

**Período de sesiones de 2019**

27 de julio de 2018 a 26 de julio de 2019

Tema 19 f) del programa

Cuestiones sociales y de derechos humanos:**Derechos humanos****Derechos económicos, sociales y culturales****Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos****Resumen*

En el presente informe, que se presenta de conformidad con la resolución 48/141 de la Asamblea General, la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos examina la contribución que el marco de derechos humanos, y en particular los derechos a la salud y a la seguridad social, puede suponer para la conceptualización y la aplicación de la cobertura sanitaria universal. En el informe se describen algunos de los retos fundamentales en materia de derechos humanos que plantea la ampliación de la cobertura sanitaria universal, como el acceso a los medicamentos, la falta de personal sanitario, los efectos de la corrupción y la magnitud de las poblaciones y grupos que han quedado excluidos de la cobertura sanitaria. La Alta Comisionada llega a la conclusión de que, en consonancia con el carácter inclusivo del derecho a la salud, que abarca tanto la prestación de servicios como los principales factores determinantes de la salud, ha de entenderse que la cobertura sanitaria universal engloba el acceso efectivo y otros factores determinantes de la salud, además de la cobertura formal.

* Se acordó publicar este informe después de la fecha de publicación prevista debido a circunstancias ajenas a la voluntad de quien lo presenta.



I. Introducción

1. En octubre de 2018, los Jefes de Estado y de Gobierno se reunieron en Astaná para reafirmar los compromisos enunciados en la Declaración de Alma-Ata, aprobada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en septiembre de 1978, y en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El resultado fue la Declaración de Astaná, en la que los Estados se comprometieron a “[seguir un camino] para lograr la [cobertura sanitaria universal] para que todas las personas tengan acceso equitativo a la atención de salud eficaz y de calidad que necesitan, velando por que el uso de dichos servicios no les exponga a dificultades financieras”. El 23 de septiembre de 2019, la Asamblea General celebrará, de conformidad con su resolución 72/139, una reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. La reunión es una oportunidad extraordinaria para que los Estados Miembros elaboren una hoja de ruta para la cobertura sanitaria universal, firmemente anclada en los derechos a la salud y a la seguridad social y otros derechos relacionados con la promoción de la salud. La Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos subraya que es imperativo que los Estados integren los derechos humanos en su discurso y en sus políticas sobre la cobertura sanitaria universal si se quiere que los millones de personas que han sido dejados atrás disfruten por fin de sus derechos junto con las demás.

2. El derecho a la salud, reconocido internacionalmente por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, se articula de manera exhaustiva en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el que los Estados partes en el Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El derecho a la salud también está garantizado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otros tratados de derechos humanos de ámbito mundial y regional¹. En el contexto del acceso a los medicamentos, las tecnologías de la salud y los tratamientos, es particularmente pertinente el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones², haciendo hincapié en la accesibilidad de las innovaciones esenciales para una vida digna (véase A/HRC/20/26, párr. 29).

3. Otro derecho fundamental para el logro de la cobertura sanitaria universal —el derecho a la seguridad social, incluido el seguro social— está igualmente contemplado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros instrumentos. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha elaborado un conjunto amplio de normas sobre protección social. Entre ellas, destacan el Convenio sobre la Seguridad Social (Norma Mínima), 1952 (núm. 102), el Convenio sobre Asistencia Médica y Prestaciones Monetarias de Enfermedad, 1969 (núm. 130), y la Recomendación sobre Asistencia Médica y Prestaciones Monetarias de Enfermedad, 1969 (núm. 134) que la acompaña, la Recomendación sobre la Asistencia Médica, 1944 (núm. 69) y la Recomendación sobre los Pisos de Protección Social, 2012 (núm. 202). Estas normas tienen por objeto lograr “una protección universal de la salud basada en la garantía de acceso a la atención de salud para todos los que la necesitan mediante al menos la asistencia de salud esencial, la prevención y la atención materna”³.

4. Gran parte del debate en torno al contenido de la cobertura sanitaria universal se ha abordado desde perspectivas distintas de la de los derechos humanos. Por consiguiente, los

¹ Véanse la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, el Convenio Europeo de Derechos Humanos y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

² Véanse la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 27, párr. 1) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 15, párr. 1 b)).

³ OIT, *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible* (Ginebra, OIT, 2017), pág. 114.

principales objetivos de este informe son evaluar la contribución que puede suponer un marco de derechos humanos a la conceptualización y la aplicación de la cobertura sanitaria universal y destacar los principios fundamentales de derechos humanos que deben orientar las políticas de salud pública en esta esfera. La Alta Comisionada esboza las principales dimensiones de derechos humanos relacionadas con la cobertura sanitaria —con la desigualdad como dimensión transversal— y formula varias recomendaciones al respecto.

II. Salud y desarrollo sostenible

5. Las sociedades sanas son el sustrato del desarrollo sostenible, y las deficiencias de la salud repercuten directamente en la capacidad de una comunidad para prosperar y aumentar la resiliencia. Las enfermedades no transmisibles, por ejemplo, matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71 % de las muertes que se producen en el mundo. Cerca de 15 millones de muertes se registran en el grupo de edad de 30 a 69 años, de modo que las enfermedades no transmisibles afectan a una proporción considerable de la población activa⁴. La OMS estima que una de cada cuatro personas se verá afectada por trastornos mentales o neurológicos en algún momento de su vida⁵. Con aproximadamente 450 millones de personas afectadas en todo el mundo, la pérdida económica mundial atribuible a los problemas de salud mental que se generan cuando las personas pierden su empleo y se ven abocadas a la pobreza asciende actualmente a cerca de 1 billón de dólares anuales⁶. La asistencia sanitaria, más que cualquier otro componente de la protección social, es indispensable para el conjunto de la economía y para la recuperación económica en particular⁷.

6. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas reconocieron la relación entre salud y desarrollo en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que contempla un mundo “con acceso equitativo y generalizado a una educación de calidad en todos los niveles, a la atención sanitaria y la protección social, y donde esté garantizado el bienestar físico, mental y social”. La Agenda 2030 hace hincapié en la igualdad, y los compromisos de no dejar a nadie atrás y de llegar primero a los más rezagados se basan en los principios de derechos humanos de igualdad y no discriminación y de dar prioridad a los más vulnerables y marginados de la sociedad.

7. La cobertura sanitaria universal se inscribe específicamente en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y la meta 3.8, que especifica como elementos de la cobertura sanitaria universal la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. Dado que los Objetivos de Desarrollo Sostenible son de carácter “integrado e indivisible”, hay otros objetivos que son relevantes para la cobertura sanitaria universal: el Objetivo 1 establece el compromiso de poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo, y la meta 1.3 aspira a implementar a nivel nacional sistemas y medidas apropiados de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, de aquí a 2030, lograr una amplia cobertura de las personas pobres y vulnerables. El Objetivo 10 tiene por objeto reducir la desigualdad en los países y entre ellos, y la meta 10.4 (adoptar políticas, especialmente fiscales, salariales y de protección social, y lograr progresivamente una mayor igualdad) aborda varios factores que favorecen la cobertura sanitaria universal. La igualdad de género, uno de los principales factores determinantes de la salud, se aborda en el Objetivo 5 (lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas), y sus metas conexas tienen entre sus finalidades poner fin a la discriminación, eliminar la violencia contra las mujeres y las niñas y erradicar las prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil, precoz y forzado.

