".<sup>78</sup> Las medidas de austeridad aplicadas a partir de 2010 no sólo fracasaron en reducir la deuda (que creció de 110 % en 2010 a un 167 % del PBI hacia 2013<sup>79</sup>), sino que fueron acompañadas de un aumento del riesgo de pobreza y exclusión social (27, 7 % sobre la población total en 2010, a 35,7 % en 2013<sup>80</sup>). La reducción del gasto en salud del ministerio de salud griego (de un 23,7 %<sup>81</sup> entre 2009 y 2011) se agudizó a partir de 2010 con la aplicación de un sistema de suministros que pasó a registrar un ahorro anual de 80 millones de euros, lo que demuestra la decisión política de pagar el costo de la "salud

---

<sup>75</sup> El sometimiento al cambio fijo como política de la UE para la integración monetaria (Euro), deja por fuera la posibilidad de implementar devaluaciones de la moneda como instrumento frente a las posibles crisis fiscales de sus estados miembros.

<sup>76</sup> Constitución de Grecia de 1975 y reformada en 2008. Segunda Parte "Derechos individuales y sociales". Art. 21.3.

<sup>77</sup> Ibid.

<sup>78</sup> Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, and Benos A. "Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case", *American Journal of Public Health*, 103 (6), 2013, p. 973.

<sup>79</sup> Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). "Central Government Dept". Recuperado de <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=8089>

<sup>80</sup> European Commission. "People at risk of poverty or social exclusion". Eurostat Database. Recuperado de [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?jsessionid=9ea7d07d30de3d07c1c76432438aae788817ab4fc18c.e34MbxSaxaSc40LbNiMbxNaqSe0?tab=table&plugin=1&pcode=t2020\\_50&language=en](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?jsessionid=9ea7d07d30de3d07c1c76432438aae788817ab4fc18c.e34MbxSaxaSc40LbNiMbxNaqSe0?tab=table&plugin=1&pcode=t2020_50&language=en)

<sup>81</sup> Kondilis E., Giannakopoulos S., Gavana M., Ierodiakonou I., Waitzkin H., and Benos A. "Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case", *American Journal of Public Health*, 103 (6), 2013, p. 973

fiscal<sup>82</sup> bajo sacrificio de la sanidad pública de la población. Adicionalmente, y en el contexto de una desocupación triplicada entre 2008- 2012 (de 7,7% a 24,3 %<sup>83</sup>) las políticas de austeridad implicaron que la protección pública de los desempleados se limitara a un periodo de un año, quedando luego la cobertura en salud bajo gasto de bolsillo. Otras medidas de racionalización han sido los recortes de recursos humanos y salarios del personal médico, la reducción de programas comunitarios y de prevención de consumo de drogas ilícitas, la introducción de tasas a las altas hospitalarias, el aumento de copagos por consulta ambulatoria, y los consorcios entre hospitales y médicos privados que permitieron el uso rentable de infraestructura pública. El ajuste se tradujo también en escases de suministros básicos y hospitalarios, y detención del suministro de medicamentos que estaban bajo créditos<sup>84</sup>, lo que tuvo gran impacto en el gasto de bolsillo de los usuarios.

Siendo estas políticas de reciente aplicación, aún no se cuenta con indicadores específicos de salud que expresen su impacto sobre la salud de la población griega. Peso a ello, su deterioro se vuelve evidente en tanto afectan gravemente a los determinantes sociales de la salud. Además pueden considerarse muestra de tal deterioro el aumento en el número de consultas hospitalarias, y el hecho de que algunos índices de enfermedad se hayan disparado, como la incidencia de VIH en la población general<sup>85</sup>. Particularmente notable es el exponencial aumento de la incidencia de VIH entre las personas usuarias de drogas

---

<sup>82</sup> Koutsogeorgou E., Simou, E., “Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review?”, *Health Policy*, 115 (2-3), p. 112. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.002>

<sup>83</sup> Kentikelenis A., Karanikolos M., Reeves A., McKee M., Stuckler D. “Greece's health crisis: from austerity to denialism”, *The Lancet*, 383(9918), p. 748.

<sup>84</sup> Dado que la seguridad social se convirtió en deudora respecto a las farmacéuticas.

<sup>85</sup> Ibid. p. 748. De 15 nuevas infecciones por el HIV entre consumidores de drogas aumentó en 2009 a 484 en 2012.

inyectables de un 1500 %<sup>86</sup>; en el contexto de suspensión de los programas socio-comunitarios. Además el paludismo reapareció como enfermedad endémica en 2011. Los datos epidemiológicos en salud mental evidencian particularmente la relación entre las políticas de ajuste y la salud de las poblaciones al observarse que: la depresión alcanzó un 25 % de la población hacia 2012, sumado a un aumento del 40% de las tasas de suicidio.<sup>87</sup> Pese a ello las prestaciones públicas en salud mental se redujeron o bien suspendieron y su financiación estatal disminuyó en un 20% entre 2010 y 2011, y en otro 55% entre 2011 y 2012, mientras su demanda se había incrementado en un 120%.<sup>88</sup>

En resumen, los acuerdos de rescate de Grecia, incluso bajo una retórica de “mejoramiento de la atención”, han generado los efectos contrarios: retirando las prestaciones en el momento en que la población más lo necesitaba y trasladándose los costos a los usuarios, han comprometido seriamente el acceso a la salud, y han dejado a los grupos más vulnerables fuera del sistema de salud. En este contexto organizaciones de la sociedad civil tales como La Asociación Médica de Atenas y el Departamento Griego de Médicos del Mundo advirtieron sobre una crisis humanitaria sin precedentes en la historia reciente si se continúan las tendencias descriptas.

#### **2.2.1.2.2 El caso de español**

La constitución española recoge el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos en su art 43 como parte integrante “De los principios rectores de la política

---

<sup>86</sup> Hellenic centre for Disease Control and Prevention, Prevention . Health Mo. HIV/AIDS Surveillance in Greece. Report n°26, Athens, 2011.

<sup>87</sup> Loverdos A. ”Response to question by member of the parliament”. In: Hellenic Parliament MoH, editor. Athens 2011.

<sup>88</sup> Kentikelenis A., Karanikolos M., Reeves A., McKee M., Stuckler D. “Greece's health crisis: from austerity to denialism”, *The Lancet*, 383 (9918), p. 750.

social y económica” (Capítulo IV)<sup>89</sup>. Luego los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho se regulan por la Ley General de Sanidad promulgada en 1986 (Ley 14/1986)<sup>90</sup> a saber: financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios al momento de la prestación; derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos; descentralización política de la sanidad en Comunidades Autónomas; prestación de una atención integral de la salud; e integración de las diferentes estructuras y servicios públicos en un “Sistema Nacional de Salud” (SNS) como conjunto coordinado e integrado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas. Estos principios ubicaban al SNS español dentro de los modelo de “Sistemas Nacionales de Salud” unificados y de vocación universal<sup>91</sup>. Su amplitud de prestaciones, sustentabilidad a través del esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos, lo había convertido en un modelo de referencia mundial.

A pesar de lo expuesto, es también dable decir que el SNS español presentaba ya con anterioridad a la gran recesión, ciertos déficits. Por ejemplo en materia de financiación los datos estadísticos evidencian que en 2008 España destinaba un 6,5 % de PIB a la sanidad pública, cifra que estaba ya por debajo del promedio destinado por el resto de los países de igual desarrollo de la región (UE-15) a saber 7,3 %<sup>92</sup>. Al mismo tiempo el porcentaje de gasto privado sobre el gasto total en salud era hacia el mismo año el más alto de la UE-15: 28,4 %.<sup>93</sup> Ello demuestran que ha 2008, cuando recién comenzaban a

---

<sup>89</sup> BOE núm. 311 de 29 de Diciembre de 1978, Constitución Española

<sup>90</sup> BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986, páginas 15207 a 15224. Ley General de Sanidad 14/1986.

<sup>91</sup> Con reconocimiento del derecho de acceso al sistema de todos los ciudadanos y extranjeros residentes en España.

<sup>92</sup> Navarro V. “Los recortes en la Sanidad Pública”. Publicado en Diario digital el Plural, 14 de noviembre de 2011. Recuperado de <http://www.elplural.com/2011/11/13/los-recortes-en-la-sanidad-publica/>

<sup>93</sup> Ibid

mostrarse los efectos de la crisis financiera, el SNS estaba ya sub-financiado. Pese a ello, la aplicación de políticas de austeridad en materia de sanidad pública para hacer frente a la crisis fiscal, se justificó bajo el argumento de que el gasto en salud había sido excesivo en los últimos años. Se inició así un proceso de recortes con barreras crecientes al acceso a la salud, en el contexto de los devastadores efectos de la crisis sobre las condiciones de vida de los ciudadanos. Entre 2008-2010 los índices de desocupación aumentaron al doble pasando del 11.5 % sobre la población total en 2008, a 20.2 % en 2010, y alcanzando en 2012 un 25.2 %.<sup>94</sup> En el mismo período se registró un aumento en las tasas de suicidio<sup>95</sup> particularmente de hombres en edad productiva que fueron los más afectados por la crisis y recesión.<sup>96</sup> Ello en el contexto de un fuerte desaceleramiento del crecimiento económico: de 4,2 anual a 2006 a - 3,6 en 2010.<sup>97</sup>

Las políticas de austeridad para el sector salud se radicalizaron aún más al aprobarse el Real Decreto-ley 16/2012<sup>98</sup>, que abogaba por el mejoramiento de la calidad de las prestaciones y el sostenimiento del sistema en respuesta a la crisis; pero que al contrario puso en jaque la universalidad del sistema español concretizando la aplicación de las más radicales políticas neoliberales al sistema prestacional en el momento en que el pueblo español más lo necesitaba. Mucho se ha hablado respecto a su inconstitucionalidad. Y es

---

<sup>94</sup> The World Bank. World Databank. World Development Indicators “Unemployment”. Recuperado de <http://databank.worldbank.org/data/views/reports/tableview.aspx?isshared=true>

<sup>95</sup> Karanikolos M., Rechel B., Stuckler D., McKee M. “Financial crisis, austerity, and health in Europe”. *The Lancet*, 382(9890), 2013, p. 392. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61665-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61665-7)

<sup>96</sup> James A., Lopez B., Gasparrini A., Artundo C.M., McKee M. “The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis.” *The European Journal of Public Health*. First published online June 2013, p. 732-736. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt083>

<sup>97</sup> OECD Statistics. Country statistical profile: Spain 2014. Recuperado de <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/191100251e1t007.pdf?expires=1420305019&id=id&accname=guest&checksum=08BD9376C56D9A1FDA22F2EB234890F9>

<sup>98</sup> BOE núm. 98, de 24 de Abril de 2012. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

que en efecto el art. 86.1 de la constitución española prohíbe, incluso bajo el supuesto de necesidad y urgencia, la adopción de decretos-ley que afecten la protección de la salud (o de cualquier otro derecho, deber y/o libertad recogida en el Título I de la Constitución española)<sup>99</sup>. Adicionalmente el hecho de que el derecho a la salud se encuentre incluido en el capítulo de los principios rectores de la política social y económica de la Constitución, ubica una fuente añadida de vulneración.

Bajo este estado de irregularidad, el decreto introdujo un cambio radical al modelo sanitario de un Sistema Nacional de Salud a uno de Aseguramiento<sup>100</sup>, y generalizó el pago de copagos<sup>101</sup> a partir de lo cual quedaron excluidos del derecho a la sanidad los colectivos más vulnerables a los efectos de la crisis: irregulares (e incluso los empadronados), mayores de 26 años sin trabajo y mujeres separadas. La exigencia de autorización de residencia a los extranjeros no comunitarios para el acceso a la asistencia sanitaria gratuita fue una de las modificaciones más controvertidas<sup>102</sup>. El hecho de que los únicos supuestos de prestación sanitaria a los que los extranjeros irregulares pasaron a tener derecho se circunscriba a urgencias, asistencia al embarazo y menores de dieciocho años; pone bajo la lupa la medida en que el estado español incumple los tratados

---

<sup>99</sup> BOE núm. 311 de 29 de Diciembre de 1978, Constitución Española. Art 86.1: “En caso de extraordinaria y urgente necesidad, el Gobierno podrá dictar disposiciones legislativas provisionales que tomarán la forma de Decretos-leyes y que no podrán afectar al ordenamiento de las instituciones básicas del Estado, a los derechos, deberes y libertades de los ciudadanos regulados en el Título I, al régimen de las Comunidades Autónomas ni al Derecho electoral general”.

