

# Derecho a la salud / Sistematización

El derecho a la salud como derecho humano: definición, alcance, dimensiones / Enmarque de la salud sexual y reproductiva en la construcción y las acepciones de este derecho / Instrumentos internacionales de DDHH que configuran el derecho a la salud / Sistemas y servicios de salud: definiciones, esquemas y componentes / Cronología básica de la discusión sobre modelos basados en perspectivas de derechos / Sistema de salud en la Argentina: introducción a su funcionamiento y estructura / Elementos introductorios de salud e interculturalidad / Poblaciones vulnerabilizadas y desafíos específicos en el acceso a la salud

SEMINARIO JUSTICIA DDHH 20 DE OCTUBRE DE 2021 17:13

## Puntos de partida

### Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1968/1976)

Artículo 12 sobre el derecho al más alto nivel de salud posible.

### OG 3 CDESC (1990), sobre las obligaciones de los Estados partes en el cumplimiento del PIDESC

Si bien el cumplimiento de un derecho es un proceso paulatino, los plazos de concreción no deben ser muy extensos y debe haber muestras claras de que los Estados adoptan medidas y destinan recursos de manera creciente para fortalecer el acceso a los derechos consignados en el Pacto.

Los medios y recursos son todos los disponibles y de diversa índole, incluso los que en principio parecen desconectados o alejados del tema del derecho planteado.

### Declaración y programa de acción de Viena (1993)

Los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes, y están relacionados entre sí.

Obligación de los Estados: promoción y protección, con consideración de la diversidad en todo sentido.

## Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ONU)

Salud y bienestar (ODS 3) en relación con varios ODS necesarios para su cumplimiento (noción de interdependencia).



## **Declaración política sobre cobertura sanitaria universal (ONU, 2019) / Res. "Pandemia y derechos humanos" (CIDH, 2020)**

Expresa la necesidad de sistemas de salud "sólidos, resilientes y funcionales, bien administrados", que rindan cuentas y estén integrados, así también basados en las comunidades y centrados en las personas.

Se debe mejorar y promover la eficiencia de los sistemas de servicios, respaldando su desarrollo con todo tipo de medidas. Este desafío se profundiza con la pandemia de COVID y, en su Resolución 1/20 "Pandemia y derechos humanos", la CIDH se refirió a la cuestión.



P.1: Institucionalización: depende del diseño de políticas y de la implementación de programas (sistema de servicios de salud).

P.2: Interdependencia: se vincula con el acceso a alimentación, vivienda, vestimenta, agua, medio ambiente sano, etc. (ver imagen ODS).

P.4: Determinantes socioeconómicos de la salud: reconocimiento de factores y condiciones estructurales-ambientales que promueven (o no) la salud.

P.8 y 9: Red de libertades y derechos en la relación Estado-personas; ni uno ni el otro pueden lograr la salud por sí solos.

P.10: progresividad en el contenido del derecho, con la inclusión de variables sociales, demográficas, o relacionadas con otras prácticas que vulneran derechos (violencias, guerras).

P.12: las dimensiones del derecho humano a la salud son disponibilidad (rel. con garantías), accesibilidad (rel. con las categorías de discriminación según OG 21), aceptabilidad y calidad (rel. con OG 3 sobre obligaciones de los Estados). En la Sección 2 de la OG 14 se listan las obligaciones básicas.

### **Cuestiones de especial interés para el derecho a la salud**

Agenda de urgencias en salud pública (SSyR, trabajo, medio ambiente, enfermedades prevenibles, estructura de servicios).

Poblaciones que requieren especial atención: mujeres / niños, niñas y adolescentes / personas con discapacidad / indígenas / adultos mayores

Temáticas transversales: igualdad y no discriminación / perspectiva de género

Recurso de utilidad: modelo de indicadores de progreso en DDHH (OEA, 2015).

## **Derecho humano a la salud**

**OG 14 CDESC (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud**



Organización de los  
Estados Americanos



## INDICADORES DE PROGRESO PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS CONTEMPLADOS EN EL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR

[indicadores\\_progreso.pdf](#)

Documento PDF

[WWW.OAS.ORG](http://WWW.OAS.ORG)

### Atención específica a la agenda en SSyR

La OG 22 CDESC (2016) surge a partir de la identificación por parte del Comité de reiteradas y estructurales violaciones a esta dimensión de la salud como derecho humano.

