



PROCURADOR
DE LOS DERECHOS
HUMANOS

**EL DERECHO A LA SALUD, SU RELACIÓN CON LAS
CONDICIONES SOCIALES Y LA PROPUESTA DE
SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS
- NOTA CONCEPTUAL -**

Guatemala, agosto 2016

INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud se reconoce en una amplia serie de instrumentos internacionales y regionales, iniciando desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 25, seguido por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en el artículo 12, pasando por una serie de Convenciones, Acuerdos y Protocolos. Los instrumentos internacionales mencionados forman parte de la legislación vigente en materia de DDHH en Guatemala, en virtud de haber sido ratificados.

Asimismo, en el marco de la legislación generada a nivel nacional se reconoce este derecho y obligación del Estado en la Constitución Política de la República de Guatemala (CPRG) en el artículo 94; y en el artículo 39 de la Ley del Organismo Ejecutivo y el Código de Salud (Decreto 90-97) se norman las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

El PIDESC declara que es un derecho el “más alto nivel posible de salud física y mental”, posteriormente la Observación General No. 14, sobre el derecho a la salud interpreta que este derecho no se limita al derecho a la atención en salud y que el mismo no es solamente la ausencia de enfermedades, sino que “abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones a merced de las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace este derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud”.

El propósito de los Estados, y en nuestro caso del Estado de Guatemala, debe ser que las y los habitantes puedan llevar una vida sana, en donde no solamente tengan derecho a tratar y luchar contra las enfermedades, sino a prevenirlas. Esto implica que existan programas de prevención y educación y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud.

Debido a lo anterior, y que el Comité DESC también reconoce que la efectividad del derecho a la salud debe alcanzarse mediante a procedimientos complementarios como la formulación de políticas y aplicación de programas, es necesarios encaminar los mismos hacia a la atención primaria en salud y los determinantes sociales de la salud.

A este respecto, una sugerencia acertada ha emanado de la Organización Mundial para la Salud (OMS)¹, proponiendo que los gobiernos adopten el enfoque de *Salud en Todas las Políticas*. Estos lineamientos se adaptan a los principios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el PIDESC y las observaciones

¹ La OMS y sus Estados Miembros realizan actividades para reforzar e incorporar en la salud un enfoque basado en los derechos humanos, promover el derecho a la salud en el derecho internacional y en los procesos internacionales de desarrollo y defender los derechos humanos relacionados con la salud. FUENTE: OACNUDH/OMS/NU. Derechos humanos, Folleto informativo No.31 – El derecho a la salud. Pág.43.

generales sobre el derecho a la salud, así como contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En medio de un sistema de atención en salud colapsado, se debe reconocer el origen estructural de estos problemas y tomar esta sugerencia internacional como una opción de soluciones integrales que no sólo tendría consecuencias positivas sobre el derecho a la salud, sino sobre varios derechos económicos, sociales y culturales.

La siguiente nota conceptual hará un recorrido sobre una serie de declaraciones no vinculantes, que definen algunos conceptos importantes como atención primaria en salud, promoción de la salud, determinantes sociales de la salud, para llegar a la propuesta de Salud en Todas las Políticas. Asimismo brindará datos interesantes de país.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

En 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, se definió la Atención Primaria en Salud (APS) como el primer elemento o contacto de atención en salud a los individuos, la familia y la comunidad, siendo parte de un proceso permanente de asistencia sanitaria; es la atención de salud que llega hasta el lugar donde residen y trabajan las personas.

Igualmente, se indica que esta atención está basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables; se pone al alcance de las familias y comunidades mediante su participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar; brinda servicios en todas las etapas del desarrollo y fomenta la autorresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

La Declaración de Alma-Ata establece que la APS es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.

Sobre este punto se debe enfatizar que en el caso de Guatemala las condiciones económicas presentadas en la más reciente Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2014, fue alarmante conocer que la pobreza había aumentado en 5.59 puntos porcentuales respecto a 2011 (de 53.71% en 2011 a 59.3) y que la desigualdad parece no mejorar significativamente (Índice de Gini 0.56 en 2011 y 0.53 en 2014).