<sup>100</sup> Ibid.art 1 que modifica el art. 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Art. 3.1 “La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado.”

<sup>101</sup> Ibid. Título V. “El mismo principio de austeridad y de racionalización en el gasto público en la oferta de medicamentos y productos sanitarios obliga a actualizar el vigente sistema de aportación por parte del usuario y exige introducir cambios en el mismo, de modo que se adecue al actual modelo de financiación del Sistema Nacional de Salud por los presupuestos generales del Estado”.

<sup>102</sup> Queda derogado así el art. 12 de la Ley 4/2000 que permitía que los extranjeros sin residencia legal en España pudieran obtener asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, siempre que estuvieran inscritos en el padrón del municipio donde residían habitualmente.



internacionales en materia de DDHH a los que se ha obligado<sup>103</sup>, evidenciándose un retroceso respecto a la universalización del ámbito subjetivo del derecho a la protección en salud.<sup>104</sup> En Enero de 2014 el Comité Europeo de Derechos Sociales como órgano de vigilancia convencional respecto a la Carta Social Europea, da aviso de ello y plantea que el decreto de 2012 es una legislación contraria a derecho internacional.

Otras de las medidas de restricción al acceso a la salud y achicamiento del gasto sanitario, se llevaron a cabo mediante la modificación por el mismo decreto de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. La modificación incluyó una categorización de las prestaciones en salud introduciendo la idea de “servicios discrecionales”. Estableció una “cartera básica de servicios”<sup>105</sup> que como paquete básico quedó bajo financiación pública. Y el resto de las prestaciones quedaron sujetas a la aportación o reembolso del usuario, categorizándose como “cartera suplementaria” a todas aquellas prestaciones de dispensación ambulatorias; y como “cartera accesoria” a los servicios que sin carácter de prestación no se consideraban esenciales o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico<sup>106</sup>. Esto significa un pasaje a un modelo de regresividad en la financiación que muestra la tendencia a la privatización implícita en las medidas decretadas, con un importante aumento del gasto de bolsillo. Nótese así mismo la inclusión del art. 97 ter. que establece el fomento de la competencia entre los proveedores de los insumos farmacéuticos para el supuesto logro de la eficiencia y sostenibilidad del SNS, medida que introduce un principio claramente identificables a la lógica mercantil.

---

<sup>103</sup> Sobrino Guijarro I., “Inmigrantes irregulares y el derecho a la protección de la salud. Análisis de la reforma sanitaria en España”, *Lex social: revista de los derechos sociales*, 2 (3), 2013, p. 127.

<sup>104</sup> Ibid. p. 155.

<sup>105</sup> Ibid. art 2 modifica el art. 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, agregando el art. 8 bis, que en su inciso 1 establece “1. La cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o socio-sanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública”.

<sup>106</sup> Ibid. Se agrega el art 8 ter. y 8 quáter. respectivamente.

El proceso de privatización al que asiste el SNS español quedó expuesto a todas las luces en el intento de aplicación de un plan de privatización de seis hospitales públicos y varios Centros de Salud de la Comunidad de Madrid. El plan quedó suspendido en Enero de 2014 en el contexto de huelgas sanitarias y masivas manifestaciones populares de las que participaron distintas organizaciones y miembros de la sociedad civil que siguen en la actualidad defendiendo un SNS de vocación universal. Pese a este éxito parcial, la tendencia a la privatización y desmantelamiento del modelo de SNS no parece revertirse en la actualidad. La Federación para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) conformada por organizaciones autonómicas y profesionales de la salud del estado español para la defensa y mejora del sistema sanitario público; denuncia que se está atentando contra los derechos fundamentales que reconoce la constitución española. Advierten que se están llevando a cabo en las diferentes comunidades autónomas españolas, políticas de recorte y privatizaciones que ponen en riesgo la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, al tiempo que incrementan las desigualdades sociales especialmente de los miembros más frágiles de las sociedades. En su comunicado de 24 de Noviembre de 2014 refieren como principales responsables de este estado de situación: “los nuevos copagos farmacéuticos y de otros servicios, la retirada del derechos a la asistencia a más de 900.000 ciudadanos, el cambio del modelo de Sistema Nacional de Salud al de Aseguramiento sin pasar por el Parlamento, la sub-financiación de los servicios, el endeudamiento sanitario y el recurso a la gestión público privada para financiar y gestionar las nuevas infraestructuras sanitarias como hospitales y centros de salud.”<sup>107</sup>.

Si bien aún no se cuenta con datos epidemiológicos que reflejen el impacto de estas medidas sobre la salud de las poblaciones, los especialistas advierten que revisten riesgo sobre vidas humanas, e incluso una posible aparición de enfermedades controladas o erradicadas en Europa si la tendencia continúa.

---

<sup>107</sup> FADSP. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2014). Comunicado luego de la XXXII Jornadas de Debate de Debate de la FADSP, organizadas por la Asociación Ciudadana para la Defensa de la Sanidad Pública (ACDESA) 22 y 22 de noviembre de 2014. Recuperado de <http://fadsp.org/~ab47510/index.php>

### 2.2.1.2.3 El caso inglés

Los procesos de reforma a la luz de la crisis internacional no son privativos de los países más fuertemente afectados por la deuda pública y privada. El Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (NHS), padre de los modelos universales de salud, está sufriendo en la actualidad cambios tan estructurales que algunos investigadores no dudan en referirse a un proceso de desintegración radical del NHS que desde sus orígenes se había basado en la distribución del riesgo bajo el principio solidaridad.

La tendencia hacia un modelo orientado al mercado había comenzado ya en los años '90 bajo la aplicación de las primeras reformas neoliberales. En materia de salud significó la introducción en el NHS de un enfoque de “comisionado” con reducción del control gubernamental sobre algunos componentes del sistema y la aplicación de medidas que beneficiaban el ingreso del sector privado<sup>108</sup>. Pese a ello el gasto privado en salud se mantuvo en los siguientes años dentro de los índices más bajos para los países de ingreso similar.<sup>109</sup> Ahora bien, hacia 2007 y ante los primeros efectos de la crisis internacional las autoridades sanitarias inglesas informaban que no se realizaría más cambios en el NHS. Sin embargo ello no fue así, y se avanzó rápidamente hacia una financiación mixta con una oferta de pluralidad de servicios y proveedores que instalaron la competencia en el sistema de salud, con argumentos basados en la eficiencia y ahorro.

Nótese que el NHS había estado sustentado desde su creación en los principios de redistribución para el aseguramiento de la universalidad y equidad, integración de estructuras organizadas en áreas (y no en consorcios de seguros) y gratuidad de la atención

---

<sup>108</sup>Pollock A., Price D. “PFI and the National Health Service in England”. Queen Mary University of London, 2013, p. 6. Recuperado <http://www.allysonpollock.com/>

<sup>109</sup>The World Bank. World Databank. World Development Indicators “Health Systems”. Recuperado de <http://wdi.worldbank.org/table/2.15>

al momento de la prestación<sup>110</sup>. Se trataba de un modelo universal de salud con distribución del riesgo bajo el principio de solidaridad, por lo que el estado asumía enteramente la responsabilidad y el deber por el aseguramiento y promoción de la salud de toda la población. Así, la financiación del NHS era por fiscalidad progresiva, con asignación de recursos en base a las necesidades de las poblaciones, atendiendo a una distribución geográfica del riesgo y organizada a través de niveles de atención con planificación centralizada, y sin fines de lucro.<sup>111</sup>

El decreto aprobado en 2012<sup>112</sup> radicaliza la tendencia de las reformas iniciada en 2007 y constituye un cambio radical en los que habían sido el pilar mismo del NHS desde su creación, al decretar que el gobierno ya no será más responsable ni asumirá el riesgo del cuidado de la salud, dejando así libradas al mercado determinadas áreas de la salud.<sup>113</sup> Si el fundamento de los sistemas universales es la solidaridad bajo asunción estatal del costo de la salud, el principio organizador del mercado es el de la selección del riesgo: identificar el riesgo, predecirlo y evitarlo; por lo que se carga una prima por riesgo de enfermedad. Este proceso se ha llevado a cabo en Inglaterra bajo el argumento de que favorecería la equidad y la autonomía decisoria de pacientes y profesionales médicos. Sin embargo, y a pesar de mantener nominalmente la universalidad, es a todas luces un modelo orientado al mercado, ya que se vuelve hacia una fiscalidad regresiva con asignación individual de recursos basados en el riesgo, y una organización que combina seguros y proveedores bajo una lógica de precio al riesgo y competencia en el que nuevos poderes discrecionales pasan a determinar qué servicios se proveerán y quienes lo

---

<sup>110</sup>Pollock A., Price D. “Duty to care: in defense of universal health care”, 2013. Recuperado de <http://www.allysonpollock.com/> p. 7

<sup>111</sup> Ibid. p. 8

<sup>112</sup> En referencia al “Health and social Care Act 2012.

<sup>113</sup>Pollock A., Price D. “Duty to care: in defense of universal health care”, 2013. Recuperado de <http://www.allysonpollock.com/> p. 13

financiarán.<sup>114</sup> A 2013 se hablaba de una proyección de recortes al sistema inglés de 200.000 libras para el 2015.

Los casos de estudio descriptos demuestran que existen en la actualidad un fuerte interés por algunos actores de la sociedad internacional implicados en la salud por impulsar un cambio en los modelos de sus sistemas de salud bajo la aplicación de políticas neoliberales. Ya sea a través de políticas de austeridad o de privatizaciones del sector, las reformas parecen orientarse a la apertura al mercado y achicamiento del estado. Tal situación merece una alerta respecto a sus consecuencias en la garantía del derecho a la salud, habida cuenta de que las mismas “recetas” fueron aplicadas en Latinoamérica con el propósito de favorecer la “equidad” pero con el resultado ya constatado de haber aumentado los índices de pobreza y radicalizado las desigualdades preexistentes. El supuesto logro de la “equidad” como argumento que sostienen las reformas carecen en efecto de sustento, ya que no existen evidencias de que el sector privado sea más eficiente que el privado; por el contrario la experiencia Latinoamericana muestra sus efectos contrarios.

### **2.2.2 El acceso a la Salud en América Latina.**

La situación actual de acceso a la salud de los países de América Latina debe leerse a la luz de los contextos particulares de los países de la región y de la especificidad de los procesos históricos de construcción y evolución de sus sistemas de salud.

La constitución de los sistemas Latinoamericanos estuvo influenciada por los modelos europeos de salud conformados en el contexto de los estados de bienestar: Servicios Nacionales de Salud (Beveridge) y Seguridad Social (modelo Bismarkeano). Sin embargo las características de la región hicieron que estos modelos se implementen sólo parcialmente. Nótese que el modelo de Seguridad Social había sido creado en el contexto

---

<sup>114</sup> Ibid.

de una planificación de pleno empleo no deducible de las realidades latinoamericanas que presentaban, adicionalmente, altos niveles de empleo informal. En su evolución la intención de la universalidad del acceso a la salud no pudo ser alcanzada en la mayoría de los países de la región.