⁴ Véase www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.

⁵ Véase www.who.int/whr/2001/media_centre/en/whr01_press_release_es.pdf?ua=1.

⁶ Véase www.who.int/mental_health/evidence/atlas/atlas_2017_web_note/en/.

⁷ OIT, *World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice* (Ginebra, OIT, 2014), pág. 100.

III. Concepto de cobertura sanitaria universal

8. Todavía no se ha elaborado una definición ampliamente aceptada del término “cobertura sanitaria universal”. No obstante, las partes interesadas que intervienen en la promoción de la cobertura sanitaria universal, en particular los Estados Miembros y las organizaciones normativas, como la OMS y la OIT, han contribuido a aclarar las normas aplicables y a identificar su contenido técnico y otros elementos. Asimismo, los principios de derechos humanos proporcionan orientación acerca de la cobertura sanitaria universal (véanse los párrafos 32 a 45 de este documento).

9. Si bien el término “cobertura sanitaria universal” no figura en la Declaración de Alma-Ata, esta última fue pionera al identificar la atención primaria de la salud como elemento fundamental para lograr la salud para todos. El artículo VI de la Declaración de Alma-Ata describe la atención primaria de la salud como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo”. En el artículo II de la Declaración de Astaná se afirma que el fortalecimiento de la atención primaria de la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, y que la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal.

10. Desde 2008, la Asamblea General ha aprobado todos los años una resolución sobre salud mundial y política exterior. En particular, en su resolución 67/81, aprobada en 2012, la Asamblea dedicó una atención considerable a la cobertura sanitaria universal, que implica que todos tengan acceso, sin discriminación, a un conjunto de servicios médicos básicos de promoción, prevención, cura y rehabilitación que se ajusten a las necesidades y se determinen a nivel nacional, así como a medicamentos esenciales, seguros, asequibles, eficaces y de calidad. Al mismo tiempo, la utilización de esos servicios no debe suponer graves dificultades económicas para los usuarios, en particular los sectores pobres, vulnerables y marginados de la población. En su resolución 72/139, la Asamblea reiteró esas dimensiones, añadiendo los cuidados paliativos al conjunto de servicios básicos de salud. Alentó a los Estados Miembros a que promovieran la participación efectiva, plena y significativa de todos, en particular las personas vulnerables o en situaciones vulnerables, en la formulación, la aplicación y el seguimiento de las leyes, las políticas y los programas pertinentes relacionados con la salud, incluidas las estrategias para una cobertura sanitaria universal.

11. En su informe conjunto de monitoreo global de 2017, la OMS y el Banco Mundial afirmaron que la cobertura sanitaria universal significa que todas las personas reciben los servicios de salud que necesitan, en particular servicios de salud pública destinados a promover una salud mejor (como las campañas de información antitabáquicas y los impuestos al tabaco), prevenir las enfermedades (como la vacunación), y proporcionar tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos (como la atención terminal) que tengan la calidad suficiente para ser eficaces, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone al usuario a dificultades financieras⁸. Esa definición engloba tres objetivos que están relacionados: la equidad en el acceso a los servicios de salud, la calidad, y la protección frente a los riesgos financieros⁹.

12. En lo que respecta a la relación entre la cobertura sanitaria universal y la protección social, la OIT ha aportado un conjunto importante de orientaciones normativas y de políticas basadas en datos empíricos para las partes interesadas que parten del principio fundamental de que la cobertura sanitaria universal es parte integrante de las garantías mínimas de protección social que deben ser accesibles para todos. La universalidad de la cobertura sanitaria implica que todos los países han de tener enfoques basados en los derechos, anclados y enmarcados en la legislación, a fin de dar cobertura a toda la

⁸ OMS, Banco Mundial, *Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo global 2017*, pág. xii.

⁹ Véase www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/.

población, incluidos los trabajadores de la economía formal e informal y sus familiares. Con arreglo a este paradigma, es indispensable aplicar y ejecutar esos enfoques para garantizar el acceso a la atención sanitaria¹⁰.

13. La Recomendación de la OIT sobre los Pisos de Protección Social, 2012 (núm. 202), que se basa en los derechos humanos y articula estos cimientos reconociendo con claridad la interdependencia entre salud y protección social, alienta a los Estados a establecer y mantener unos niveles mínimos de protección social que incluyan ciertas garantías básicas de seguridad social. Como mínimo, estos niveles mínimos de protección social deben incluir unas garantías básicas de seguridad social, como: a) el acceso a un conjunto de bienes y servicios definidos a nivel nacional, que constituyan la atención sanitaria esencial (incluida la atención a la maternidad) que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; b) una seguridad de los ingresos básica para la infancia, al menos en un nivel mínimo determinado a nivel nacional, que proporcione acceso a la nutrición, la educación, la atención y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios; c) una seguridad de los ingresos básica, al menos en un nivel mínimo determinado a nivel nacional, para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad o discapacidad; y d) una seguridad de los ingresos básica, al menos en un nivel mínimo determinado a nivel nacional, para las personas de edad¹¹.

14. La comisión de alto nivel convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2017 para abordar la salud universal reconoció que la atención primaria de la salud es un “camino necesario y sostenible para lograr la salud universal”¹². Asimismo, subrayó la importancia de la “matriz de desigualdad social” al reconocer la desigualdad como una “característica histórica y estructural” de las sociedades de la región e identificar “los elementos que condicionan las circunstancias en las que las personas se desenvuelven”. Por consiguiente, su informe abarca una perspectiva de “salud universal” que integra la equidad del acceso a la salud y a los servicios de salud integrales y de calidad, además de la cobertura de la población¹³.

IV. Relevancia del marco de derechos humanos

15. El marco de derechos humanos es indispensable para formular, aplicar, vigilar y examinar estrategias de cobertura sanitaria universal, por diversas razones:

a) En la Carta de las Naciones Unidas, los Estados Miembros reafirmaron su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas. Los tratados de derechos humanos a los que se ha hecho referencia anteriormente, y muchos otros que se han celebrado a lo largo de los años, profundizan en el contenido de esos derechos y subrayan su universalidad. Así pues, las normas y estándares de derechos humanos son obligaciones legales vinculantes y no meras opciones en materia de políticas.

b) El uso de un marco y un lenguaje de derechos humanos es transformador. El Relator Especial sobre los derechos humanos y la extrema pobreza señaló que los derechos humanos proporcionan un contexto y un marco detallado y equilibrado; aluden a las obligaciones jurídicas específicas asumidas por los Estados en virtud de los diversos tratados de derechos humanos; ponen de relieve el hecho de que hay determinados valores que no son negociables; aportan cierto grado de seguridad normativa, y traen a colación definiciones cuidadosamente acordadas de derechos específicos que son fruto de décadas de reflexión, debate y adopción de decisiones judiciales (A/70/274, párr. 65). Estos elementos son cruciales para la coherencia de las políticas y constituyen un referente para orientar los esfuerzos invertidos y evaluar los resultados.