Por otra parte, la aplicación de los resultados de investigaciones realizadas en Guatemala es un campo fértil que debe ser abordado por el MSPAS, fortalecido por universidades y centros de investigación. Por ejemplo, pese a que no se ve apropiada la desmantelación del Programa de Extensión de Cobertura, el cual ejecutó las acciones de APS de 1998 al 2013-2014 en el país, en más de diez años a este programa no se le aplicaron evaluaciones de procesos o de impacto u otro tipo de investigaciones que re-dirigieran las acciones del mismo. Esta situación no se debe repetir con la nueva Estrategia de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional del Primer Nivel de Atención, o cualquier otra que se establezca en el futuro.

La APS se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación pero la mayoría de sus acciones se dirigen a la prevención: educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes, promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico, asistencia materno infantil, planificación familiar e inmunización².

Las actividades de prevención entrañan la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores³.

Según el Comité DESC la Declaración de Alma-Ata “ofrece una orientación inequívoca en cuanto a las obligaciones básicas dimanantes del artículo 12 [sobre el derecho a la salud]”⁴.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD –DSS-

En 1986 se promulgó la Carta de Ottawa como consecuencia de la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria como una respuesta a una nueva concepción de la salud pública en el mundo. En ella se establece que la salud tiene una serie de prerequisites: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad; y que cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites.

² OMS. *Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria en Salud*. 1978.

³ Ídem.

⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general No. 14. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12)*. 22º Período de Sesiones. 2000.

En esta carta también se expone que los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o detrimento de la salud. Por tanto, el objetivo de los Estados es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud⁵.

“La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana”
Carta de Ottawa, 1986

Posteriormente, en 2010, la Declaración de Adelaida destacó que las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector salud y tienen una génesis económica y social. Completando lo que alguna vez se declaró en Ottawa, se indicó que la buena salud mejora la calidad de vida y la productividad laboral, aumenta la capacidad de aprendizaje, fortalece las familias y comunidades, contribuye a la sostenibilidad del hábitat y del medio ambiente, así como de la seguridad, la reducción de la pobreza y la inclusión social⁶.

En concreto, los determinantes sociales de la salud (DSS) se definen como las condiciones de la sociedad en las que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud⁷. Los principales DSS en Guatemala pueden observarse en la Figura 1.

“Es esencial conseguir una sociedad integradora, equitativa, económicamente productiva y sana”
Declaración Política de Río sobre DSS,

Debido a que los DSS escapan del ámbito del sector sanitario, se necesitan más esfuerzos para resolver la distribución desigual de los recursos. Abordar la erradicación del hambre y la pobreza, la garantía de la seguridad alimentaria y nutricional, el acceso a agua potable segura y al saneamiento, el empleo y el trabajo digno y la protección social, la protección del medio ambiente y el fomento de un crecimiento económico equitativo es necesario en todos los sectores y a todos los niveles⁸.