Una de las principales problemáticas de los sistemas de salud Latinoamericanos de alto impacto en la accesibilidad es su fragmentación y segmentación, que en efecto se vio intensificada a partir de las reformas neoliberales. Por otro lado, y a pesar de que la mayoría de los países latinoamericanos fueron conformando una historia de reconocimiento del derecho a la salud e incluyéndolo en sus constituciones, sólo una minoría de ellos cuenta en la actualidad con sistemas integrados de salud de vocación universal. Otra problemática común es la escasa capacidad regulatoria de los ministerios sobre los sistemas de salud a pesar de ser la autoridad sanitaria legal.<sup>115</sup> “La seguridad social tiende a ser el segmento público más sólido pero con una cobertura poblacional y médica variable dependiendo de las características del pacto corporativo en cada país. En cambio, el ministerio de salud es generalmente débil y debería de atender a la población sin seguro social pero en algunos casos sólo es responsable de las acciones de salud pública.”<sup>116</sup>

La actualidad de la situación de acceso a la salud en la región está fuertemente influenciada por la actuación de los regímenes autoritarios y dictaduras militares que durante la década del '60 y '70 oprimieron la región, y que bajo terror de estado permitieron en las siguientes décadas ('80 y '90) la aplicación radical de políticas neoliberales sintetizadas en los postulados del Consenso de Washington<sup>117</sup>. Mientras en

---

<sup>115</sup> Laurell A.C. “Sistemas Universales de Salud: retos y desafíos”. Publicado en [www.alames.org](http://www.alames.org) del 21/02/2012. p 4. Recuperado de <http://www.alames.org/documentos/sistemasasa.pdf>

<sup>116</sup> Ibid. p. 4

<sup>117</sup> Conjunto de diez instrumentos de política económica formuladas en principio por John Williamson en 1989, con el objetivo de sistematizar las reformas políticas que desde Washington se creían necesarias aplicar

Europa las políticas neoliberales se aplicaban bajo “... formas democráticas de gobierno y con un margen de consenso importante, en América Latina, que alcanzó en la década del ’70 altos niveles de conflictividad y lucha social, la implementación de estas políticas estuvo, en la mayoría de los casos, a cargo de gobiernos dictatoriales, que debieron anular las formas de resistencia social por medio del Terror de Estado.”<sup>118</sup> Durante los años ’60 y ’70 el terror de estado desmanteló toda lógica solidaria en la provisión de servicios sociales, al tiempo que, en virtud de la contracción de préstamos se fue acrecentando notablemente la deuda externa y la relación de dependencia con los organismos de financiación internacional. En materia de salud la influencia de estos organismos se devela en el incremento del gasto privado en salud. En las décadas del ’80 y ’90 y en el contexto ya de expansión de las ideas desarrollistas, con aplicación de políticas de apertura de mercados, desestatización de la economía y flexibilización laboral; se produjeron los más agudos procesos de privatización en la región por aplicación a rajatabla de las recomendaciones de los organismos de financiación internacionales (BM y FMI) como respuesta a la “crisis de la deuda”. Estas recomendaciones fueron disfrazadas de “reformas” pero eran en realidad políticas de ajuste estructural tendientes a reducir a su mínima expresión el gasto público del estado, que se retiraba de esta manera de la garantía de los derechos sociales entre ellos la salud. Esta “primera generación” de reformas neoliberales abogaba por un estado mínimo.

El informe del Banco Mundial “Invertir en Salud” (1993) fue el documento emblemático en materia de aplicación de políticas neoliberales al sector salud en la región<sup>119</sup>. En términos generales descentraba a la salud de sus concepción de derecho a ser ofertada por los servicios públicos, y la ubicaba en términos de demanda bajo una lógica de costo – efectividad. Proponía reservar la oferta sólo a un paquete básico de servicios y acciones preventivas para el sector público que se denominaron “servicios esenciales”. El resto de

---

a los países latinoamericanos para hacer frente a la “crisis de la deuda”. Las medidas se basan en una lógica de apertura de mercado y disciplina macroeconómica propios de una teoría económica neoclásica y del modelo ideológico y político del neoliberalismo e incluían: disciplina fiscal, Reordenación de las prioridades del gasto público, reforma fiscal, liberalización financiera, tipo de cambio competitivo, liberalización del comercio, liberalización de la inversión extranjera directa, privatizaciones, desregulación y derechos de propiedad.

<sup>118</sup> Stolkiner A. “Tiempos Posmodernos. Procesos de ajuste y Salud Mental”. En *Políticas en Salud Mental*. Ed. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1994, p. 25

las acciones y servicios dirigidos a las personas (y que son por cierto las más rentables) se denominaron “servicios discrecionales”, y pasaron a la provisión privada generando un gran mercado de la salud. Otro informe del mismo año plantea explícitamente que la provisión de servicios debe focalizarse en aquellas prestaciones que presentan grandes externalidades y en servicios esenciales para poblaciones pobres, al tiempo que propone diversificar los servicios al incluir la competencia con fundamento en la “libre elección de los usuarios”<sup>120</sup>. La separación entre regulación, financiación y prestaciones de los sistemas de salud como recomendación, tenía la clara intención de hacer ingresar el mercado a los sistemas públicos, dado que ello no es posible cuando es la misma instancia la que centraliza dichas funciones. Esto trajo como consecuencia la pérdida de rectoría de los ministerios, y un fuerte debilitamiento de las estructuras institucionales públicas que ya de por sí presentaban algunos déficits. Las políticas neoliberales se aplicaron en los países Latinoamericanos bajo la premisa de que los servicios públicos eran ineficientes y que la competencia intrínseca a la lógica del mercado avanzaría hacia la equidad en la provisión de servicios.

Dos décadas después los datos demostraron que esta premisa era infundada. Contrariando los argumentos que sustentaron las reformas, las deudas de los estados se profundizaron, se produjo una rápida redistribución regresiva del ingreso y un gran crecimiento de la pobreza en la región<sup>121</sup> intensificando las inequidades entre sectores. A través de diversos mecanismos el gasto del estado fue traspasado a sectores privados con fines de lucro, produciéndose una aguda mercantilización del sector. Asa Cristina Laurell en su texto “La Salud: de derecho social a mercancía” (2010) realiza un análisis crítico y discursivo del documento “Invertir en Salud” y plantea que su principal objetivo era ubicar a la salud dentro del ámbito privado y sólo en algunas condiciones como materia del estado, bajo la premisa de que los recursos públicos son y serán escasos. Respecto a ello la autora señala que lo que no se explicitaba en el informe era la canalización de los recursos públicos al

---

<sup>119</sup> Banco Mundial. “Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en Salud” Washington D.C., 1993: Banco Mundial.

<sup>120</sup> Unger J.P., De Paepe P., Sen K., Soors W. *International Health and Aid Policies. The Need for Alternatives*. Cambridge University Press. Cambridge, UK. 2010. p.5

<sup>121</sup> Laurell, A.C. “Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina”, *Revista de Medicina Social*, 5(1), 2010, p. 79.



servicio de la deuda externa, ni tampoco la pobreza del estado como consecuencia de los mismos procesos de ajuste.

En síntesis, las políticas neoliberales aplicadas negaron la protección de la salud como derecho fundamental de toda persona como base de su universalidad, al hacer regir una lógica de racionalidad económica (costo-beneficio) sobre cuestiones que implican vidas humanas, y porque abordaron a la salud como un objeto “discrecional” con el agravante de estar dirigido a sociedades con grandes desigualdades sociales.<sup>122</sup>

### **2.1.2.1 El acceso a la salud en Latinoamérica en los albores del siglo XXI**

Desde la década de 2000 y ante el marcado fracaso de las políticas neoliberales aplicadas, varios países Latinoamericanos ampliaron las políticas sociales centrándose en la reducción de la pobreza y las desigualdades sociales, y la cobertura estatal de los derechos sociales. Ello coincidió con el advenimiento de gobiernos progresistas en la región. En materia de salud “...el retorno al discurso de los derechos humanos (...) tendió a reemplazar los enfoques tecnocráticos centrados en el costo-efectividad del período anterior”<sup>123</sup>. Algunos países generaron mejoras en el acceso a la asistencia sanitaria y avanzaron, en mayor o menor medida, en la línea de construcción y/o fortalecimiento de sistemas de salud únicos y públicos con acceso universal (SUS). El caso paradigmático es el Brasileño, pero también esta concepción subyace en las reformas de Venezuela, Bolivia, y Ecuador, al tiempo que otros países están haciendo intentos de avanzar en esa línea. Cuba había ya construido un sistema universal pero en el contexto de la segunda posguerra y bajo un gobierno revolucionario, siendo el único caso regional de un sistema universal efectivamente consolidado. Por su parte otros países han avanzado sobre modelos de

---

<sup>122</sup>Laurell, A.C., Blanco Gil J. “La salud: de derecho social a mercancía” en “Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud”, Ed. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, 1994

<sup>123</sup> Stolkner A. “Derechos Humanos y Derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente”. *Revista de Medicina Social*, 5 (1), 2010, p. 89.

seguro de salud lo que genera cierta polarización en el escenario de la región<sup>124</sup>. Es el caso de Chile, México y Colombia, presentando ciertas similitudes con el modelo de salud de los USA.

En líneas generales los sistemas únicos de salud son universales, esencialmente públicos e incluyen como mandato constitucional el deber del estado respecto al derecho a la salud, entre otros derechos sociales<sup>125</sup>. Aunque en general los sistemas reales incluyan relaciones contractuales con prestadores privados, en este modelo la administración de fondos y los compradores de servicios se mantienen bajo el ámbito público.<sup>126</sup> Por su parte el modelo de Aseguramiento en la región adoptó la forma de seguros de salud con precios y cobertura de servicios de salud (médica) preestablecidos. Adopta además el pluralismo de administradores de los seguros y proveedores de los servicios como un principio básico del mercado y la competencia<sup>127</sup>. Se tomarán casos de estudio para ejemplificar ambos enfoques.

#### **2.2.2.1.1 El caso brasilero**

El caso Brasilero es un caso paradigmático. En Brasil la aplicación de políticas neoliberales no logró alcanzar el sector salud en virtud de la determinación constitucional del año 1988 que crea el Sistema Único de Salud (SUS) incluyendo el derecho a la salud para todos como deber del estado a garantizarse a través de un sistema único público y descentralizado. Tal proceso supuso la disolución del sistema de seguridad social preexistente que quedó absorbido por el ministerio de salud como ente regulador y

---

<sup>124</sup> Ibid.p.94 Colombia, México.

<sup>125</sup> Seguridad social, alimentación, agua y saneamiento básico, educación gratuita, vivienda, trabajo y seguridad económica, en una lógica de integralidad de derechos.

<sup>126</sup> Laurell A.C. “Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos”. Presentación durante la Conferencia "Sistemas Universales de Salud: retos y desafíos", celebrada en sede del ISAGS el 21 de febrero de 2013, p.6. Recuperada de [www.alames.org/documentos/sistemasasa.pdf](http://www.alames.org/documentos/sistemasasa.pdf)

<sup>127</sup> Ibid. p. 7.

planificador del sistema.<sup>128</sup> Siendo Brasil un país de gran escala poblacional y con profundas brechas distributivas, el objetivo del SUS era el de “establecer en el territorio nacional una red pública regionalizada y jerarquizada, de acuerdo con los principios constitucionales de universalización, integralidad de la atención, descentralización, participación social e igualdad en cuanto al derecho de acceso de todos los ciudadanos a las actividades y servicios de salud a todos los niveles de complejidad.”<sup>129</sup> Si bien al igual que en muchos sistemas únicos europeos el SUS pasó a incluir participación privada, ello sucede a nivel de la prestación de servicios y no del aseguramiento, por lo que los seguros privados aunque suplementarios o complementarios no podrían suplir el papel de garantía del derecho que recae en los gobiernos locales.

A partir de la implementación del SUS se logró una mejor distribución de recursos humanos de la salud en las diferentes regiones del país y una mejora de los índices de salud de la población. En el período comprendido entre 1990 y 2007 la mortalidad infantil nacional bajó en un 59 %, y en el noreste del país (una de las zonas más vulnerables) se registró un descenso del 54 % en el mismo período, lo que demuestra la capacidad redistributiva en el acceso y la lógica solidaria que sustenta el sistema.<sup>130</sup> Así mismo la actuación de los Consejos de Salud muestra un alto grado de participación social en la gestión del sistema. La cobertura en salud hacia 2012, según fuentes del ministerio de salud brasileño, era de un 95% de la población, siendo que el 80 % dependía exclusivamente del SUS.<sup>131</sup>

A pesar de los evidentes resultados positivos, el SUS presenta en la actualidad

---

<sup>128</sup>Laurell A.C. “Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos”. Presentación durante la Conferencia "Sistemas Universales de Salud: retos y desafíos", celebrada en sede del ISAGS el 21 de febrero de 2013, p. 22. Recuperada de [www.alames.org/documentos/sistemasasa.pdf](http://www.alames.org/documentos/sistemasasa.pdf)

<sup>129</sup>Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Perfil del Sistema de Salud de Brasil”, Brasilia, Brasil, 2005, p. 13.

<sup>130</sup> Ibid. p. 23

algunas problemáticas que se configuran como barreras de accesibilidad en el contexto de un sistemas de vocación universal. Una de ellas es la dificultad de los municipios medianos o pequeños para costear los servicios. Ello se debió en parte a que los procesos de descentralización en los años '90 se realizaron desatendiendo las inequidades entre municipios con mayor recaudación y aquellos más pobres (que presentan por lo general mayores necesidades prestacionales). A nivel nacional se presenta la paradoja de que el gobierno tiende a contratar servicios privados para descomprimir la demanda del SUS, generándose un relativo traspaso de fondos. La Norma de Organización de la Atención (NOA) de 2002 fue una legislación que buscó corregir algunos aspectos no considerados en la primera década de funcionamiento del SUS.