¹⁰ OIT, *World Social Protection Report 2014/15*, pág. 102.

¹¹ *Ibid.*, anexo.

¹² OPS, *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata, informe de la Comisión de Alto Nivel* (Washington, D.C., OPS, 2019), pág. 3.

¹³ *Ibid.*, págs. 4 y 9.

c) Un marco de derechos humanos tiene por objeto rectificar los desequilibrios de poder que distorsionan los resultados en materia de salud. Como se ha demostrado en muchas situaciones en las que el acceso al sistema de salud está restringido —o es difícil interactuar con él—, las relaciones de poder injustas tienen en última instancia una influencia significativa en los resultados sanitarios. La salud mental, por ejemplo, es un ámbito en el que las diferencias de poder entre los titulares de derechos y los proveedores de servicios de salud desempeñan un papel fundamental en lo referente al acceso a la atención y los servicios de salud y su calidad, lo que conlleva que la esperanza de vida de los afectados sea muy inferior a la de la población en general¹⁴. Habida cuenta del auge del sector privado como actor financiero y político influyente con capacidad para cuestionar el poder del Estado tanto a nivel mundial como nacional, los principios de derechos humanos son vitales para la protección de los derechos relacionados con la salud.

d) La protección de las personas vulnerables y marginadas en la sociedad es una preocupación distintiva de los derechos humanos. Su mensaje es de igualdad y no discriminación, de inclusión y participación, y de dignidad y justicia. Como muestran los datos, las personas que más a menudo quedan excluidas de la cobertura sanitaria suelen pertenecer a poblaciones y grupos que viven en situaciones de marginación o que son víctimas de la discriminación. Asimismo, esas poblaciones y grupos tenderán a estar desproporcionadamente expuestos a peligros para la salud, como las deficiencias en materia de vivienda y saneamiento en barrios marginales o la contaminación del aire en lugares cerrados a causa de los combustibles inflamables. La incorporación de los principios y normas de derechos humanos en la conceptualización y la aplicación de la cobertura sanitaria universal permitiría abordar los problemas multidimensionales de la discriminación y la exclusión y aportar soluciones.

V. Principales retos en materia de derechos humanos para ampliar la cobertura sanitaria

16. La premisa —y promesa— fundamental de la cobertura sanitaria universal es la igualdad; no obstante, millones de personas son excluidas sistemáticamente de la cobertura sanitaria debido a una combinación de factores, como la mercantilización de la atención sanitaria, la financiación insuficiente del sector de la salud, la fijación inadecuada de las prioridades, la discriminación y la pobreza. En esta sección, la Alta Comisionada examina los retos específicos que demuestran que es necesario contemplar los derechos humanos en la cobertura sanitaria para que esta sea verdaderamente universal.

A. Retos generales

17. Más de la mitad de la población mundial carece de una atención sanitaria básica adecuada que incluya, por ejemplo, atención prenatal y los tratamientos más básicos contra la malaria, el VIH/sida y la tuberculosis¹⁵. Existen grandes disparidades entre regiones y poblaciones: así, mientras que el 56 % de la población rural mundial (de la que África representa el porcentaje mayor) carece de cobertura sanitaria, en la población urbana ese porcentaje es del 22 %¹⁶. Para las poblaciones de los países de bajos ingresos es más complicado acceder a los servicios sanitarios esenciales; de hecho, la OMS confirmó recientemente que hay indicadores, como la asistencia cualificada en el parto, la proporción de mujeres que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos anticonceptivos modernos y la cobertura vacunal, que son también más bajos en estas poblaciones¹⁷. El porcentaje de población que registra unos gastos sanitarios catastróficos,

¹⁴ Royal College of Psychiatrists, “Whole-person care: from rhetoric to reality. Achieving parity between mental and physical health”, documento ocasional OP88, marzo de 2013, pág. 27.

¹⁵ Véase [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

¹⁶ OIT, *Protección social universal para la dignidad humana, la justicia social y el desarrollo sostenible, Conferencia Internacional del Trabajo* (Ginebra, OIT, 2019), párr. 101.

¹⁷ OMS, *World Health Statistics Overview 2019: Monitoring Health for the SDGs*, 2019, pág. 8.

un indicador claro de las carencias en la cobertura sanitaria, es mayor en los países de ingresos medianos que en los países de ingresos bajos o altos¹⁸.

18. Si bien las barreras financieras son importantes, los factores socioeconómicos determinantes de la salud, como la desigualdad, la discriminación y la pobreza, están entre las principales causas de exclusión del acceso a una atención y unos servicios sanitarios de calidad y en igualdad de condiciones con los demás. En las poblaciones y grupos afectados, la exclusión social y económica se ve frecuentemente agravada por las repercusiones simultáneas de múltiples formas interseccionales de discriminación, que pueden estar basadas en la edad, el género, el origen étnico, la condición de migrante, la orientación sexual, la discapacidad o el estado de salud, y perpetuarse a través de normas culturales, sociales o de género nocivas y del estigma. La desigualdad genera marginación, restringe el ejercicio de otros derechos humanos y recluye a las personas en una dinámica de pobreza, pérdida de oportunidades, mala salud y reducción de la esperanza de vida. La Comisión de Alto Nivel (véase el párrafo 14) identificó una configuración de factores determinantes sociales caracterizada por la emergencia y la consolidación de un modelo económico basado en la globalización y la expansión del sector privado, con una comercialización creciente de las condiciones de vida y un aumento de la urbanización demográfica, que conllevan, entre otras consecuencias, el deterioro del medio ambiente, unas condiciones ambientalmente insostenibles y el cambio climático¹⁹.

19. El Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre la Salud y los Derechos Humanos de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes, creado en mayo de 2016 por iniciativa conjunta de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y la OMS, determinó que, en un contexto de nacionalismo en auge, la marginación de millones de personas como, por ejemplo, migrantes indocumentados, refugiados, habitantes de barrios marginales y pueblos indígenas va acompañada de la vulneración de sus derechos, lo que agrava los problemas de salud tanto personal como pública y socava de ese modo la estabilidad de sociedades enteras²⁰. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental observó una tendencia creciente a aplicar y justificar un enfoque restrictivo y selectivo de los derechos humanos que pone en tela de juicio la esencia misma de los principios y normas de derechos humanos (A/HRC/29/33). Al defender una protección de la salud basada en los derechos y no solo en el privilegio de los más ricos, la OIT se refiere a una crisis sanitaria mundial caracterizada por "la ausencia del derecho a la salud"²¹. Como resultado de la interacción entre todos estos factores, no se han integrado adecuadamente los derechos humanos en el desarrollo, la ejecución, la supervisión y el examen de las políticas sanitarias, en particular en relación con la cobertura sanitaria universal.

B. Acceso a medicamentos

20. A cerca de 2.000 millones de personas en todo el mundo se les ha negado el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones por carecer de acceso a medicamentos esenciales²². Por ejemplo, en el caso del VIH/sida, en 2017 había 36,9 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, pero solo 21,7 millones tenía acceso al tratamiento antirretrovírico. Durante ese mismo período, el 20 % de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH carecía de acceso a medicamentos antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternofilial²³. Las estadísticas compiladas por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) indican que solo el 52 % de los 1,8 millones

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ *Ibid.*, pág. 8.