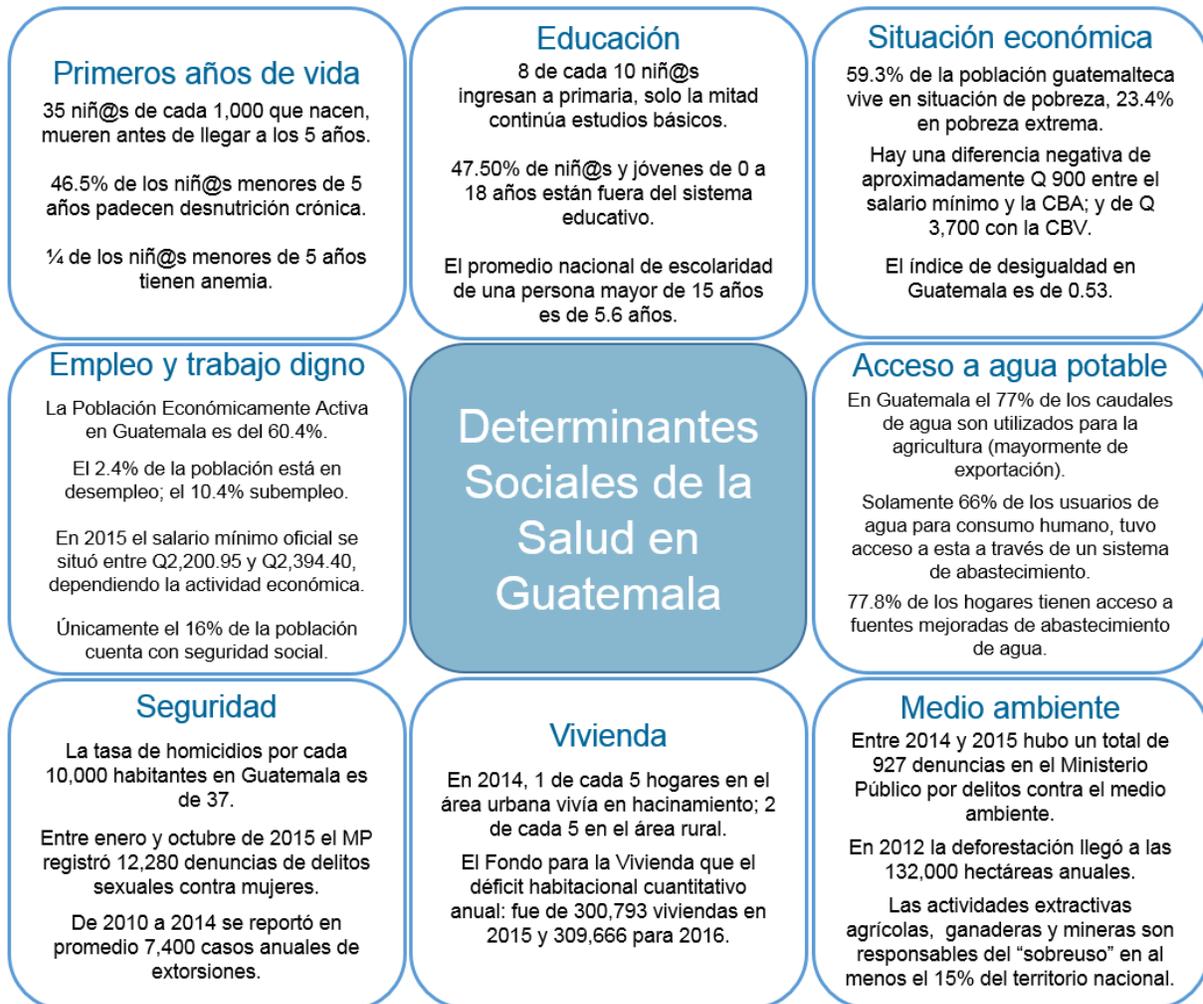
⁵ OMS. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. 1986.

⁶ OMS. *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas*. Gobierno de Australia Meridional, Adelaida, 2010.

⁷ OMS. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Río de Janeiro, Brasil. Octubre 2011.

⁸ Ídem.

Figura 1. Determinantes sociales de la salud en Guatemala



Fuente: Elaboración propia con datos de PDH, ENSMI, ENCOVI, IPC, Perfil Ambiental de Guatemala 2010-2012 (IARNA).

Puede surgir el cuestionamiento de cómo la salud se relaciona con algunos determinantes. La Declaración de Adelaida brinda algunos ejemplos de los cuales se ha tomado un extracto y se exponen a continuación,