En términos generales puede decirse que el “SUS brasileño ha aumentado la cobertura y el acceso aceleradamente, aunque todavía está en proceso de resolver problemas de consolidación y calidad de los servicios, incrementar el presupuesto, y ganar terreno al sector privado de planes de salud”<sup>132</sup>. Peso a ello su vitalidad se demuestra en el intenso debate que se sigue librando en la búsqueda de mejoras para garantizar plenamente el derecho a la salud y hacer cumplir el mandato constitucional sobre las obligaciones del Estado. Así mismo la Ley Complementaria de 2012 reglamenta artículos constitucionales en materia de salud, y establece el porcentaje del PIB que debería estar destinado al gasto en salud, así como los aportes estatales y municipales.

#### **2.2.2.12 El caso colombiano**

El actual sistema de salud colombiano es un claro ejemplo de la aplicación de medidas neoliberales al sector salud. Se corresponde con los modelos de seguro de salud, y a diferencia de otros modelos similares en la región presenta un seguro único obligatorio, pero bajo un sistema de libre competencia, con pluralidad de administradores y

---

<sup>131</sup> Laurell A.C. “Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos”. Presentación durante la Conferencia celebrada en sede del ISAGS el 21 de febrero de 2013, p.23. Recuperada de [www.alames.org/documentos/sistemasasa.pdf](http://www.alames.org/documentos/sistemasasa.pdf)

<sup>132</sup> Ibid. p. 28

compradores de servicios, y con proveedores de servicios públicos y privados.<sup>133</sup> El sistema es el resultado de la ley 100 de 1993, que como base de la reforma incluía subsidios a las poblaciones pobres a través de un padrón con cupos limitados, la diferenciación entre un seguro básico subsidiado y un seguro contributivo con copagos y cuotas, la libre competencia entre prestadores y administradores públicos y privados, y la descentralización de los servicios públicos.<sup>134</sup> Se reserva al estado la función de subsidio a los pobres, regulación del sistema y promoción del mercado.

El resultado respecto al acceso a la salud ha sido altamente desfavorable. A pesar de ser un sistema único no garantiza en nada la universalidad. Generó una nueva estratificación en el acceso, al tiempo que las aseguradoras privadas dejan fuera de cobertura a las personas con “alto riesgo de contraer enfermedades”. Reaparecieron además enfermedades como el Paludismo y descendió la cobertura de vacunación.<sup>135</sup>

Los dos casos de estudio citados ilustran la polarización de propuestas sanitarias en la región: mientras algunos países avanzan hacia sistemas de salud únicos e universales financiados por impuestos; otros mantienen modelos de aseguramiento como los sistemas colombiano, chileno y mexicano que aunque con estructuras diferentes, se basan en políticas económicas neoliberales orientadas al mercado.

Debe decirse que el prototipo de modelo de salud orientado al mercado en la región, es el de los USA. Dicho sistema presenta alto niveles de ineficiencia en lo que hace a la accesibilidad, al tiempo que es el más caro a nivel mundial: su gasto en salud

---

<sup>133</sup> Laurell AC. “Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos”. Presentación durante la Conferencia “Sistemas Universales de Salud: retos y desafíos”, celebrada en sede del ISAGS el 21 de febrero de 2013. Recuperada de [www.alames.org/documentos/sistemasasa.pdf](http://www.alames.org/documentos/sistemasasa.pdf) p. 13

<sup>134</sup> Ibid. p. 16

<sup>135</sup> Ibid. p. 17

representaba a 2013 el 17,9 % del PBI<sup>136</sup>. La financiación es en su mayoría privada y está segmentado en dos estructuras paralelas: una de prestación de servicios y otra de salud pública. El 68% de la población americana está enormemente insatisfecha con el modelo<sup>137</sup>, lo que demuestra su ineficacia y la inequidad que genera la mercantilización del sector.

Por último señalar que los albores del siglo XXI encuentran a la región bajo una tendencia al advenimiento y/o fortalecimiento de mecanismos con vocación de integración como UNASUR, MERCOSUR y ALBA, que vienen generando un realineamiento de la geopolítica con propuestas contra-hegemónicas a la histórica dependencia a los Estados Unidos. En materia de armonización de políticas en salud se han realizados algunos avances pero aún hay mucho camino por recorrer. Algunos de ellos se mencionarán en la siguiente sección.

### **Sección 3: Respuestas de la Sociedad internacional**

Existe en la Sociedad Internacional cierto consenso respecto a la necesidad de generar reformas que mejoren el acceso a la salud de la población mundial. Dado que los distintos actores internacionales implicados en su consecución presentan intereses y fines diferenciales, se analizará en esta sección el contenido de las propuestas de reforma, y su papel relativo respecto a los desafíos actuales para la salud a nivel mundial y regional.

#### **3.1 Organizaciones Internacionales (OOII) de ámbito Universal.**

En términos generales el sistema de NNUU y su organismo especializado, la OMS, están presentando como respuesta a los desafíos actuales en salud a nivel global la propuesta de Cobertura Universal Salud (UHC por su abreviación en idioma inglés), cuyo

---

<sup>136</sup> The World Bank. World Databank. World Development Indicators “Health Systems”. Recuperado de <http://wdi.worldbank.org/table/2.15>

objetivo es garantizar mayores niveles de acceso a la salud. La ambigüedad de la formulación radica en que a pesar de su pretensión de universalidad, la “cobertura” no es necesariamente equiparable a “acceso”. La accesibilidad se desprendería de las premisas que ya habían sido enunciadas en 1978 en La Declaración de Alma Ata basadas en una concepción universal e integral de salud. Por su parte la “cobertura” podría estar asociada a una concepción focalizada y centrada en la atención de la salud, y no necesariamente supone el acceso.

Respecto a los organismos internacionales de financiación y cooperación económica: BM, FMI y Organización Mundial del Comercio (OMC); la postura es la de radicalizar políticas neoliberales, y la apertura de los mercados alcanzando el sector salud.

Se detallará a continuación lo referido a cada una de las OOI internacionales mencionadas.

### **3.1.1. Organización Mundial de la Salud (OMS)**

La OMS había lanzado en 2012 el documento debate “El lugar de la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015” donde afirmaba que la salud “es una condición previa del desarrollo sostenible, y también un indicador y un resultado de los avances logrados en esta esfera.”<sup>138</sup> El documento propone utilizar la UHC para englobar los que entiende son los desafíos para mejorar la salud de la población mundial: progreso de los avances en los ODM; reconocimiento político del impacto social y económico que tienen las enfermedades no transmisibles (incluidos los de salud sexual y reproductiva, salud mental); procurar sistemas de salud más fuertes y resistentes; innovación y eficacia en respuesta a las dificultades financieras; examinar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud; y creación de instrumentos sanitarios mundiales.

Al observar los dos componentes principales de la UHC, a saber cobertura de los servicios de salud y protección contra el riesgo financiero, se concluye necesariamente que la

---

<sup>137</sup>Navarro, V. “Los recortes en la Sanidad Pública”. Publicado en Diario digital el Plural, 14 de noviembre de 2011.

<sup>138</sup>OMS. Documento de debate “El lugar de la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015”. Octubre de 2012., p2. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2010/es/>

propuesta está orientada a una concepción focal de la salud. Consolidar un enfoque centrado en la situación financiera de los sistemas de salud es una de las principales críticas que ha recibido esta propuesta.

El informe de la OMS 2010 “La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal”<sup>139</sup>, es la referencia que toma el informe respecto al control del riesgo financiero. Presenta modificaciones que los países miembros deben hacer en sus sistemas de financiación, para el supuesto logro de mayores niveles de “equidad en la cobertura”. En líneas generales se centra en modalidades de recaudación de fondos y parte de la situación de aumento de los costes en salud sin siquiera indagan los motivos.

Las recomendaciones además presentan una fuerte orientación al costo- beneficio intrínseco a las políticas neoliberales, por ejemplo se propone que los países de ingresos bajos prioricen las enfermedades no transmisibles y se afirma que las poblaciones ricas “malgastan” recursos utilizando servicios públicos y generan “inequidad”.

El uso del término “inequidad” para hacer referencia a las desigualdades sociales, comenzó a ser utilizado por organizaciones como la OMS y los organismos internacionales de financiación en tiempos de las primeras reformas neoliberales. Dicho uso suele ir acompañada de una “naturalización” de la pobreza con argumentaciones sobre los escasos recursos, que eluden completamente las causas mismas de las desigualdades: el poder de las transnacionales en salud, los intereses de algunos países desarrollados, la transferencia de fondos públicos al sector privado como efecto de la mercantilización del sector salud, etc...

---

<sup>139</sup> OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2010. “Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal”. Ginebra, 2010. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2010/es/>



La propuesta UHC puede admitir diferentes connotaciones en función de los intereses sociales, políticos y financieros diferenciales<sup>140</sup>, y no todas ellas motorizan políticas que tiendan a la universalidad. Un ejemplo de ello es el modelo de aseguramiento que suele perfilarse para el logro de la “cobertura universal”. Este modelo no debe confundirse con el de los tradicionales sistemas europeos de protección social de vocación universal. El aseguramiento promueve la concertación público-privada segmentando la población de acuerdo con su capacidad adquisitiva, y la atención es financiada, al menos principalmente, por individuos y empleadores. El estado solo es responsable por los grupos en situación de pobreza extrema o riesgo social. Es claro que la “universalidad” de esta propuesta es meramente retórica y vacía de contenido.<sup>141</sup>

La comprensión de la actual dinámica entre los actores internacionales de la salud, requiere hacer referencia a algunas de los motivos que explican la pérdida del histórico papel de rectoría en las políticas sanitarias mundiales que tenía la OMS. En su libro “Reforma de la política de salud: Salud global versus ganancias privadas”<sup>142</sup> el autor John Lister hace referencia a ello al analizar el papel de los principales actores que están impulsando las reforma en salud. Explica que los aportes de los estados miembros como presupuesto básico<sup>143</sup> se han visto reemplazados por donaciones para programas específicos por parte del BM y fundaciones privadas. Hoy en día tales donaciones están representando nada menos que 80 % del presupuesto total de la OMS, con fuerte consecuencia en la pérdida de capacidad decisoria en la Asamblea General<sup>144</sup> de los estados miembros.

---

<sup>140</sup> Heredia N, Laurel, AC, Feo O, Noronha J, Gonzáles Guzmán R, Torres-Tovar M., *The Lancet*, Published Online 15 October 2014, p. 1. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61493-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61493-8)

<sup>141</sup> Ibid. p 2.

<sup>142</sup> Lister J. *Health Policy Reform. Global Health versus Private Profit*. Libri Publishing, UK, 2013.

<sup>143</sup> Laurell A.C. Documento “Para leer la reforma global en salud” de la Jornada 9 de abril 2014 de ALAMES. p.2. Recuperado de <http://www.alames.org/documentos/asalister.pdf>

<sup>144</sup> Ibid. p.1

La actual composición presupuestaria de la OMS podría en parte ilustrar la contradicción que supone sostener retóricamente la “universalidad” al tiempo que se avanza hacia una propuesta focalizada y centrada en la financiación. Dicha concepción, sin ser la causa, está habilitando un segundo impulso del ingreso de capitales privados a los sistemas públicos de salud.<sup>145</sup>

### **3.1.2 Organización de las Naciones Unidas (ONU)**

A Diciembre de 2014 el Secretario General de la ONU Ban Ki-moon, que había iniciado en 2011 el proceso de consulta para la agenda post-2015, presentó a los países miembros el informe de síntesis "El Camino a la Dignidad para 2030: Poner fin a la pobreza, transformar todas las vidas y proteger el planeta"<sup>146</sup>, a debatirse a partir de enero de 2015 y que adelanta la nueva agenda de desarrollo sostenible post- 2015 centrada en el desarrollo sostenible. El informe refiere que manteniendo los desafíos anteriores, los objetivos de desarrollo sostenible se reorganizarían en seis elementos esenciales e integrados: 1) Dignidad; para combatir la pobreza y la desigualdad 2) Las personas; para asegurar vidas saludables, el conocimiento y la inclusión de las mujeres y niños 3) Prosperidad; para el desarrollo de una economía mundial fuerte, inclusiva y transformadora 4) Nuestro planeta: para proteger los ecosistemas de todas nuestras sociedades y de nuestros niños 5) Justicia; para construir sociedades seguras y pacíficas, e instituciones fuertes, y 6) Asociación; para canalizar la solidaridad global hacia un mundo sostenible.<sup>147</sup> Como es evidente, el área 3) aborda específicamente la salud bajo la referencia de que millones de personas, y especialmente mujeres y niños, han quedado atrás en el desarrollo al no haberse completado los logros de los ODM 2011-2015, por lo

---

<sup>145</sup> Segundo en relación a las primeras reformas neoliberales de los '80 y '90.