Se observan muchos obstáculos culturales, sociales, políticos, económicos y normativos al ejercicio de la SSyR; de allí que se transforme en una prioridad desde el derecho a la salud. La OG 22 “traduce” todas las indicaciones de la OG 14 en términos de SSyR, dando ejemplos específicos en este ámbito, así también refuerza la idea de igualdad y no discriminación en materia de género y diversidades sexuales.

Trabaja con el concepto de “discriminación múltiple” e intersectorialidad, dando cuenta del modo en que una persona puede verse afectada por varias formas de discriminación en el ejercicio de su derecho a la SSyR (enfoques interseccionales).

## Sistemas de salud: estructuras y modelos

### Concepto de sistema de salud

Estructura **social** constituida por personas y acciones destinadas a mantener y mejorar la salud de la población (definición OMS).

### Rasgos (esperados) de los sistemas de salud

1. Universal (no es sinónimo de público o gratuito, y esto es un riesgo).
2. Integral en la promoción, prevención y tratamiento de la salud.
3. Equitativo en distribución de recursos.
4. Flexible (sensible)
5. Eficiente
6. Participativo

Documento de referencia: Declaración de Alma-Ata (1978) y concepción de APS centrada en la persona.

### Condiciones de funcionamiento

Regulación: ¿cómo se organiza y se gestiona la idea de provisión de salud en el sistema?

Financiación: ¿cómo se generan u obtienen los recursos económicos/materiales para que el sistema funcione?

Provisión: ¿cómo se armará la red de servicios y acciones del sistema de salud? ¿Cómo se ofrecerán, seleccionarán y comprarán los servicios?

### Modos de financiación

1. Sistemas financiados por el Estado (impuestos). // Sistema público gratuito de salud
2. Sistemas financiados por las contribuciones laborales. // Obras sociales
3. Sistemas financiados por contribuciones privadas "voluntarias". // Prepagas, seguros médicos, centros comunitarios, consultas puntuales, etc.

### (Sub)Sistemas de salud: tipos

#### Sistemas públicos

Derecho a la salud, dimensión colectiva, contribución obligatoria, sin evaluación del riesgo individual.

Relacionado con sistemas burocráticos-administrativos, sin competencia.

#### Sistemas privados

Servicio de salud, dimensión individual/familiar, contribución opcional, evaluación del riesgo.

Relacionado con sistemas de mercado, con competencia y relación entre proveedores y usuarios/clientes.

## Modelos de sistemas de salud

### Seguro social

Origen: siglo XIX, asociado con la pertenencia a un gremio.

La salud es un derecho tutelado por el Estado.

La provisión es privada y se sostiene con la contribución de los trabajadores mediante un contrato.

*Etapa previa a la consideración de la salud como un derecho social separado del trabajo.*

### Sistemas nacionales de salud

Origen: siglo XX, en la posguerra.

La salud es un derecho garantizado y gestionado por el Estado, que también organiza las prestaciones.

Las contribuciones son obligatorias.

La cobertura es total no opcional.

Problemas estructurales (aún) de ineficiencia, superposición, mal uso de los servicios, etc.

*Asociado con la idea de derecho social y de derechos humanos.*

### Sistema de mercado

La salud es un bien de consumo, sujeto a la oferta y la demanda.

Existencia complementaria de sistemas de salud orientados a los grupos vulnerabilizados que no tienen forma de financiar su atención de salud.

Problemas estructurales de injusticia en el acceso a la salud y de vulneración de derechos fundamentales (vida).

*Retorno a perspectiva liberal de la salud, tomada de nuevo como un derecho individual que está disponible pero debe autoproverse.*

## El caso argentino

---

### Estructura del sistema

Modelo mixto conformado por subsectores: público, seguridad social, prepagos.

El 33% de la población se encuentra cubierto por el subsector público, el 57% por el subsector de OS, el 10% por prepagos de salud.

*El 9,1% del PBI corresponde al gasto total en salud, distribuido así: 2,7% Estado, 3,9% obras sociales, 2,8% sector privado. En relación con el porcentaje de cobertura, puede observarse la concentración de recursos en el sector privado.*

## Subsector público de salud

Presenta una estrategia descentralizada con amplia autonomía de niveles subnacionales.

El Estado cuenta con pocos hospitales nacionales y no posee centros de salud. La red está sostenida fundamentalmente por el nivel provincial y por el municipal, donde se concentra la construcción y gestión de hospitales y centros de salud.