²⁰ OMS, *Leading the realization of human rights to health and through health: Report of the High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents* (2017), pág. 7.

²¹ OIT, "Addressing the Global Health Crisis: Universal Health Protection Policies", Social Protection Policy Papers, 2014, pág. 2.

²² OMS, "Access to medicines: making market forces serve the poor", 2017, pág. 14.

²³ Véase www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf.

de niños que viven con el VIH en el mundo recibe tratamiento antirretrovírico²⁴. Según una investigación realizada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), si bien la incidencia mundial de la infección por el VIH disminuyó un 25 % entre 2010 y 2017, la incidencia entre las personas que consumen drogas por vía intravenosa y sus parejas está aumentando. Las tasas de infección por tuberculosis y hepatitis vírica son elevadas en ese grupo de población, y la escasa inversión ha deteriorado la cobertura de los servicios de reducción del daño, como los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, los tratamientos para la drogodependencia, la prevención de sobredosis y las pruebas y el tratamiento del VIH, la tuberculosis y la hepatitis B y C²⁵.

21. Uno de los principales obstáculos para el acceso a los medicamentos es su costo excesivo, que hace que los medicamentos, las terapias y las tecnologías esenciales queden fuera del alcance de muchas personas²⁶. En la ecuación del costo influye también el fracaso de las políticas gubernamentales, particularmente en lo tocante a la regulación de la intervención del sector privado para obstaculizar o facilitar el acceso a medicamentos, el apoyo insuficiente para el desarrollo de medicamentos y tecnologías de salud que no pueden generar gran rentabilidad en el mercado, y la “extralimitación de protección de la propiedad intelectual”, que obstaculiza la producción y distribución de medicamentos genéricos de bajo costo²⁷.

C. Personal sanitario

22. Para alcanzar la cobertura sanitaria universal, es indispensable contar con suficiente mano de obra capacitada, eficaz y motivada. Se ha calculado que, en 2017, solo la mitad de países contaba con el personal sanitario necesario para prestar una atención sanitaria de calidad (aproximadamente 30 médicos, 100 enfermeros o comadrones y 5 farmacéuticos por cada 10.000 personas)²⁸. También en este ámbito existen disparidades dentro de los países y entre ellos, además de entre los distintos tipos de servicios de salud²⁹. Los países del África Subsahariana, de Asia Sudoriental y Meridional y algunos países de Oceanía son los que tienen mayores carencias; en algunos casos, más del 80 % de la población carece de acceso a la atención sanitaria y los servicios conexos debido a la falta de personal sanitario³⁰. En el caso de las personas mayores, las repercusiones de la escasez de trabajadores sanitarios son cada vez más graves, pues más de la mitad de las personas de este grupo de edad no tiene acceso a atención prolongada³¹.

23. La escasez de personal sanitario se produce, entre otras cosas, cuando se dan unas condiciones de trabajo desfavorables que no consiguen atraer ni retener a trabajadores sanitarios y sociales cualificados. El derecho de los trabajadores sanitarios y sociales a unas condiciones de trabajo justas y favorables, con salarios justos y unas condiciones laborales seguras y saludables, está protegido por el derecho internacional. En el sector de la salud, como en otros, las malas condiciones de trabajo tienden a alejar a los trabajadores más cualificados y competentes, lo que a su vez propicia que la corrupción se extienda. Se sabe que la migración de los trabajadores sanitarios y sociales, otra consecuencia de la denegación de derechos laborales, afecta más profundamente a los países del “Sur global”, que van quedándose sin trabajadores sanitarios a medida que estos se van a otros lugares en busca de un empleo más lucrativo.

²⁴ Véase <https://data.unicef.org/topic/hiv/aids/paediatric-treatment-and-care/>.

²⁵ Véase la declaración formulada el 28 de abril de 2019 por la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en la Conferencia Internacional sobre Reducción de Daños de 2019, que puede consultarse en www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24529&LangID=S.

²⁶ Véase www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf.

²⁷ Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación, *Riesgos, derechos y salud*, julio de 2012, pág. 93.

²⁸ “GBD 2017: a fragile world”, *Lancet*, vol. 392, núm. 10159 (10 de noviembre de 2018), pág. 1683.

²⁹ Véase OMS, *World health statistics overview 2019*, pág. 8.

³⁰ “GBD 2017: a fragile world”, *Lancet*.

³¹ OIT, *World Social Protection Report 2017-2019*, pág. 109.

D. Grupos que requieren atención especial

1. Personas con discapacidad

24. Se estima que 1.000 millones de personas en el mundo viven con alguna discapacidad, y cabe esperar que esa cifra vaya en aumento³². Debido a la discriminación y la exclusión social, corren más riesgo de padecer problemas de salud y, por lo tanto, es más probable que necesiten atención y servicios sanitarios y recurran a ellos (A/73/161, párr. 5). Sin embargo, las personas con discapacidad también tienen más probabilidades de encontrar obstáculos debido a la falta de accesibilidad de las comunicaciones, la información, el equipo, el entorno y el transporte para llegar a los establecimientos sanitarios o volver de ellos; a las limitaciones para acceder a todo el conjunto de servicios que necesitan, como rehabilitación y ayudas técnicas; y al hecho de que no se respete su derecho al consentimiento libre e informado.

25. Además, debido a trastornos de salud preexistentes, las personas con discapacidad se enfrentan al riesgo de quedar excluidas del seguro médico y tienen menos probabilidades de beneficiarse de planes de seguro médico relacionados con el trabajo³³. Así pues, las personas con discapacidad tienen un 50 % más de probabilidades de incurrir en gastos sanitarios exorbitantes que las aboquen a la pobreza y repercutan directamente en su derecho a la educación, sus medios de subsistencia y su participación en la sociedad³⁴. Para hacer frente a esta situación, los Estados deberían velar por que la cobertura sanitaria universal incluya todo el abanico de servicios de salud que las personas con discapacidad puedan necesitar dentro de los servicios sanitarios esenciales, incluidas la rehabilitación y las ayudas técnicas, como propone la OMS en su lista de ayudas técnicas prioritarias³⁵.

2. Migrantes

26. Los migrantes tienen dificultades para acceder a la atención y los servicios sanitarios en los países de tránsito y de destino debido a la falta de protección jurídica de su derecho a la salud, a la existencia de leyes o disposiciones administrativas que les niegan específicamente el acceso a la atención sanitaria, a las barreras culturales y lingüísticas y, en el caso de los migrantes en situación irregular, el temor a ser detenidos o expulsados³⁶. A menudo se les exige que, debido a su nacionalidad o a su condición de migrantes, abonen los servicios médicos en el mismo centro en el que son atendidos. Además, si bien en muchos países no se puede negar a nadie la atención de urgencias, en otros, los migrantes en situación irregular quedan excluidos de cualquier servicio o se espera que abonen el costo íntegro del tratamiento una vez recibido, lo que puede disuadirlos de buscar tratamiento³⁷.