<sup>146</sup> A/69/700. United Nations. General Assembly. “The road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet”. Synthesis report on the post-2015 sustainable development agenda. 4 December 2014. Recuperado de [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/69/700&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/700&Lang=E)

<sup>147</sup> Ibid. p 16

que se debe asegurar que estos sectores tengan acceso a todo tipo de servicios de salud (69). El informe también explicita que la agenda debe abordar la “Cobertura Universal de Salud, el Acceso y Asequibilidad” (70). En caso de que la formulación final incluya el término “Acceso”, ello significaría un objetivo menos restringido que la mera “Cobertura” implícita en la propuesta de UHC. Nótese que ya los ODM del período 2001-2015 presentaban como limitación el estar focalizados en reducir enfermedades específicas e índices de mortalidad, y no en objetivos ligados a acciones integrales de salud e intersectoriales. El Informe también menciona como esperable que la agenda incluya: poner fin a la mortalidad materna, neonatal e infantil prevenible y a la desnutrición; asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales; realizar la salud sexual y reproductiva de la mujer y sus derechos reproductivos; garantizar la cobertura de inmunización; erradicar la malaria y realizar la visión de un futuro libre de sida y tuberculosis; reducir la carga de las enfermedades no transmisibles como las enfermedades mentales, accidentes cerebro vasculares y accidentes de tráfico; y promover comportamientos saludables, incluyendo aquellos relacionados al agua, el saneamiento y la higiene.<sup>(70)</sup><sup>148</sup> Respecto a la referencia a “comportamientos saludables” cabe señalar que así formulado lejos de propiciar políticas integrales e intersectoriales estaría focalizando en acciones referidos a los individuos singulares.

En síntesis, la formulación final de los objetivos post-2015 como resultado de los acuerdos a establecerse por los estados miembros durante el 2015, merecerá un análisis respecto a las concepciones de salud y derecho a la salud subyacentes a las propuestas, y la inclusión de políticas intersectoriales y de integración de objetivos entre las diferentes materias.

### **3.1.3 Organismos Internacionales de financiación y cooperación económica**

---

<sup>148</sup> Ibid. p 17

A partir de mediados de la década del '70 el *FMI* y *BM* vienen teniendo una creciente injerencia en las políticas de salud a nivel mundial. Ambos organismos habían sido creados en el contexto de los acuerdos de Bretton Woods<sup>149</sup> con el objetivo de garantizar el “Nuevo Orden Mundial”. El FMI tiene desde sus inicios el propósito de facilitar el comercio internacional a partir de: fomentar un sistema multilateral de pagos y la estabilidad de los tipos de cambio, y permitir la corrección ordenada de los problemas de balanza de pagos de los países. Dispone como instrumentos para ello de la supervisión, asistencia técnica y préstamos en casos de crisis. El Banco Mundial (BM) cumple la función de ejecutar los préstamos ligados al desarrollo y a los rescates financieros. Se presenta explícitamente como una institución que promueve el desarrollo y crecimiento económico, siendo su principal objetivo reducir la pobreza en el mundo. En función de ello provee capital a los estados que lo soliciten y, como todo banco, requiere de la recuperación de los préstamos concedidos para permanecer rentable y solvente. Una de las principales críticas que el organismo ha recibido es la dudosa compatibilidad de las funciones descritas.

Una característica en común a ambos organismos es la determinación de la contribución financiera de los países miembros respecto a la ponderación de votos en la toma de decisiones, quedando los países de mayores ingresos en posición hegemónica respecto a la formulación de políticas.

El BM y FMI han venido en los últimos años modulando los rescates financieros y renegociación de las deudas de los estados a partir de acuerdos sujetos a condicionalidad. A ello responde su rol protagónico en el establecimiento de políticas neoliberales como las implementadas en algunos países de Europa hacia 2010 (austeridad), y las reformas en Latinoamérica en la década de los '90 (ajuste estructural). El análisis de dichas políticas demuestra que la concepción de desarrollo de estos organismos no es la mejora de la

---

<sup>149</sup> Donde se establecen las reglas comerciales y financieras del “Nuevo Orden Mundial” con el dólar como nueva moneda de referencia internacional, y se crea el Banco Mundial.

calidad de vida de las poblaciones, sino la expansión de los mercados como elemento clave al desarrollo. Una “primera generación de reformas” fue impulsada en las décadas del ‘80 y ‘90 bajo la premisa de un estado mínimo. Su saturación y la comprobación de su fracaso devino en una “segunda generación de reformas” bajo la propuesta de “modernización del estado” hacia el año 2003.<sup>150</sup> Esta reformulación de las recomendaciones en nada se acercaba a una “vuelta a los estados garantes” base de los sistemas de bienestar, sino que planteaba la injerencia del estado en algunos aspectos, pero con escasa regulación. Ejemplo de ellos es el concepto de “gerencia del riesgo social” (GRS) que reemplaza la “protección social” haciendo hincapié en el diálogo de los actores involucrados: individuos, familias, comunidades, ONG, empresarios y estado; mientras que se advierte que las políticas no deben interferir en el mercado como rector de la economía.<sup>151</sup> El concepto prioriza la apertura de los mercados desjerarquizando al estado de bienestar garante de derechos sociales como actor interviniente.<sup>152</sup>

En materia de salud esta “segunda generación de reformas” se materializa en las propuestas de aseguramiento de la salud como alternativa a los sistemas únicos y público. La influencia de dicha propuesta se puede explicar en parte por el hecho de que el BM se ha convertido en una de las principales fuentes de financiación internacional superando a la OMS. El modelo de aseguramiento incluye distintas combinaciones de seguros públicos y privados, pero al tratarse de un seguro implica establecer precios a las prestaciones, un paquete fijo de servicios y el pago de copagos. Los seguros son en general subsidiados por servicios públicos, lo que implica que se financian con fondos públicos, aunque admiten el ánimo de lucro. Por último introduce la competencia al interior del sistema, lo que es equivalente a su mercantilización. Dado que esta propuesta se incluye dentro de la noción

---

<sup>150</sup>Banco Interamericano de Desarrollo. (BID) Documento de estrategia “Modernización del estado”, Washington DC, 2003

<sup>151</sup>Holzmann, R., Sherburne-Benz L., Tesliuc E. “Social Risk: The World Bank’s Approach to Social Protection in a Globalizing World, Banco Mundial, Washington DC, 2003.

de “Protección de la Salud”, se genera una situación de ambigüedad discursiva bajo una doble acepción en cuanto a las políticas en salud que propone.<sup>153</sup>

La actuación de la *Organización Mundial del Comercio* (OMC) es también un actor con impacto sobre la salud mundial. Fue creada en 1995 al establecer el AGCS (Acuerdo General del Comercio de los Servicios) como marco multilateral de liberación del comercio.<sup>154</sup> La OMC administra 60 acuerdos que impone en conjunto a sus miembros (la gran mayoría de los países del mundo), e incluye acuerdos firmados con el FMI y BM para la armonización en la formulación de las políticas económicas a escala mundial.<sup>155</sup>

Aunque el papel de la OMC como rector de los intercambios comerciales viene siendo cuestionado en los últimos años por la proliferación de acuerdos de libre comercio bilaterales y regionales, su implicancia sobre los derechos sociales sigue siendo alta al imponer su disciplina sobre la posibilidad de las políticas nacionales de garantizarlos. En materia de salud específicamente el marco de negociación incluye en el capítulo de servicios cuatro modos de comercialización: movimiento transfronterizo de los servicios, consumo en el extranjero, presencia comercial y traslado temporal de personas. Estas posibilidades tienen fuerte injerencia en la venta de servicios de salud, en la comercialización de insumos y tecnología médica, en la producción y distribución de medicamentos, y en el mercado del aseguramiento.<sup>156</sup>

Si bien los acuerdos comerciales no son en sí la causa de la privatización de los servicios de salud, es intrínseco a su carácter vinculante la defensa de los intereses de los grandes capitales, sobre todo en lo que hace a la propiedad intelectual y protección de las inversiones.

---

<sup>152</sup> Laurel A.C. “Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina”, *Revista de Medicina Social*, 5(1), 2010, p.80. Recuperado de <http://www.medicinasocial.info>

<sup>153</sup> Ibid. p. 82

<sup>154</sup> Sustituyendo la actuación del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT por sus siglas en inglés) que regulaba la materia desde 1946.

<sup>155</sup> Estos acuerdos fueron incluidos en la “Ronda de Uruguay” que comenzó en Punta del Este (Uruguay) en 1986 y concluyó en Marrakech (Marruecos) el 15 de diciembre de 1993.

<sup>156</sup> Torres Tovar M. “El impacto de los acuerdos de libre comercio sobre el derecho a la salud”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2006, 32(3), p. 5. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/214/21420864008.pdf>

Las negociaciones que se llevaron a cabo entre 1986-1994 como preludios a la conformación de la OMC (Ronda de Uruguay) establecieron el Acuerdo de Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) o TRIPS<sup>157</sup>, y en la que se incluyeron patentes farmacéuticas. Los países en desarrollo se oponían a tal inclusión ya que en general los dueños de las patentes pertenecían a países desarrollados<sup>158</sup>, y porque se preveía que ello induciría efectos negativos sobre el acceso igualitario a medicamentos. Finalmente las negociaciones fueron lideradas por lobbies de empresas americanas, europeas y japonesas, que sometieron a presión a sus gobiernos. Una primera implicancia sobre accesibilidad a la salud de estos acuerdos es que se monopolizan los precios de los medicamentos al requerirse a los estados asegurar un número limitado de protección, que además está basado en estándares de los países industrializados. El alza en los precios de los medicamentos afecta particularmente a los países y sectores más pobres. Una segunda implicancia sobre la accesibilidad, es que las patentes no conducen a la inversión en el conocimiento de enfermedades de baja prevalencia o que afectan a los sectores más pobres, por su baja rentabilidad. Todo ello contraría el derecho al acceso de medicamentos esenciales.

En la conferencia ministerial celebrada en Doha en 2001 se incluyó un instrumento que permite a los países miembros proteger la salud pública en caso de crisis mediante el uso de medicamentos genéricos. A pesar de ser ello un punto importante en la defensa del derecho a la salud, estas medidas son sólo excepcionales. Por otro lado, los así llamados TRIPS-plus son acuerdos bilaterales y regionales que en la actualidad se están negociando en general “a puertas cerradas”, y que significan una fuerte defensa a los capitales privados. Ampliando los años previstos para la protección de patentes, prevén

---

<sup>157</sup> El acuerdo TRIPS (Trade Related Intellectual Property Rights) en vigor desde 1995 obliga a los miembros de la OMC a proteger patentes durante 20 años y otros deberes para la protección intelectual.

<sup>158</sup> Commission on Global Governance for Health. “The political origins of health inequity: prospects for change”. *The Lancet*, 383, 2014, p. 641.

medidas aduaneras y de sanción criminal cuando se considera que se violan los derechos de propiedad intelectual, y hacen mayores restricciones.

El impacto de los precios de los medicamentos en los sistemas de salud no es un tema menor, atento que según la OMS los gastos relativos a medicamento constituyen entre un 25 y un 66 % del gasto total en salud.

Por último, la liberación del comercio tiene impacto sobre los determinantes sociales de la salud<sup>159</sup>, sobre la mercantilización y transnacionalización del sector salud; y sobre los presupuestos de los países pobres que perciben gran parte de sus ingresos a través de tarifas aduaneras.

En función de las posturas descritas de las OOI de ámbito universal, se hace evidente el peso de los actores ligados al mercado de la salud y de los organismos de financiamiento internacional en la armonización de políticas globales en salud.