Cuadro 1. Relación de los determinantes con la salud y el bienestar

Sectores y temas	Relación entre salud y bienestar
Alimentación y nutrición	<p>La alimentación saludable es fundamental para la salud y la seguridad.</p> <p>La seguridad alimentaria garantiza prácticas agrícolas más sostenibles.</p>
Educación	<p>Los problemas de salud de los niños dificultan el éxito educativo. El éxito educativo de ambos sexos contribuye directamente a una mejora de la salud.</p>
Economía y empleo	<p>Una población más saludable puede aumentar sus ahorros, productividad laboral y seguir laboralmente activa durante más tiempo.</p> <p>Las oportunidades de trabajo y empleo estable mejoran la salud de toda la población.</p>
Medio ambiente y sostenibilidad	<p>A nivel mundial, un cuarto de la totalidad de las enfermedades prevenibles son resultado de las condiciones medioambientales en las que vive la población.</p>
Seguridad y justicia	<p>La frecuencia de la violencia y los problemas de salud y las lesiones aumenta en las poblaciones con peor acceso a los alimentos, al agua, a la vivienda y a un sistema de justicia equitativo.</p> <p>La prevalencia de enfermedades mentales, y su relación con problemas conexos de consumo de alcohol y drogas, se asocia a la violencia, los delitos y el encarcelamiento.</p>
Vivienda y servicios comunitarios	<p>El diseño de las viviendas y la planificación de las infraestructuras teniendo en cuenta la salud y el bienestar pueden mejorar la cohesión social y contribuir a los proyectos de desarrollo.</p> <p>Las viviendas accesibles y bien diseñadas con servicios comunitarios adecuados permiten hacer frente a algunos de los determinantes más fundamentales de la salud entre las personas y las comunidades desfavorecidas</p>
Tierras y cultivos	<p>La mejora del acceso a la tierra puede contribuir a la mejora de la salud y el bienestar de los pueblos indígenas, que están espiritual y culturalmente vinculados a un profundo sentido de pertenencia a la tierra y al país. Esto a su vez fortalece la identidad cultural.</p>

Fuente: Extracto modificado de Declaración de Adelaida 2010.

En 2011, el Relator de Salud, Anand Grover, en su informe sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, luego de su misión en Guatemala expresó que “los determinantes básicos de la salud van más allá de los derechos meramente materiales y comprenden factores sociales tales como la desigualdad”. En el mismo informe destacó las importantes desigualdades en el disfrute del derecho a la salud de las comunidades indígenas y las mujeres, particularmente en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, así como la concentración de los servicios de salud en las zonas urbanas.

Para 2015 la situación no era distinta. El Informe del Procurador de los Derechos Humanos de 2015 reveló desigualdades en servicios de APS, particularmente en inmunizaciones, acceso y asequibilidad a los servicios de salud e información, mayor mortalidad materna y menores servicios de atención prenatal⁹.

Las anteriores condiciones de desigualdad propician un entorno que no favorece la salud de las/los habitantes del país y supone un mayor gasto de los recursos nacionales y locales en tratamientos y atención sanitaria. Esto a largo plazo se vuelve insostenible y conlleva a crisis en el sector salud, tal y como hemos iniciado a percibir, además de retrasar el desarrollo general del país.

“Reafirmamos que las inequidades sanitarias (...) son política, social y económicamente inaceptables, (...) injustas y en gran medida evitables, y que la promoción de la equidad sanitaria es vital para un desarrollo sostenible, una mejor calidad de vida y el bienestar de todos, lo cual, a su vez, puede contribuir a la paz y a la seguridad.”

Declaración Política de Río sobre DSS,
2011

SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

En el enfoque de la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma y se debe identificar y eliminar los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud. Debería ser el objetivo de las sociedades que para todas(os) la opción más saludable sea también la más fácil de hacer¹⁰.

El planteamiento de Salud en Todas las Políticas (STP) surge en la Declaración de Adelaida y se presentó como una propuesta para integrar consideraciones en materia de salud, bienestar y equidad durante la elaboración, aplicación y evaluación de las políticas y los servicios.

Teniendo claro que la buena o la mala salud impactan a todos los niveles de gobierno, se invita a que los mismos colaboren sistemáticamente para abordar aquellas dimensiones de sus actividades que estén relacionadas con la salud y el

⁹ PDH. *Informe Anual Circunstanciado, Situación de los Derechos Humanos y Memoria de Labores 2015*. Págs. 230-255.

¹⁰ Carta de Ottawa. *Op.Cit.*

bienestar. Esto es así porque las causas de la salud y el bienestar están fuera del sector de la salud y tienen una génesis económica y social.