Las agendas provinciales son coordinadas por el COFESA.

La infraestructura municipal depende de los recursos locales; el resultado es una desigualdad en el acceso marcada por la residencia en el territorio.

## Subsector de seguridad social (obras sociales)

Conformado por 300 OS nacionales articuladas en torno al PMO definido por la SSS, 24 OS provinciales y el PAMI.

*Del 57% cubierto por este subsector, el 34% se incluye en las OSN, el 14% en las OSP, y un 8-9% en el PAMI.*

**Concentración:** 20 de las 300 OSN nuclean el 56% de la cobertura (= aportes), y 280 el 44% restante.

La desigualdad de recursos entre OS nacionales se equipara con el Sistema Único de Reintegro (para intervenciones costosas) dentro del Fondo Solidario de Redistribución, que sostiene a las OS nacionales menos solventes por la menor capacidad contributiva de sus afiliados.

**Desigualdades de cobertura:** las OSP no están reguladas por la SSS y, como no están obligadas a cumplir con el PMO, algunas lo omiten y otras lo emplean igual como modelo, superándolo incluso.

*Salvo en la PBA y en la CABA, las OPN cubren a un porcentaje alto de población en cada provincia, debido al empleo público y la densidad de población. Los % más altos: Catamarca (41,1) y Neuquén (40,8).*

## Subsector privado de salud

Conformado por más de 300 empresas de medicina prepaga, empresas ART y prestadores privados.

*Según Maceira (2020), de cada 100 pesos invertidos en el sistema de salud, 78,4 se derivan a los subsectores público y de seguridad social, y 21,6 corresponden a pagos directos de bolsillo por consultas o coberturas puntuales, así también al pago de seguros privados de salud (atención: una categoría no excluye la otra).*

# Perspectivas de análisis

## OG 20 (2009) sobre igualdad y no discriminación en el ejercicio de los DESC

La Observación General N° 20 (2009) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) sobre no discriminación ofrece una propuesta conceptual y metodológica para identificar prácticas discriminatorias y poder caracterizarlas desde un abordaje de DDHH.

- Discriminación formal / Discriminación sustantiva (de facto)
- Discriminación directa / Discriminación indirecta
- Discriminación en la esfera privada
- Discriminación sistémica

NACIONES  
UNIDAS

E



Consejo Económico  
y Social

Distr.  
GENERAL

E/C.12/GC/20  
2 de julio de 2009

ESPAÑOL  
Original: INGLÉS

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS,  
SOCIALES Y CULTURALES

42° período de sesiones  
Ginebra, 4 a 22 de mayo de 2009  
Tema 3 del programa

OBSERVACIÓN GENERAL N° 20

La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales  
(artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos  
Económicos, Sociales y Culturales)

E.C.12.GC.20\_sp

Documento de Word

PADLET DRIVE

La tríada de injusticias pensada por Fraser (2015) es importante para analizar la situación del derecho a la salud en un contexto/caso particular: redistribución, reconocimiento, representación.

El concepto de **injusticia de representación** es importante para observar la interacción de las personas con los servicios de salud, cuando se ponen en juego las desigualdades simbólicas ancladas en desigualdades materiales o estructurales.

"Discutir el marco", una propuesta de la autora, se encuentra en la base de los debates y demandas por SSyR, por ejemplo.



Fortunas%20del%20feminismo%20-%20Traficantes%20de%20Sue%C3%B1os.pdf

Documento PDF

WWW.TRAFICANTES.NET

## Recursos de trabajo

“La salud puesta a prueba” / TL 13 Chile (enero 2019)

¿Cómo se construye la idea del derecho a la salud aquí?



Reconstruyamos el escenario construido en la nota:

¿Cuál parece ser realmente el “problema”?

¿Quiénes lo causan?

¿Quiénes lo soportan?

¿Cuáles son los desafíos y necesidades?

¿Dónde está el Estado en este escenario? ¿Se lo enuncia o refiere explícitamente?



¿Cómo es la salud para migrantes en Chile? | #ReportajesT13

de T13

YOUTUBE

## Argentina, cuestión de salud pública / DW (febrero de 2020)

¿Cuáles son las dimensiones del derecho al salud que estuvimos recorriendo que se ponen en juego en dicho informe?

Dimensiones en progreso:

Dimensiones pendientes:



Argentina | Cuestión de salud pública

de DW Español

YOUTUBE

\*\*\*\*\*