## **3.2 Organizaciones Internacionales de ámbito regional**

### **3.2.1 Unión Europea: La Agenda 2020.**

Dado que la situación de salud de la UE está fuertemente influenciada por los efectos de la crisis internacional sobre la salud de las poblaciones y la radicalización de las políticas neoliberales y de austeridad, resulta relevante la observancia de la estrategia elaborada por la UE para el período 2010-2020. La agenda 2020 establece las políticas necesarias para el crecimiento y el empleo frente al desafío de superar los efectos de la crisis y abordar las transformaciones derivadas de la globalización, el cambio climático y el envejecimiento de la población. Inicialmente lanzado por la Comisión en su informe de 2010 “Europa 2020: Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador”, fue luego aprobada luego por el Consejo incluyendo cinco objetivos



principales: empleo, investigación y desarrollo, clima/energía, educación, integración social y reducción de la pobreza.

Dichos objetivos engloban algunos de los determinantes sociales de la salud, pero no la incluyen como temática específica. En este sentido se está desatendiendo las graves consecuencias de la crisis sobre la salud de las poblaciones. Nótese que la agenda se elaboró en el mismo período en el que se estaban aplicando las más radicales políticas de ajuste en los países del sur. Ahora bien, la evaluación periódica de los objetivos de la agenda realizada en 2014<sup>160</sup> sigue sostiene la continuidad de estas políticas incluso cuando para ese entonces ya el FMI había reconocido las “limitaciones” de las políticas de austeridad. En ninguno de sus apartados señala el informe recomendaciones específicas para los cientos de ciudadanos y residentes de la unión que han quedado fuera de los sistemas de protección de la salud.

Otro documento del mismo año de la Comisión Europea “Comercio, crecimiento y asuntos mundiales. La Política Comercial como elemento fundamental de la estrategia 2020 de la UE”, señala que las políticas comerciales europeas pueden contribuir al crecimiento como objetivo prioritario de la política económica. “En línea con la estrategia Europa 2020, la UE pretende ampliar el accesos al mercado de sus servicios e inversiones, acceder a licitaciones públicas menos reguladas, imponer cada vez más los derechos de propiedad intelectual y obtener un acceso ilimitado a las materias primas y la energía. Los acuerdos de libre comercio son un medio para alcanzar dicho objetivo.”<sup>161</sup>

Es particularmente significativo el “vuelco” hacia argumentos de libre mercado de la estrategia, dejando atrás una consolidada historia de políticas de crecimiento con énfasis en la protección social. Aunque el argumento que suele sustentar estas políticas es que el crecimiento económico mejora necesariamente las condiciones de vida de las poblaciones;

---

<sup>159</sup> Labonté R., Schreker T. “Globalization and Social determinants of health: introduction, methodological background”. *Global Health*, 3(5), 2007

<sup>160</sup> COM (2014) 130. Comisión Europea. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo, y al Comité de las Regiones. “Balance de la Estrategia Europa 2020 para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador”. Bruselas 5/3/2014. Recuperado de [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/europe2020stocktaking\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/europe2020stocktaking_es.pdf)

<sup>161</sup> Plataforma de acción Salud y Solidaridad. “Los Acuerdos Europeos de Libre Comercio y el derecho a la salud en el Sur.” Septiembre 2013.

ello no es evidente a menos que se prevean sistemas universales de acceso a la salud, que tal como se ha mencionado, están sufriendo un proceso de desmantelamiento en la región.

En función de lo expuesto se observa una ausencia de políticas integrales delineadas desde las autoridades europeas, que den respuestas claras a los procesos de desmantelamiento de la protección social. Se deduce que se está haciendo la vista a un costado sobre los procesos de mercantilización de la salud y sus consecuencias sobre la salud de la población. Por último se están incumpliendo las normativas comunitarias citadas que recogen el derecho a la salud, así como parte importante de sus principios fundacionales y valores.

Por último mencionar que la aplicación de las políticas de austeridad que determinaron la situación actual de muchos estados de la unión, demuestran el peso decisivo del Banco Central Europeo y la Comisión por sobre otras instituciones de tienen la organización.

### **3.2.2 Organización Panamericana de la Salud (OPS)**

La OMS sostiene a nivel de su oficina regional, la OPS, la propuesta de UHC. Los documentos para la región que avanzan en esa línea mencionan que los modelos de aseguramiento de la salud son una vía para ello. En gran medida esta propuesta representa para Latinoamérica la continuación de las políticas de “Invertir en Salud” de la década del ‘90. Chile, Colombia y México que efectivamente tiene sistemas de salud identificables con tal modelo, demuestran que lejos de lograrse la universalidad, tal organización actúa: incrementando las barreras de accesibilidad a los servicios de salud, intensificando la fragmentación y segmentación de los sistemas, y contrariando la lógica redistributiva.<sup>162</sup>

### **3.2.3. Organizaciones de integración regionales: Mercosur y UNASUR.**

---

<sup>162</sup> Laurel A.C. “Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Revista de Medicina Social*. 5(1), 2010, p.82. Recuperado de <http://www.medicinasocial.info>

Mercosur y UNASUR constituyen dos espacios estratégicos de armonización de políticas regionales y subregionales que en materia de salud incluyen una visión desde los determinantes sociales y políticos de la salud.

Mercosur había surgido en 1991 como una experiencia de integración regional para el establecimiento de un mercado común, y fue adquiriendo en su evolución un alcance ampliando a otras políticas. Se constituye como un espacio de cooperación regional y dinamización de los vínculos sur-sur otorgándole a los estados un rol central. Está integrado por la República Argentina, la República Federativa del Brasil, la República del Paraguay, la República Oriental del Uruguay, la República Bolivariana de Venezuela y el Estado Plurinacional de Bolivia; y tiene como estados asociados a Chile, Perú, Ecuador, Colombia, Guyana y Surinam.

En 2010 se creó en el ámbito de MERCOSUR el Instituto de Políticas Pública en Derechos Humanos (IPPDH) bajo la aseveración de que el respeto y promoción de los derechos humanos constituye una condición indispensable para la integración <sup>163</sup>. Su propósito es el de contribuir al diseño, implementación y consolidación de las políticas públicas en derechos humanos como eje fundamental de la identidad, el desarrollo y la integración de los países del MERCOSUR.<sup>164</sup> Sus funciones son la cooperación técnica, la investigación, la capacitación, y el apoyo a la coordinación de políticas regionales de los derechos humanos.<sup>165</sup> La concepción de derechos humanos que subyace a la actuación del

---

<sup>163</sup> MERCOSUR/CMC/DEC. N°14/09.

<sup>164</sup> Ibid. art 1.

<sup>165</sup> Ibid. art 3.

IPPDH entiende que los estados deben, no solo respetar, sino promover los derechos humanos, como guía para el desarrollo de políticas públicas y el fortalecimiento de las instituciones democráticas, llevando a cabo acciones efectivas para garantizar su ejercicio.”<sup>166</sup> Aunque salud como temática específica no se encuentra dentro de sus temáticas prioritarias de actuación, sí se incluye la temática de igualdad e inclusión social, que debe considerarse un determinante social de la salud. El objetivo en esta materia es impulsar el enfoque de derechos en las políticas públicas de carácter social, y dar apoyo a las políticas de acceso a derechos económicos, sociales y culturales.<sup>167</sup>

En materia específica de salud, la Declaración de la 16<sup>o</sup> Cumbre Social del Mercado Común del Sur de 29 de Julio de 2014 exhorta a los Estados miembros y asociados a: “...promover un sistema único e integral de salud, fortaleciendo la prevención y promoción de la misma, incluyendo la medicina ancestral”<sup>168</sup>. Así mismo denuncia a los capitales financieros internacionales de salud con intereses en la región (empresas de seguros, industria farmacéutica, “Complejo Médico Industrial”) que están encareciendo los sistema de salud, y exhorta a los estados a que “ejecuten estrategias de complementariedad productiva que incluyan la transferencia tecnológica para el desarrollo de industrias farmacéuticas, insumos y equipos médicos, a través de la creación y/o fortalecimiento de empresas públicas en la Región, con visión humanista y no mercantilista, con espacial énfasis en la producción de medicamentos antirretrovirales.” Tales principios demuestran la vitalidad y posicionamiento de las políticas subregionales del MERCOSUR.

La Unión de las Naciones del Sur (UNASUR) surgió en 2008 con el objetivo de construir un espacio de articulación en materia cultural, social, económica y política como bloque de poder contra-hegemónico. Lo conforman Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia,

---

<sup>166</sup> Información extraída de página web [www.ippdh.mercosur.int](http://www.ippdh.mercosur.int)

<sup>167</sup> Información extraída de página web [www.ippdh.mercosur.int](http://www.ippdh.mercosur.int)

<sup>168</sup> Declaración de la 16<sup>o</sup> Cumbre Social del Mercado Común del Sur “Articulando Luchas, cultivando resistencias”, de 29 de Julio de 2014, Caracas.

Chile, Ecuador, Guayana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela. Cuenta con un consejo sectorial específico en materia de salud: el Consejo de Salud Sudamericano (CSS) como órgano de consulta y consenso conformado por los correspondientes ministros. El CSS intenta complementar los mecanismos preexistentes regionales y universales de protección y construir un espacio de integración para el logro de “Salud para todos”. El consejo tiene competencia para establecer estatutos propios e incluye entre sus objetivos específicos: propiciar políticas y acciones intersectoriales que den respuesta a los determinantes sociales críticos de la salud en la región, priorizar las acciones sobre poblaciones vulnerables y áreas geográficas de alto riesgo; y avanzar en el proceso de armonización y homologación de normas, entre otros. En los objetivos mencionados se vislumbra una concepción universal del derecho a la salud e integral respecto a la dependencia con otros derechos sociales; en lo que reside su gran potencialidad.

La vitalidad de UNASUR quedó demostrada en la última Asamblea anual de la OPS referida a la Cobertura Universal de salud, en la que los países de UNASUR cumplieron un rol fundamental en la incorporación de término “Acceso” a la propuesta de UHC, con la implicancia que ello tiene respecto a las concepciones en juego. Es de destacar también los avances respecto a la Producción Pública de Medicamentos.

### 3.3 El rol de los estados

Recurrentemente, al hablarse de la fuerza de la globalización, se hace referencia al debilitamiento del poder de los estados ya sea en su sumisión al capital financiero transnacional o bien respecto a los altos niveles de interdependencia estatal<sup>169</sup>.

Vicent Navarro (1999) detalla la falsedad de las tesis que sostienen que ante una economía globalizada los estados pierden necesariamente poder<sup>170</sup>. Al contrario sostiene que los

---

<sup>169</sup>Pastor Ridruelo J.A. *Curso de Derecho Internacional Público y Organizaciones Internacionales. Las organizaciones Internacionales*. 17<sup>o</sup> Edición. Madrid: Tecnos (Grupo Anaya, S.S.), 2013, p. 284 “La soberanía de los estados, incluso de los más poderosos, encuentra (...) limitaciones resultantes de la coexistencia entre ellos y de la soberanía concurrente de otros estados en un mundo cada vez más pequeño e interdependiente.”

estados adquieren mayor relevancia en los procesos de globalización ya que tienen la función clave de solucionar los problemas y oportunidades que genera tal proceso. Así mismo el autor señala la falsedad de las premisas que argumenta que es intrínseco a los procesos de globalización, la imposibilidad de establecer políticas de pleno empleo y de ampliación de derechos, por retiro del estado. Para contrargumentar dicha afirmación se sirve del caso de los países nórdicos de Europa, que ampliamente integrados en el comercio internacional, sostienen las políticas de protección social.<sup>171</sup>

Sostendré que los estados siguen siendo los actores de la sociedad internacional sobre los que recae la responsabilidad de velar por el derecho a la salud de sus poblaciones, entre otros derechos sociales. Lo hacen por diversas vías: a través de la construcción de las políticas locales y nacionales, a través de su actuación en mecanismos regionales de integración para la armonización de políticas, y vía sus actuaciones como miembros de organizaciones internacionales.

A pesar de la tendencia a la regionalización y la integración, los estados tienen la autoridad decisoria para negociar normas globales que regulen los determinantes internacionales de la salud, como lo que atañe al mercado financiero, al cambio climático, y a la regulación de las corporaciones transnacionales. En ausencia de instituciones globales que regulen tales asuntos, los estados son los principales gerenciadore de políticas con impacto en la salud de sus poblaciones, desde el sector específico de la salud o incluso desde otros sectores. Su potencialidad también radica en la abstención de adherir a acuerdos que se considere afectan negativamente la salud pública.