27. Los migrantes en situaciones vulnerables pueden tener problemas de salud mental debido a las numerosas dificultades a las que se enfrentan por el hecho de vivir y trabajar en unas condiciones precarias e inseguras, por el aislamiento social y por las graves violaciones de los derechos humanos sufridas en las rutas migratorias. Con frecuencia, para acceder a la atención y los servicios sanitarios más allá de la atención de urgencias, los migrantes han de aportar un documento que acredite su condición, como un certificado de residencia legal, de seguro o de empleo, lo que excluye a la gran mayoría de migrantes en situación irregular. Es probable que los migrantes en tránsito no tengan acceso a la atención sanitaria debido a la falta de personal y de equipos médicos en las rutas migratorias o las fronteras internacionales, así como a las políticas que criminalizan la migración irregular o tratan de disuadir de ella amenazando a los migrantes con ser detenidos, privados de libertad o expulsados, lo que en la práctica hace que pasen a la clandestinidad. Los

³² OMS y Banco Mundial, *World Report on Disability* (2011), págs. xi, 21 a 31.

³³ Véase Lena Morgon Banks y Sarah Polack, *The Economic Costs of Exclusion and Gains of Inclusion of People with Disabilities: Evidence from Low and Middle Income Countries*, 2014.

³⁴ OMS y Banco Mundial, *World Report on Disability* (2011), págs. 66 a 69.

³⁵ Véase www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/EMP_PHI_2016.01/en/.

³⁶ ACNUDH, *Los derechos económicos, sociales y culturales de los migrantes en situación irregular*, pág. 11.

³⁷ *Ibid.*, pág. 42.

migrantes a menudo interrumpen la vacunación o la postergan, también en el caso de los niños nacidos durante el viaje, por miedo a que se les apliquen las leyes de inmigración en los centros de atención médica o por la presión de continuar su viaje. Tanto en los países de tránsito como en los de destino, los migrantes en situación irregular suelen quedar excluidos de la vacunación debido a su condición o por falta de recursos financieros o de información.

3. Personas con enfermedades raras

28. Entre 300 y 400 millones de personas en todo el mundo tienen enfermedades raras³⁸, que en la Unión Europea se definen como aquellas que no afectan a más de 5 personas de cada 10.000³⁹. La mitad de los afectados son niños, y el 30 % muere antes de cumplir los 5 años⁴⁰. Si bien las enfermedades de carácter individual suelen afectar a poblaciones pequeñas, el número total de personas con enfermedades raras asciende a aproximadamente el 4 % de la población mundial. Puesto que la mayoría de las enfermedades raras son complejas, crónicas, degenerativas y con frecuencia potencialmente mortales, es esencial tener acceso a una atención y unos servicios sanitarios asequibles, de calidad y físicamente accesibles, que incluyan la atención prolongada⁴¹. Están en general desatendidas, pues solo existen opciones terapéuticas para el 5 % de las enfermedades raras; cabe responsabilizar de ello, en buena medida, a las deficiencias del mercado y a las políticas públicas.

29. Incluso en los casos en los que existe algún tipo de atención sanitaria, su cobertura suele reflejar los problemas de salud que registra la población general, y es escasa o nula la atención que se presta a los derechos y necesidades específicos de las personas con enfermedades raras. Según la Agencia Europea de Medicamentos, no llegan a 1.000 las enfermedades a las que se dedica siquiera un nivel mínimo de conocimiento científico; esta marginación se debe a la escasez de conocimientos médicos y científicos sobre las enfermedades raras, que conlleva que muchos enfermos sigan sin ser diagnosticados y que sea difícil desarrollar tratamientos para tratar estos trastornos⁴². Por consiguiente, la atención y los servicios sanitarios disponibles siguen siendo escasos y de mala calidad, especialmente en lo relativo a las limitaciones asociadas a ellas. Las enfermedades raras a menudo llevan aparejados el estigma y la discriminación, y muchas personas que las padecen se ven excluidas de la vida laboral y de la integración plena y productiva en la sociedad.

E. Corrupción

30. La corrupción ha sido descrita como “uno de los principales obstáculos a la promoción y protección efectivas de los derechos humanos”⁴³. Además de su efecto negativo en la capacidad de los Estados para movilizar recursos destinados a la prestación de servicios esenciales para hacer efectivos los derechos económicos, sociales y culturales, la corrupción da lugar a discriminación en el acceso a los servicios públicos en favor de quienes pueden influir en las autoridades con métodos como el soborno y la presión política⁴⁴. La corrupción no solo desvía los escasos recursos existentes de donde más se necesitan, sino que también distorsiona las políticas, debilita la confianza pública en el

³⁸ Véase FIIM, *Rare Diseases: shaping a future with no-one left behind*, 2014; disponible en www.ifpma.org/wp-content/uploads/2017/02/IFPMA_Rare_Diseases_Brochure_28Feb2017_FINAL.pdf. Véase también <https://globalgenes.org/wp-content/uploads/2015/12/2016-WRDD-Fact-Sheet.pdf>.

³⁹ Véase FIIM, *Rare Diseases*.

⁴⁰ Véase <https://globalgenes.org/wp-content/uploads/2015/12/2016-WRDD-Fact-Sheet.pdf>.

⁴¹ Véase Rare Diseases International, "Rare Diseases: The Missing Keystone of Universal Health Coverage", 2019.

⁴² Véase www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/orphan-designation-overview.

⁴³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 24 (2017) sobre las obligaciones de los Estados en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el contexto de las actividades empresariales, párr. 20.

⁴⁴ *Ibid.*

sistema sanitario y, en última instancia, socava los esfuerzos por alcanzar la cobertura sanitaria universal⁴⁵.

31. La corrupción está muy extendida en el sector sanitario por diversas razones: las asimetrías de poder, por ejemplo, entre los prestadores de asistencia sanitaria y los pacientes, y entre las autoridades públicas, el sector privado y los titulares de derechos; la incertidumbre inherente a la selección, la supervisión, la evaluación y la prestación de servicios de atención sanitaria; y la complejidad de los sistemas de salud (A/72/137, párr. 16). La intervención de múltiples partes, desde los responsables de la formulación de políticas hasta los proveedores y los médicos, es un factor que añade complejidad, pues aumenta las probabilidades de que se produzcan innumerables transacciones clandestinas de carácter corrupto entre distintas partes interesadas⁴⁶. La corrupción adopta muchas formas en el sector de la salud: soborno, absentismo, relaciones comerciales inadecuadas, uso indebido de posiciones (de alto nivel), pagos oficiosos y demanda inducida⁴⁷.

VI. Aplicación de los principios fundamentales de los derechos humanos a la cobertura sanitaria universal

32. En consonancia con el carácter del derecho a la salud como un derecho inclusivo que comprende los factores determinantes básicos de la salud, debe entenderse que la cobertura sanitaria universal engloba el acceso efectivo, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y otros factores determinantes de la salud, así como la cobertura "formal"⁴⁸. Un enfoque centrado específicamente en dar cobertura a la población tiende a favorecer los servicios terapéuticos; y, como se ha visto en el caso de las enfermedades no transmisibles, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades son componentes esenciales para dar una respuesta eficaz. Si bien los Estados tienen cierto margen para decidir según su criterio cómo lograr la cobertura sanitaria universal, los principios de los derechos humanos deben orientar la formulación, la aplicación, la supervisión y el examen de las políticas correspondientes, así como la rendición de cuentas. En esta sección, la Alta Comisionada describe la pertinencia de los principios de derechos humanos para la cobertura sanitaria universal.