Posteriormente, durante la Conferencia Mundial de la Promoción de la Salud en Helsinki (2011)¹¹, se definió la STP como: “el enfoque para las políticas públicas en todos los sectores que de manera sistemática tiene en cuenta las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman, busca sinergias y evita impactos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud. Mejora la rendición de cuentas de los políticos sobre el impacto en salud, de todos los niveles de la formulación de políticas. Incluye enfatizar las consecuencias de las políticas públicas en los sistemas de salud, los determinantes de la salud y el bienestar.”

En esta Conferencia, también se hizo el llamado al sector salud a aprender a colaborar con otros sectores y hacer la exploración conjunta de innovaciones políticas, nuevos mecanismos e instrumentos y mejores marcos normativos. Esto conlleva a que los departamentos de salud adquieran nuevas responsabilidades como la comprensión de las agendas políticas, la evaluación comparativa de las consecuencias sanitarias en el proceso de formulación de políticas, plataformas de diálogo, la colaboración del gobierno para sus objetivos y de ese modo hacer avanzar la salud y el bienestar.

POLÍTICAS DE SALUD EN GUATEMALA

Una vez mencionadas las sugerencias que emergen de OMS, es necesario mencionar que en la Observación No.14 sobre el derecho a la salud el Comité interpreta como una violación a la obligación de los Estados de cumplir, la no adopción o aplicación de una política nacional de salud con miras a garantizar el derecho a todos.

A este respecto es necesario mencionar que en Guatemala no existe una política general de salud vigente, aunque sí existen dos políticas de salud enfocadas en poblaciones vulnerables (pueblos indígenas y personas que viven con VIH).

En 2008 se presentó el *Plan Nacional para la Salud de todas y todos los guatemaltecos (2008-2012)*, este se perfilaba como el impulso de una política de desarrollo social que brindara atención integral a la población guatemalteca y en su objetivo general buscaba integrar elementos de justicia social y equidad para mejorar la calidad de vida de todas(os). Sin embargo, los lineamientos estratégicos

¹¹ OMS. *La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas*. Conferencia mundial de Promoción de la Salud, Helsinki, Finlandia, del 10 al 14 de junio de 2013.

se quedaban cortos ante tal meta, especialmente porque no contemplaba la integración de otros sectores del Estado¹².

En 2016, el MSPAS inició un proceso de reformas al sector salud y lamentablemente en esta propuesta se dedica un solo párrafo a abordar someramente el tema de los DSS y aunque se hace mención de la propuesta “Salud en todas las políticas”, no se menciona que las características esenciales STP son sus sólidos fundamentos de derechos humanos y justicia social y el énfasis en la formulación de políticas.

Guatemala debe iniciar un proceso diferente para incluir la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas, garantizar la rendición de cuentas acerca de las consecuencias para la salud y la equidad que tienen las decisiones sobre políticas públicas y asegurar evaluaciones del impacto en la salud que tiene cualquier decisión de Estado, un análisis desde la óptica de la salud permite determinar efectos sanitarios no intencionales antes de la aplicación de cualquier política, programa o proyecto, a fin de que se puedan mitigar las posibles repercusiones negativas para la salud¹³.

Ante un panorama de salud tan preocupante en Guatemala, es incorrecto planear cambios únicamente en el MSPAS y en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, pues ellos no serán suficientes. La propuesta de STP enfatiza que las acciones de gobierno conjuntas en el tema de salud abordan los sectores de economía, seguridad y justicia, educación, agricultura y alimentación, acceso a tierras y cultivos, infraestructura, planificación y transporte, medioambiente y sostenibilidad, vivienda y desarrollo social.

¹² Gobierno de Guatemala, MSPAS. *Plan Nacional para la Salud de todas y todos los guatemaltecos (2008-2012)*. Agosto 2008. Disponible en: http://www.segeplan.gob.gt/downloads/clearinghouse/politicas_publicas/Salud/Plan%20Nacional%20Salud.pdf, consultado el 27.08.2016.

¹³ Declaración de Adelaida. *Op.Cit.*