Contra las afirmaciones de desaparición del rol del estado como garante de los derechos sociales, es viable en este punto pensar en términos de agotamiento de un modelo de específico de estado: el estado soberano como motor del desarrollo, y en el desafío de la sociedad internacional para la redefinición de su rol a la luz del nuevo escenario internacional.

En lo que respecta al tema de estudio, nótese que el mismo campo de la salud pública fue construido en base al modelo de estado- nación. De modo que a la revisión

---

<sup>170</sup> Navarro V. “¿Son las políticas socialdemócratas posibles en un país sumergido en la supuesta globalización de la economía mundial?” *Revista Sistema*, 150, 1999.

<sup>171</sup> Navarro V. “¿Están los estados perdiendo poder en la globalización?” DAAPGE. 1, 2001, p 16.

crítica de los fundamentos de la salud pública; debería seguir un análisis respecto al nuevo rol de los estados en la conformación de mecanismos para una posible gobernanza de la salud global.

### **3.4 El rol de las Organizaciones de la Sociedad Civil**

Las organizaciones de la sociedad civil implicadas en la garantía del derecho a la salud presentan una enorme diversidad y pluralidad en cuanto a sus alcances, su posicionamiento, su estructura, su posibilidad de difusión y su ámbito.

Tomando como eje el ámbito, algunas organizaciones hacen observancia de los fenómenos nacionales y/o locales. En el desarrollo del presente trabajo fue mencionada la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) de España y el Centro de Estudios Brasileños de Salud (CEBES), que son ejemplos de ello. Otras organizaciones observan realidades regionales o subregionales, como la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Por último, organizaciones de la sociedad civil como Médicos del Mundo, OXFAM Internacional y Amnistía Internacional hacen observancia de la salud a escala universal. Muchas de ellas llevan a cabo también un amplio espectro de políticas en salud que implementan en los países, regiones y sectores que consideran prioritarios.

En la actualidad muchas de estas organizaciones están denunciando las situaciones de violación del derecho a la salud en el mundo y alertando sobre la creciente mercantilización del sector salud. Ejemplos de ello, es el informe producido en 2009 por Oxfam Internacional donde presentaba desde una visión crítica las políticas de desinversión y privatización de la salud y la notificación de ALAMES sobre la situación sanitaria de Europa de 2012.<sup>172</sup>

---

<sup>172</sup>ALAMES. Declaraciones del XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva, Noviembre de 2012. Recuperado de <http://www.alames.org/documentos/europa.pdf>. En la que se denuncia que en Europa se está “creando un verdadero estado de emergencia social en el que priman los intereses de la deuda sobre los derechos de las personas”.

Desde estas organizaciones se cuestiona también la ausencia de mecanismos globales que regulen la influencia de los organismos de financiación sobre la formulación de políticas en salud. También alertan que si se radicaliza la tendencia hacia los acuerdos de libre comercio, el sector salud puede sufrir un grave aumento de las barreras de accesibilidad a causa del debilitamiento de las redes nacionales de prestación, el aumento de los precios de los medicamentos por el establecimiento de derechos de propiedad intelectual, y el abandono de medidas de salud pública y cuidado de enfermedades no recurrentes por no resultar rentables.<sup>173</sup>

Frente a un mercado con pretensión de ubicarse por encima de los estados una fuerte presencia de estas organizaciones de la sociedad civil en el escenario internacional se vuelve indispensable. Particularmente interesante resultan las estrategias que desde España se están llevando a cabo desde la sociedad civil para globalizar la resistencia, entendiendo que las medidas de mercantilización son igualmente supranacionales.

---

<sup>173</sup> Ibid.



### 3. Conclusiones

La Sociedad Internacional está delineando nuevas respuestas en materia de salud internacional, pero que aunque la presunción sería que las mismas avancen en la ampliación de la accesibilidad a la salud entendida en términos universales e integrales. Sin embargo algunas de estas reformas habilitan el avance del capital financiero que se configura en la actualidad como un actor de influencia creciente en el campo de la Salud Internacional y es el principal impulsor de las mismas. La mercantilización del sector salud compromete seriamente la accesibilidad sobre todo de las poblaciones más vulnerables.

Se evidencia que la crisis internacional parece haber configurado un escenario propicio para reintroducir políticas neoliberales y ampliar el mercado de la salud. La (re)introducción de reformas radicales a los sistemas de salud en desmedro del modelo de sistemas públicos universales que habilitan el fortalecimiento de la capacidad de lucro son una muestra de ello. La reducción de los estados (intrínseca a las políticas neoliberales) está comprometiendo los compromisos internacionales de garantía del derecho a la salud y en ampliación del acceso asumidos por los estados.

América Latina dio ya muestras de los resultados catastróficos en los índices de salud de las poblaciones bajo la implementación de políticas neoliberales y de ampliación del mercado de la salud ('80 y '90). La situación actual es una polarización entre: el avance hacia la constitución de modelos únicos de salud (que además incluye derechos innovadores como los vinculados a las culturas originarias), y la tendencia hacia los sistemas de aseguramiento.

Europa, que ya había consolidado en mayor o menor medida sistemas de salud universales, está asistiendo en la actualidad a procesos de desmantelamiento de sus sistemas de protección social a diversos niveles. Mientras las políticas de austeridad fueron presentadas como única salida a la crisis, otros países de la región no sometidos a la integración monetaria, reforzaron sus sistemas públicos de acceso universal financiados por impuestos, consiguiendo mejores índices de salud y accesibilidad en sus poblaciones.

La coyuntura crisis- globalización parece haber hecho reemerger como actor internacional de peso al capital financiero, que es por su parte el principal impulsor de las reformas en su pretensión de conquista de nuevos mercados. Siendo que esta función es contraria a la redistribución, los estados tienen la función esencial de procurar acciones tendientes al cumplimiento de los compromisos jurídicos internacionales en materia de salud. Contrarrestar la tendencia a la economía de la salud y hacer primar una lógica de solidaridad e igualdad, requiere necesariamente una redefinición del rol de los estados como actor de la sociedad internacional, y un compromiso respecto su actuación en las organizaciones internacionales de ámbito regional y universal.

En este punto se inscribe el cuestionamiento respecto a si las propuestas actuales de los actores internacionales están avanzando en la línea de una gobernanza global del derecho a la salud, y si la salud global puede o no ser un instrumento para el logro de la equidad en el acceso igualitario a la salud de la población mundial. En respuesta a ello debe mencionarse que uno de los principales déficits de los actuales mecanismos para la gobernanza global de la salud es su escasa democracia. Los determinantes políticos globales de la salud implican un poder diferencial de los actores implicados. Los actores de mayor influencia habían sido creados en el contexto de la segunda guerra mundial: Sistema de las NNUU, Organismos del Bretton Woods y acuerdos GATTs, todos ellos basados en el mantenimiento de la soberanía de los estados. Por su parte la sociedad civil y los organismos sin fines de lucro han comenzado ya hace algunos años a tomar voz en el escenario internacional en la denuncia y visibilización de las situaciones de vulneración de derecho, pero su capacidad decisoria en el escenario internacional siga siendo muy escasa. La OMS, ha ido perdiendo rectoría tal como se ha demostrado; y los estados que por principio serían iguales ante el sistema internacional de regulación de las políticas en salud, en la práctica presentan una capacidad decisoria determinada por su poder económico. La escases de mecanismos sancionadores por encima de la voluntariedad de los estados es también un déficit del sistema, así como la prácticamente nula existencia de mecanismos para contrarrestar el dominio del mercado cuando las fuerzas transnacionales comprometen la salud de las poblaciones.

Dado que la asimetría en la distribución del poder es esencialmente la causa de las desigualdades en el acceso a la salud, las respuestas/propuestas para el logro de mayores

niveles de equidad deben ser necesariamente de orden político, y no meras formulaciones técnicas como en muchas ocasiones se pretendió establecer por parte de los actores hegemónicos.

Siendo que existe consenso respecto a la UHC como política global para el cuidado de la salud mundial en las próximas décadas, se volverá indispensable el monitoreo de las políticas que vehiculice. El análisis de contenido y discursivo puede ser un buen instrumento de vigilancia. Sobre ello refiere Asa Cristina Laurell (2010) al alertar sobre las re-semantización de algunos términos<sup>174</sup> como “universalidad” originalmente referida a “salud para todos y garantizada por los estados”, y que parece haberse transmutarse en algunas propuestas en: “restricciones de la responsabilidad del estado a ciertos servicios básicos y focalizados”. Así mismo el término “equidad” parece haber reemplazado a “desigualdad” lo que trastoca la idea misma de universalidad.<sup>175</sup>

La posible inclusión del “acceso” en la formulación final de los objetivos de desarrollo sostenible 2030 resulta una oportunidad alentadora. Un potencial instrumento de gobernanza global sería la vigilancia de la interrelación de los objetivos de desarrollo sostenibles. Desde una concepción integral la consecución del derecho a la salud depende de su integración con otros derechos sociales, a través de políticas de intersectoriales.

Sosteniendo que la salud global podría transforme en una herramienta para la igualdad de derechos y la redistribución, se vuelve un desafío para la sociedad internacional el trazar puentes entre los campos de la salud pública y las relaciones internacionales, que aunque presentan una relación intrínseca, han históricamente trazado caminos paralelos. Todos los actores de la sociedad internacional están implicados en ello.

---

<sup>174</sup> Laurel A.C. “Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Revista de Medicina Social*. 5(1), 2010, p.85. Recuperado de <http://www.medicinasocial.info>

<sup>175</sup> Ibid.

### 3. Bibliografía

#### Obras Generales

Centro de Estudios Legales y Sociales. *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2013*. 1ra edición. Ediciones Siglo XXI, Buenos Aires, 2013. Cap. I

Laurell, A.C., Blanco Gil J. “La salud: de derecho social a mercancía” en *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Ed. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, 1994.

Lister J. *Health Policy Reform: Global Health versus Private Profit*, Libri Publishing, UK, 2013.

Holmes S., Sunstein Cass R. *El Costo de los Derechos, porque la libertad depende de los impuestos*. Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2011.

Pastor Ridruelo J.A. *Curso de Derecho Internacional Público y Organizaciones Internacionales. Las organizaciones Internacionales*. 17º Edición Tecnos (Grupo Anaya, S.S.), Madrid, 2013.

Pinto M. *Temas de Derechos Humanos*. 2da edición, del Puerto, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2011.

Stolkiner A. “Tiempos Posmodernos. Procesos de ajuste y Salud Mental”. En *Políticas en Salud Mental*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1994, p. 25-53.

Stuckler, D., Sanjay B. *The Body Economic: Why the austerity kills. Recessions, budget battles, and the politics of the life and death*. Ed. Taurus, UK, 2013.

Unger JP, De Paepe P, Sen K, Soors W. *International Health and Aid Policies. The Need for Alternatives*. Cambridge University Press, Cambridge, 2010.

#### Artículos de Revistas

Burgos G. “La OMC y los derechos humanos ¿alguna relación?”, *Revista Colombia Internacional*, 76, 2012, p. 327- 359.

Cavas Martínez F., Sánchez Triguero C. “El Derecho a la Salud en la Constitución Europea”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno Español*, 57, 2005, p. 401-418.

Commission on Global Governance for Health. “The political origins of health inequity: prospects for change”. *The Lancet*, 383, 2014, p. 630-667.

Heredia N., Laurel, A.C., Feo O., Noronha J., Gonzáles Guzmán R., Torres-Tovar M., *The Lancet*, Published Online 15 October 2014, p. 1. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61493-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61493-8)

Labonté R., Schreker T. “Globalization and Social determinants of health: introduction, methodological background”, *Global Health*, 3(5), 2007, p. 1-20. Recuperado de [www.globalizationhealth.com/contents/3/1/5](http://www.globalizationhealth.com/contents/3/1/5).

Laurell, A.C. “La Salud enfermedad como Proceso Social”. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 1981, p. 7-25.

Laurell, A.C. “Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina”, *Revista de Medicina Social*, 5(1), 2010, p. 79-88. Recuperado de <http://www.medicinasocial.info>

Karanikolos M., Rechel B., Stuckler D., McKee M. “Financial crisis, austerity, and health in Europe”, *The Lancet*, 382(9890), 2013, p. 392. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61665-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61665-7)

Kondilis E., Giannakopoulos S., Gavana M., Ierodiakonou I., Waitzkin H., and Benos A. “Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population’s Health and Health Care: The Greek Case”, *American Journal of Public Health*, 103 (6), 2013, p. 973-979.