A. Niveles de obligación

33. Los Estados tienen el deber de respetar, proteger y cumplir sus obligaciones en materia de derechos humanos. En el marco del derecho a la salud, la obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de interferir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud; la obligación de proteger exige medidas para impedir la injerencia de terceros, y la obligación de cumplir exige que los Estados adopten medidas apropiadas para hacer plenamente efectivo el derecho a la salud⁴⁹.

34. El derecho a la seguridad social conlleva obligaciones similares: la obligación de respetar implica abstenerse de toda práctica o actividad que, por ejemplo, deniegue o restrinja el acceso en igualdad de condiciones a una seguridad social adecuada⁵⁰; la obligación de proteger exige, entre otras cosas, que se adopten medidas para impedir que terceros denieguen el acceso en condiciones de igualdad a los planes de seguridad social administrados por ellos o por otros e impongan condiciones injustificadas de admisibilidad; y la obligación de cumplir insta a que se adopten medidas que garanticen la plena

⁴⁵ Véase www.transparency.org/topic/detail/health; véase también A/72/137, párr. 12.

⁴⁶ Subrata Chattopadhyay, "Corruption in healthcare and medicine: Why should physicians and bioethicists care and what should they do?" *Indian Journal of Medical Ethics*, vol. X, núm. 3 (julio a septiembre de 2013), pág. 154.

⁴⁷ Comisión Europea, *Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector, 2017*, págs. 9 y 37.

⁴⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 12.

⁴⁹ *Ibid.*, párr. 33.

⁵⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 19 (2007) sobre el derecho a la seguridad social, párr. 44.

efectividad del derecho a la seguridad social, como la aplicación de un plan de seguridad social. Si bien garantizar la cobertura sanitaria universal entraña principalmente la obligación de hacer efectivos ambos derechos, las obligaciones de respetar y proteger tienen una aplicación importante, por ejemplo, para tratar de regular la promoción de productos nocivos por parte del sector privado, regular la influencia de este en el acceso a medicamentos esenciales y otros bienes y servicios relacionados con la salud, o eliminar la discriminación en el acceso a la atención sanitaria⁵¹.

B. Recursos máximos disponibles y realización progresiva

35. El artículo 2, párrafo 1, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales exige a los Estados partes que empleen hasta el máximo de los recursos de que dispongan para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos garantizados en el Pacto. La expresión “máximo de los recursos de que dispongan” engloba tanto los recursos que existen en un Estado como aquellos a los que se puede acceder mediante la asistencia y la cooperación internacionales, y tiene implicaciones en términos de políticas tanto para la generación de ingresos como para el gasto público (véase E/2017/70)⁵². En este sentido, se considera en general que la tributación es una de las fuentes de ingresos más importantes y previsibles de que disponen los Gobiernos, y es vital para corregir la discriminación sistémica, asegurar el disfrute en condiciones de igualdad de los derechos económicos, sociales y culturales y financiar los servicios esenciales, la protección social y las medidas de reducción de la pobreza (A/HRC/26/28, párrs. 3, 17 y 36). Si bien los Estados pueden fijar sus propias políticas fiscales, las obligaciones en materia de derechos humanos imponen límites al ejercicio de esa facultad discrecional, y ha de permitirse que estas sirvan de guía a las políticas fiscales a fin de que los Estados respeten, protejan y hagan efectivos los derechos humanos (*ibid.*, párr. 4).

36. La efectividad progresiva requiere que los Estados adopten de manera inmediata medidas concretas, específicas y deliberadas para lograr la efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales⁵³. Existe una fuerte presunción de que las medidas regresivas son ilícitas. Cuando se han adoptado ese tipo de medidas, el Estado ha de demostrar que se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado parte⁵⁴. Por lo tanto, se presume que las medidas de consolidación fiscal, como las políticas de austeridad, cuya característica distintiva es a menudo la reducción del gasto en el sector social, son ilícitas (véase E/2013/82).

C. Derecho a la salud y derecho a la protección social

37. En virtud del artículo 12, párrafo 2, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la plena efectividad del derecho a la salud requiere varias medidas, como: a) la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; y d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. El enfoque basado en los derechos humanos derivado de estas normas exige que los Gobiernos nacionales se aseguren de que se dispone de suficientes establecimientos, bienes y servicios de salud y que estos son accesibles y asequibles sin discriminación alguna. También deben ser adecuados desde el punto de vista científico y

⁵¹ *Ibid.*, párrs. 50 y 51; véase también el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 19, párr. 45.

⁵² Véase también E/C.12/2007/1, párr. 5.

⁵³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 30.

⁵⁴ *Ibid.*, párr. 32.

médico, de buena calidad y respetuosos de la ética médica⁵⁵. La participación y la rendición de cuentas son características indispensables del derecho a la salud.

38. El derecho a la seguridad social incluye el derecho a obtener y mantener prestaciones sociales (ya sea en efectivo o en especie) sin discriminación, con el fin de obtener protección en casos de: a) falta de ingresos procedentes del trabajo debido a enfermedad, invalidez, maternidad, accidente laboral, vejez o muerte de un familiar; b) gastos excesivos de atención de la salud; y c) apoyo familiar insuficiente, en particular para los hijos y los familiares a cargo⁵⁶. Las prestaciones en efectivo o en especie deben ser suficientes en importe y duración a fin de que todos puedan ejercer sus derechos a la protección y asistencia familiar, a un nivel de vida adecuado y a la atención de la salud⁵⁷. La atención sanitaria básica (que incluya el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, el suministro de medicamentos indispensables, el acceso a la atención de la salud reproductiva materna e infantil) forma parte del contenido básico del derecho a la seguridad social.

39. La protección del derecho a la salud es una condición indispensable para el disfrute de otros derechos humanos, especialmente de los necesarios para salvaguardar la dignidad, afirmar la autonomía y hacer efectivo el potencial de la persona. Si invertimos los términos, la afirmación también es cierta, lo que constituye un reflejo de la interrelación e indivisibilidad de los derechos humanos: así, el derecho a la salud solo puede hacerse plenamente efectivo mediante el respeto de otros derechos humanos, y en particular de los derechos a la seguridad social, a una vivienda adecuada, al agua y al saneamiento, a la participación, a la no discriminación, a la educación y a la información, y a la alimentación. El derecho a la seguridad social, en particular, garantiza el disfrute de al menos un mínimo de los derechos económicos y sociales, como el derecho a la salud y a la alimentación, frente a los riesgos y contingencias a lo largo de todo el ciclo vital, y es sumamente importante en el contexto de las enfermedades endémicas, como el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo⁵⁸. Disponer de un sistema integral de protección social favorece que puedan abordarse las múltiples dimensiones de las privaciones y penurias relacionadas con la enfermedad, como la accesibilidad de la atención médica, los gastos no médicos conexos, como el transporte, y la pérdida de ingresos o de tiempo que se derivan de las ausencias del trabajo. Considerar a otros derechos humanos, como el derecho a la seguridad social, como factores determinantes del derecho a la salud facilita la formulación de políticas integrales pangubernamentales que abarquen todos los sectores que afectan a la salud.

D. Igualdad y no discriminación

40. Si bien la aspiración de la cobertura sanitaria universal es la igualdad y la inclusión, la realidad es que el acceso a servicios, bienes y establecimientos sanitarios de calidad está determinado, entre otras cosas, por la riqueza, los privilegios, la influencia, la situación de marginación, la identidad y el lugar de residencia de las personas. La existencia de desigualdades notables en el acceso a la atención y los servicios sanitarios en algunos de los países más ricos, en comparación con el éxito que otros países con pocos recursos han tenido a la hora de ampliar la cobertura, indica claramente que las políticas que afectan a la cobertura sanitaria son a menudo fruto de decisiones políticas que no se basan necesariamente en los recursos existentes o potencialmente disponibles para la salud⁵⁹.

41. Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda

⁵⁵ *Ibid.*, párr. 12.

⁵⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 19, párr. 2.

⁵⁷ *Ibid.*, párr. 22.

⁵⁸ *Ibid.*, párr. 13.

⁵⁹ Véase la evaluación de la OIT sobre la situación en Rwanda (www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_568702.pdf) y Tailandia (www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_568679.pdf).

discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud⁶⁰. Las obligaciones fundamentales, como el suministro de medicamentos esenciales y la distribución equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud y el acceso a la atención y los servicios sanitarios sin discriminación, requieren la responsabilidad inmediata del Estado y no están supeditadas ni a una implantación gradual ni a la derogación⁶¹.

42. Los no nacionales deben, por tanto, poder tener acceso a planes no contributivos de apoyo a los ingresos, apoyo a la familia y atención de la salud a un costo asequible. Todas las personas, independientemente de su nacionalidad, residencia o condición de inmigración, tienen derecho a atención médica primaria y de emergencia. Los refugiados, apátridas, solicitantes de asilo y otras personas o grupos desfavorecidos y marginados deben disfrutar de un trato igual en el acceso a los planes de seguridad social no contributivos, incluido un acceso razonable a la atención de la salud y el apoyo a la familia, de conformidad con las normas internacionales⁶². El hecho de no adoptar medidas para reducir la distribución no equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud, así como un gasto insuficiente o una asignación inadecuada de recursos públicos que impidan el disfrute del derecho a la salud de personas o grupos, en particular personas vulnerables o marginadas, son ejemplos de conculcaciones del derecho a la salud⁶³.

E. Participación

43. El derecho a participar en la vida pública es vital para el disfrute de otros derechos humanos. Se trata de un imperativo democrático que tiene por objeto que todas las voces estén representadas cuando sea preciso tomar decisiones públicas. En el marco de los derechos a la salud y a la seguridad social, todas las partes interesadas deben estar empoderadas para participar en las etapas de diseño, establecimiento, aplicación, supervisión y examen de las políticas. La preparación de presupuestos basada en los derechos humanos, por ejemplo, requiere procesos y mecanismos transparentes en los que participen las comunidades afectadas, así como la coordinación entre diversos ministerios y departamentos gubernamentales y con otros interesados clave, como el sector privado, los asociados para el desarrollo y la sociedad civil (véase A/HRC/21/22 y Corr.1 y 2, párr. 52).

44. La participación permite una supervisión importante, en particular a la hora de identificar prioridades e impedir concesiones en relación con las políticas que puedan ir en detrimento de la cobertura sanitaria. La promoción de la salud, en especial, ha de incluir una participación significativa de los titulares de derechos a nivel comunitario para ser eficaz⁶⁴. En consonancia con la obligación de incluir a los miembros de la sociedad marginados y vulnerables, como los niños, los adolescentes, las personas con discapacidad y las que viven en la pobreza, debe asegurarse la participación de estas personas, cuya opinión ha de considerarse explícitamente y se le debe dar prioridad en los asuntos que conciernen exclusivamente a cada grupo⁶⁵. Ante la falta de consenso en torno a la fijación de prioridades en la prestación de servicios sanitarios, la cobertura sanitaria es una esfera en la que es esencial contar con la participación de las partes interesadas, especialmente a nivel comunitario.

⁶⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 19.

⁶¹ *Ibid.*, párrs. 30, 43 y 47.

⁶² *Ibid.*, observación general núm. 19, párrs. 37 y 38.

⁶³ *Ibid.*, observación general núm. 14, párr. 52.

⁶⁴ Véase Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, "Non-discrimination in HIV responses", 3 de mayo de 2010, párrs. 18 a 22.

⁶⁵ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 4, párr. 3; Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 7 (2018) sobre la participación de las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la aplicación y el seguimiento de la Convención.

F. Rendición de cuentas

45. Como destacó el Alto Comisionado en un informe anterior, se trata de un concepto complejo y pluridimensional; la rendición de cuentas basada en los derechos humanos requiere múltiples formas de examen y supervisión, y el fomento de la rendición de cuentas de múltiples actores a distintos niveles, tanto dentro como fuera del sector de la salud (A/HRC/38/37, párr. 37). El concepto abarca todas las esferas del diseño, la aplicación, el seguimiento y el examen de las políticas. Como afirmó el Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre la Salud y los Derechos Humanos de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes en su informe (véase el párrafo 19 de este documento), reforzar la rendición de cuentas como pilar básico de la buena gobernanza y en cumplimiento de las obligaciones de los garantes de derechos para con los titulares de estos ofrece importantes oportunidades para hacer efectivos el derecho a la salud y los derechos humanos. El establecimiento de unos mecanismos y procesos sólidos de rendición de cuentas en el ámbito de la cobertura sanitaria asegura que las medidas relacionadas con las políticas, como la financiación sanitaria, las medidas para eliminar la discriminación y las desigualdades y las destinadas a combatir la corrupción, sigan estando estrechamente vinculadas con el objetivo de ampliar la cobertura sanitaria universal. La rendición de cuentas requiere, y es algo crucial, que haya vías de recurso fácilmente accesibles (judiciales o cuasijudiciales) en los casos en que se haya vulnerado el derecho a la salud o el derecho a la seguridad social.

VII. Conclusiones y recomendaciones

A. Conclusiones

46. Los diferentes interesados que intervienen en la aplicación de la cobertura sanitaria universal hacen hincapié en diferentes esferas prioritarias. No obstante, parece estar surgiendo un consenso en torno a una serie de elementos que son, entre otros, esenciales para la cobertura sanitaria universal: la atención primaria de la salud; los cuidados paliativos; un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional; la atención de la maternidad; los tratamientos de urgencia; el acceso a los medicamentos; la atención a las desigualdades estructurales y sociales, a las necesidades de los marginados y vulnerables y a la discriminación; la protección frente a los riesgos financieros; la promoción de la salud; y la prevención de las enfermedades.