Kentikelenis A., Karanikolos M., Reeves A., McKee M., Stuckler D. “Greece's health crisis: from austerity to denialism”, *The Lancet*, 383 (9918), 2014, p. 748-753.

Koutsogeorgou E., Simou, E., “Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review?”, *Health Policy*, 115 (2-3), p. 111-119. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.002>

James A., Lopez B., Gasparrini A., Artundo C.M., McKee M. “The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis.” *The European Journal of Public Health*. First published online June 2013, p. 732-736. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt083>

Muñoz de Alba M. “El Derecho a la Salud: ¿un derecho individual o social?”, *Revista Concordancia. Estudios jurídicos y sociales*, 8, 2000, p. 45-56. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2252/5.pdf>

Navarro V. “¿Son las políticas socialdemócratas posibles en un país sumergido en la supuesta globalización de la economía mundial?” *Revista Sistema*, 150, 1999.

Navarro V. “¿Están los estados perdiendo poder en la globalización?” *DAAPGE*. 1, 2001, p. 1-20

Ravallion M. "Looking Beyond Averages in the Trade and Poverty Debate", Working Paper SeriesRP2005/29, World Institute for Development Economic Research (UNU-WIDER), 2005.

Sobrino Guijarro I., “Inmigrantes irregulares y el derecho a la protección de la salud. Análisis de la reforma sanitaria en España”, *Lex social: revista de los derechos sociales*. 2 (3), 2013, p. 127-158.

Stolkiner A. “Derechos Humanos y Derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente”, *Revista de Medicina Social*, 5 (1), 2010, p. 89-95.

Stolkiner A, Ardilla Gómez S. “Conceptualizando la Salud en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas”, *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 2012, p. 52-56.

Testa, M. “Atención Primaria o Atención Primitiva”. *Cuadernos médico-sociales*, 34, Buenos Aires, 1989, p. 7-21.

Torres Tovar M. “El impacto de los acuerdos de libre comercio sobre el derecho a la salud”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2006, 32(3), p. 5. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/214/21420864008.pdf>

## **Documentación de Organizaciones Internacionales**

### Organización de la Naciones Unidas (ONU):

#### Asamblea General

Resolución 217A (III) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Documento A/810, 17, 1948 (*Declaración Universal de los Derechos Humanos*).

Resolución 2200A (XXI) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Documentos oficiales de la Asamblea General, vigésimo primer período de sesiones, suplemento (Nº16) 52, documento A/6316 (1966), 999 UNTS 171, en vigor desde 23 de marzo de 1976. (Pato de Derechos PDCP)

Resolución 2200A (XXI) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Documentos oficiales de la Asamblea General, vigésimo primer período de sesiones, suplemento (Nº16) 49, documento A/6316 (1966), 993 UNTS 3, en vigor desde el 3 de enero de 1976 (*Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*)

Resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 18 de Diciembre de 1979, en vigor desde 3 de Septiembre de 1981. (Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer)

Resolución 39/46 de la Asamblea de General de Naciones Unidas de 10 de Diciembre de 1984, en vigor desde 26 de Junio de 1987. (Convención sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradante)

Resolución 44/25 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 20 de Noviembre de 1989, en vigor desde el 2 de Septiembre de 1990. (Convención de los Derechos Humanos de los Niño).

Resolución 46/91 de la Asamblea General de Naciones Unidas de 18 de Diciembre de 1990. (Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad).

Resolución 45/158 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 18 de Diciembre de 1990, en vigor desde 1 de Julio de 2003. (Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares).

Resolución 46/119 de la Asamblea General de Naciones Unidas de 17 de Diciembre de 1991. (Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental).

Resolución 61/106 de la Asamblea General de Naciones Unidas de 13 de Diciembre de 2006, en vigor desde 3 de Mayo de 2008. (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad).

Resolution A/69/700. United Nations. General Assembly. "The road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet". Synthesis report on the post-2015 sustainable development agenda. 4 December 2014. Recuperado de [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/69/700&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/700&Lang=E)

#### Comisión de Derechos Humanos

E/CN.4/2004/49/Add.1, 1 March 2004. "The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health". Report on Mission to the World Trade Organization of the Special Rapporteur Paul Hunt.

#### Organización Mundial de la Salud (OMS) / Organización Panamericana de la Salud (OPS)

*Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Conferencia Sanitaria Internacional, New York, USA, 22 de julio de 1946. Recuperado de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

*Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, URSS, 6 y 7 de septiembre de 1978. Recuperado de [http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)

*El lugar de la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015*. Documento de debate de Octubre de 2012. Recuperado de [http://www.who.int/whr/2010/es/Health\\_in\\_the\\_post-2014\\_development\\_agenda](http://www.who.int/whr/2010/es/Health_in_the_post-2014_development_agenda). A66/47. 66° Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. Mayo de 2013.

*Informe sobre la salud en el mundo 2010*. "Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal". Ginebra, 2010. Recuperado de

*Perfil del Sistema de Salud de Brasil*, Organización Panamericana de la Salud (OPS). Brasilia, Brasil, 2005.

*Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington DC, 2005. Recuperado de [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion Primaria Salud Americas-OPS.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria Salud Americas-OPS.pdf)

#### Organización de los Estados Americanos (OEA)



*Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre.* Adoptada en la Novena Conferencia Interamericana, celebrada en Bogotá, Colombia el 2 de Mayo de 1948.

*Convención Americana sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José”)*, adoptada en San José de Costa Rica, Costa Rica, el 22 de Noviembre de 1969 y puesta en vigor el 18 de Julio del 1978.

*Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (“Protocolo de San Salvador”)*.  
Subscrito en San Salvador, El Salvador, el 17 de Noviembre de 1988, en el decimo octavo período de sesiones de la Asamblea General de la OEA.

*Corte Interamericana de derechos Humanos.* Caso Suarez Peralta vs Ecuador. Sentencia del 21 de Mayo de 2013.

*Corte Interamericana de Derechos Humanos.* Caso Acevedo- Buendía y otros. Sentencia de 24 de noviembre de 2009. Serie C No. 198.

### Unión Europea (UE)

*Carta Social Europea* hecha en Turín el 18 de octubre de 1961 por el Consejo de Europa (Estrasburgo) N° 35, ratificada el 29 de Abril de 1980.

*Tratado de la Unión Europea* firmado en Maastricht el 7 de febrero de 1992. *Diario Oficial de la Unión Europea L 191*, 29 de julio de 1992, p. 1-112.

Versión Consolidada del *Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea*. DOC 326 de 26.10.2012, p. 47/390.

*Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea* proclamada en Edimburgo a 12 de Diciembre de 2007 por el Parlamento Europeo, Consejo y la Comisión (DO C 303 de 14.12.2007, p.1)

*Tratado de Lisboa* por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea firmado en Lisboa el 18 de Diciembre de 2007. DO C 306 de 18.12.2007 p. 1 /271.

COM (2014) 130. Comisión Europea. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo, y al Comité de las Regiones. “Balance de la Estrategia Europa 2020 para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador”. Bruselas 5/3/2014. Recuperado de [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/europe2020stocktaking\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/europe2020stocktaking_es.pdf)

### MERCOSUR

Declaración de la 16ª Cumbre Social del Mercado Común del Sur “Articulando Luchas, cultivando resistencias”, de 29 de Julio de 2014, Caracas.



MERCOSUR/CMC/DEC. N°14/09

### **Informes/Bases de Datos de Organismos Internacionales**

Banco Mundial. “Informe sobre el Desarrollo Mundial: Invertir en Salud”, Washington DC, 1993.

Banco Mundial. “Health in the post-2015 agenda - report of the global thematic consultation on health”, 2013. The World we want Platform. Recuperado de [www.theworldwewant/health](http://www.theworldwewant/health)

Banco Mundial. Holzmann R, Sherburne-Benz L, Tesliuc E. “Social Risk Management: The World Bank’s Approach to Social Protection in the Globalizing World” Washington DC, 2003

Banco Mundial. World Databank. “World Development Indicators .Unemployment”. Recuperado de <http://databank.worldbank.org/data/views/reports/tableview.aspx?isshared=true>

Banco Mundial. World Databank. “World Development Indicators. “Health Systems”. Recuperado de <http://wdi.worldbank.org/table/2.15>

Banco Interamericano de Desarrollo. Documentos de estrategia “Modernización del Estado”. Washington DC, 2003

European Commission. “People at risk of poverty or social exclusion”. Eurostat Database. Recuperado de: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?jsessionid=9ea7d07d30de3d07c1c76432438aae788817ab4fc18c.e34MbxSaxaSc40LbNiMbxNahqSe0?tab=table&plugin=1&pcode=t2020\\_50&language=en](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?jsessionid=9ea7d07d30de3d07c1c76432438aae788817ab4fc18c.e34MbxSaxaSc40LbNiMbxNahqSe0?tab=table&plugin=1&pcode=t2020_50&language=en)

Naciones Unidas. “Informe 2013. Objetivos de Desarrollo del Milenio”. Nueva York, 2013.

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). “Central Government Dept”. Recuperado de <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=8089>

Organization for Economic Co-operation and Development. OECD Statistics. Country statistical profile: Spain 2014. Recuperado de <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/191100251e1t007.pdf?expires=1420305019&id=id&acname=guest&checksum=08BD9376C56D9A1FDA22F2EB234890F9>

### **Documentos de Organizaciones de la Sociedad Civil**

ALAMES/CEBES. Documento de posición conjunto de ALAMES y CEBES “EL debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud”. Noviembre de 2011 Rio de Janeiro, p. 3. Recuperado de <http://www.alames.org/documentos/alamescebesrio.pdf>

ALAMES. Declaraciones del XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva, Noviembre de 2012. Recuperado de <http://www.alames.org/documentos/europa.pdf>

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). Comunicado luego de la XXXII Jornadas de Debate de Debate de la FADSP, organizadas por la Asociación Ciudadana para la Defensa de la Sanidad Pública (ACDESA) 22 y 22 de noviembre de 2014. Recuperado de <http://fadsp.org/~ab47510/index.php>

Hellenic Centre for Disease Control and Prevention. Health Mo. HIV/AIDS Surveillance in Greece. Report n°26, Athens, 2011.

Hellenic Centre for Disease Control and Prevention . Loverdos A. "Response to question by member of the parliament", Athens, 2011

Plataforma de acción Salud y Solidaridad. "Los Acuerdos Europeos de Libre Comercio y el derecho a la salud en el Sur." Septiembre 2013.

### **Legislación interna**

BOE núm. 311 de 29 de Diciembre de 1978, Constitución Española.

BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986, páginas 15207 a 15224. Ley General de Sanidad 14/1986.

BOE núm. 98, de 24 de Abril de 2012. Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones

### **Texto de ponencia**

Rodríguez M. I. "De la Salud Individual a la Salud Global en la búsqueda de un mundo mejor". Ponencia del Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. 19 de Julio 2007. El Salvador de Bahía. Brasil. Recuperado de <http://elagora.org.ar/site/documentos/Ponencia-Isabel-Rodriguez.pdf>

Laurell A.C. "Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos". Presentación durante la Conferencia "Sistemas Universales de Salud: retos y desafíos", celebrada en sede del ISAGS el 21 de febrero de 2013. Recuperada de [www.alames.org/documentos/sistemasasa.pdf](http://www.alames.org/documentos/sistemasasa.pdf)

### **Textos de Biblioteca/diarios Virtual**

Navarro V. "Los recortes en la Sanidad Pública". Publicado en Diario digital el Plural, 14 de noviembre de 2011. Recuperado de <http://www.elplural.com/2011/11/13/los-recortes-en-la-sanidad-publica/>

Pollock A., Price D. "PFI and the National Health Service in England". Queen Mary University of London, 2013, p. 6. Recuperado <http://www.allysonpollock.com/>

Pollock A., Price D. “Duty to care: in defense of universal health care”, 2013. Recuperado de <http://www.allysonpollock.com/>

Sacchetti L., Rovere M. “La Salud Pública como arquitecta: el orden urbano a ambos lados del Atlántico, 1870-1910.” Publicaciones El Ágora Biblioteca Virtual. 2014. Recuperado de <http://wp.me/p3PVxa-77>

Rovere M. “La Salud en clave internacional.” Publicaciones El Ágora Biblioteca Virtual 2013. Recuperado de <http://wp.me/p3PVxa-E>