47. Las normas de derechos humanos hacen hincapié en la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los servicios, bienes y establecimientos sanitarios. También proporcionan pautas claras sobre el significado de “universalidad”: a saber, que el acceso a la atención y los servicios sanitarios no debe limitarse a aquellos que los pueden pagar o a quienes cuentan con planes de salud establecidos por el empleador en el mercado de trabajo estructurado. El principio de no discriminación es de aplicación a la cobertura sanitaria universal, y su protección incluye a los no nacionales, como los migrantes en situación irregular, así como a los grupos y poblaciones que suelen estar excluidos, como las personas de edad, las que viven en la pobreza, las que tienen alguna discapacidad y las personas con enfermedades raras.

48. La cobertura sanitaria universal no es simplemente una cuestión financiera, económica o de desarrollo; es una cuestión de justicia social e igualdad, y de hacer efectivos todos los derechos humanos relacionados con la salud cuyo disfrute es esencial para la dignidad humana y el derecho a la vida. Las dificultades que plantea la aplicación de la cobertura sanitaria universal son diversas y complejas, afectan a los diversos derechos de millones de personas y requieren políticas idóneas. En términos de derechos humanos, ello supone entender la cobertura sanitaria universal como un concepto que abarca los factores determinantes subyacentes de la salud. También exige liderazgo político, también a los niveles más altos, para llevar a cabo los cambios que han de preceder a la reorientación de las políticas de salud pública hacia modelos de cobertura sanitaria universal que respeten los derechos humanos. Ese liderazgo

guiaría los cambios en las políticas con un enfoque pangubernamental, en colaboración con una base constituida por interesados empoderados, informados y comprometidos.

49. Habida cuenta de las anteriores conclusiones, la Alta Comisionada formula las recomendaciones siguientes.

B. Recomendaciones

50. Habida cuenta de que las leyes, políticas y prácticas determinan el grado de disfrute de los derechos humanos, incluidos los derechos a la salud y a la seguridad social, los Estados deben de realizar exámenes periódicos de sus marcos jurídicos y de políticas a fin de identificar las carencias en la cobertura sanitaria y la protección social, de las barreras de acceso a los servicios sanitarios y del grado de adecuación de estos marcos al derecho a la salud, el derecho a la seguridad social y otros derechos relacionados con la salud. Esos exámenes ayudarán a identificar a las poblaciones que han sido dejadas atrás, los factores subyacentes de su marginación, el impacto de la corrupción y los factores determinantes estructurales, administrativos, legales y sociales de la salud.

51. Sobre la base del análisis general de los derechos humanos, anteriormente mencionado, los Estados deben modificar su legislación y sus políticas para responder a las deficiencias en materia de derechos humanos identificadas durante el análisis y ajustarlas a las normas internacionales de derechos humanos. Los Estados deben velar, en particular, por que el marco jurídico y normativo acabe con la discriminación en el acceso a la atención y los servicios sanitarios, asegure un acceso efectivo de todos, sin discriminación, a los medicamentos, los tratamientos y las tecnologías, y proteja los derechos de las personas con enfermedades raras, los migrantes en situación irregular, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables, también mediante la aplicación de medidas especiales cuando proceda.

52. La cobertura sanitaria universal debe estar recogida explícitamente en legislación que contemple los derechos de las personas con discapacidad. Una legislación efectiva se basa en los principios de los derechos humanos; asimismo, reconoce la función que desempeñan los distintos responsables a nivel gubernamental, asigna responsabilidades, identifica a los titulares de derechos y cuáles son los derechos que les corresponden, combate la discriminación en la cobertura sanitaria, da prioridad a la participación de la comunidad y asegura una regulación sólida del sector privado, de conformidad con los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos.

53. Los Estados deben adoptar planes y estrategias nacionales para hacer efectivos progresivamente los derechos a la salud y a la seguridad social de manera que incorporen la cobertura sanitaria universal tanto en la esfera de la salud como en la de la seguridad social, a fin de asegurar una cobertura integral para todos, sin discriminación.

54. La Alta Comisionada recomienda a los Estados que, en el ámbito de la cobertura sanitaria universal:

a) Velen por que los interesados participen en el establecimiento de prioridades, así como en la formulación, la aplicación, el seguimiento y la evaluación de políticas y programas;

b) Refuercen la capacidad de los titulares de derechos para participar y reivindicar sus derechos a la cobertura sanitaria mediante la educación y la concienciación;

c) Velen por que se establezcan y se refuercen mecanismos transparentes y accesibles para lograr la participación de los interesados a nivel comunitario, subnacional y nacional.

55. La Alta Comisionada alienta a los Estados a que, a fin de asegurar una asunción de responsabilidades independiente:

a) Establezcan o refuercen procesos y mecanismos transparentes, incluyentes y participativos, que tengan competencia para recomendar medidas de reparación, tanto en el sistema de sanitario como en el judicial;

b) Elaboren estrategias nacionales para promover el acceso a mecanismos de justicia y se aseguren de que haya procedimientos accesibles y ajustes de procedimiento a disposición de las personas con discapacidad;

c) Aseguren el acceso efectivo a vías de recurso y reparaciones en casos de vulneraciones de los derechos a la salud y a la seguridad social y de otros derechos que los sustenten.

56. Los Estados deben movilizar los recursos internacionales disponibles y prestar apoyo de conformidad con su deber de cooperación internacional. La Alta Comisionada los insta a que, en colaboración con las organizaciones internacionales y regionales pertinentes, la sociedad civil y las comunidades locales:

a) Busquen apoyo técnico para diseñar y aplicar programas y políticas con miras a reforzar y ampliar la cobertura sanitaria, aseguren la prestación de servicios de calidad y promuevan la protección frente a los riesgos financieros de los grupos y comunidades marginados, incluidas las personas con discapacidad, los migrantes y otras personas;

b) Presten apoyo a la creación de capacidad, entre otras cosas mediante programas de capacitación y el intercambio de información, experiencias y buenas prácticas para ampliar la cobertura sanitaria en los entornos de recursos escasos;

c) Cooperen para asegurar la continuidad de la atención a los migrantes, en particular a los migrantes en situación irregular;

d) Intercambien conocimientos técnicos y buenas prácticas para reforzar la dotación de personal sanitario, especialmente con miras a asegurar condiciones de trabajo justas y favorables, afrontar la cuestión de la migración de los trabajadores sanitarios y sociales y ofrecer formación, también, en materia de derechos humanos.

57. La Alta Comisionada insta a los Estados a que ajusten sus políticas fiscales y sus procesos de planificación y elaboración de presupuestos a los principios de derechos humanos a fin de asegurar un uso eficiente del máximo de los recursos disponibles para el disfrute en condiciones de igualdad de los derechos a la salud y a la seguridad social.

58. Los Estados Miembros deben abordar la cuestión de la cobertura sanitaria universal con un enfoque amplio, que incluya los principios y normas de derechos humanos que se destacan en el presente informe. La Alta Comisionada los alienta a que consideren la posibilidad de elaborar, con el apoyo de la Oficina del Alto Comisionado y otros interesados, un conjunto de directrices sobre cobertura sanitaria universal y derechos humanos, con objeto de apoyar la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la cuestión de la cobertura sanitaria universal. Sobre la base de esas directrices, la Oficina del Alto Comisionado tiene previsto examinar las prácticas de los Estados a fin de evaluar en qué medida están cumpliendo sus obligaciones de asegurar la cobertura sanitaria universal y apoyar el intercambio de buenas prácticas al respecto.