

El derecho a la salud en la Argentina 2017



·
·
El derecho a la salud
·
en la Argentina - 2017
·
·

El derecho a la salud en la Argentina / Sergio Del Prete ... [et al.]. - 1a ed
. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : ISALUD, 2017.
240 p. ; 15 x 22 cm.

ISBN 978-987-9413-73-9

1. Derecho a la Salud. I. Del Prete, Sergio
CDD 344.04

ISALUD expresa su agradecimiento al apoyo técnico brindado por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para la realización de la presente publicación.

Contenidos

Prólogo	7
Capítulo 1	15
El derecho a la salud en Argentina. Claroscuros entre la teoría y la realidad. <i>Sergio H. Del Prete, Mario Glanc, Rubén Torres</i>	
Capítulo 2	39
El derecho a la salud en la legislación argentina: protección de la salud de poblaciones vulnerables. <i>Oscar Ernesto Garay</i>	
Capítulo 3	73
Salud Universal: materializando el derecho a la salud para todos. <i>Oswaldo Artaza, Sebastián Laspiur</i>	
Capítulo 4	99
Jornada sobre salud y derechos humanos en la Argentina. Universidad ISALUD. 18 de noviembre de 2016.	

El derecho a la salud en la Argentina - 2017

La Jornada convocada por el Sistema de Naciones Unidas, con el fundamental apoyo técnico de OPS/OMS, en la Universidad ISALUD, para reflexionar sobre la situación de Salud y Derechos en la Argentina del 2017, en el marco del Examen Periódico Universal fue una excelente oportunidad para evaluar los desafíos que debemos enfrentar para materializar efectivamente el derecho a la salud en nuestro país.

Si bien se han logrado algunos avances en los últimos cincuenta años en lo que respecta a la salud de la población, no es menos cierto que resta mucho por hacer, sobre todo si comparamos indicadores entre países, y especialmente dentro de nuestro propio país.

Existe hoy una oportunidad única de canalizar en forma eficiente y efectiva los recursos disponibles, si el debate por una mejor salud y sistema de atención no se pierde en eslóganes o frases hechas, y las políticas de salud se revisan para medir la efectividad que han logrado, y en forma consecuente, se introducen las modificaciones de mejora al financiamiento, la gestión o la propia fortaleza institucional del sistema que las contiene, y fundamentalmente, promocionando la equidad para que todos los ciudadanos, sin diferencias, alcancen mejores niveles de salud. Ciudadanos que no van a estar dispuestos a aportar más recursos si no están convencidos de que serán usados en forma adecuada, por lo cual es imprescindible construir evidencia que sustente las políticas públicas en salud.

En el espacio de políticas, Estado y sociedad han atravesado múltiples encrucijadas y han aplicado un sinnúmero de reformas, en un contexto de transición demográfica y epidemiológica, de cambios en la organiza-

ción del mundo del trabajo y de influencia de una poderosa industria de tecnologías y medicamentos sujeta a la innovación permanente. Y así como han contribuido a potenciar las expectativas de bienestar de los ciudadanos, también han cristalizado el malestar por la falta de universalidad efectiva de los servicios de salud y la perpetuación de inequidades, en un escenario tan multifactorial como complejo y desafiante para su resolución.

La desigualdad social en América Latina está fuertemente condicionada por su matriz productiva. De este modo, el primer y más básico determinante de desigualdad es la clase social o estrato socioeconómico al que la pobreza estructural instalada fundamentalmente a partir de la última década del siglo xx agrega el singular elemento de la exclusión, su cara más dura y descarnada.

Las desigualdades de género, étnico-raciales, las relacionadas con las diferentes etapas del ciclo de vida y las territoriales también constituyen ejes estructurantes de esa matriz; y resultan esenciales para explicar la magnitud y la reproducción de las brechas identificadas en los principales ámbitos del desarrollo social y del ejercicio de los derechos, como el nivel de ingresos y el acceso a los recursos productivos, la educación, la salud, el trabajo decente, la protección social y los espacios de participación, entre otros. Se da la paradoja de una dinámica asimétrica entre derechos civiles y políticos y derechos económicos, sociales y culturales que garanticen una inclusión efectiva, dada la marcada diferencia en los tiempos de institucionalización de nuevos modelos, de búsqueda de formas alternativas de financiación y redistribución de recursos y de construcción de consensos políticos que permitan sostener los cambios necesarios en el mediano y largo plazo.

El sistema de salud argentino ha tenido muchos quiebres porque debió atravesar rupturas políticas permanentes, producto de una historia institucional quebrada en forma múltiple a lo largo de cincuenta años. Desde 1955 en adelante, las idas y vueltas en la organización del sistema sanitario, la estructuración de modelos de aseguramiento basados en negociaciones corporativas y el desfinanciamiento por descentralización de los servicios públicos, más las reformas de los años 90 han ido a contramano de la posibilidad de efectivizar el derecho universal a la salud.

Después de una larga y negra noche de derechos conculcados y vulnerados en todas sus formas, bajo la última dictadura militar, previa a la restauración democrática de 1983, recién aparece la salud como derecho humano pleno, con carácter de inalienable de la dignidad humana y universal (para todas las personas) expresamente considerado en la reforma constitucional de 1994. Se incorporaron con jerarquía constitucional once declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos (Art. 75, Inc. 22 de la Constitución Nacional). Cada uno definió alcances, obligaciones del Estado, objetivos y metas de política pública en el área y cuestiones específicas para grupos sociales que requieren, de alguna forma, de protección especial. En lo que respecta a salud, el artículo 12.º del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) establece que los Estados parte reconocen “*el derecho de toda persona al disfrute de las facilidades, bienes y servicios necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud física y mental*”. En sus considerandos incluye la atención de la salud; la transformación de los determinantes que condicionan los procesos de salud-enfermedad-atención en una comunidad (como saneamiento, acceso a agua potable y a educación, vivienda digna, etc.); la participación de la comunidad garantizada por el propio Estado y la elaboración consensuada y transparente de un plan integral que responda a las prioridades nacionales en la materia.

Parecería obvio que si el derecho a la salud se considera desde 1994 un derecho universal, después de dos décadas solo podrían existir mínimas cuestiones de desigualdad. Pero esta conclusión resulta inexacta respecto de lo que ocurre en la realidad. En primer lugar, coexisten en la propia organización de la salud y en una dimensión federal no resuelta desde los albores constitucionales de 1853, gran cantidad de actores, gobiernos e instituciones que conceptualizan el derecho a la salud de manera totalmente diferente. Muchas provincias, en el marco del proceso de reformas estructurales de los años 90, propiciaron la sanción de legislaciones, no siempre alineadas al espíritu de lo enunciado en la Constitución Nacional, y generaron así, una multiplicidad de líneas de política y gestión que fueron alejando al sistema de salud de la posibilidad de efectivizar en forma plena el derecho inclusivo a la salud. De aquí a la consecuente inequidad relativa entre regiones del país hubo un

solo paso. Desde que la salud quedó descentralizada (las provincias se hicieron cargo de su prestación), la fragmentación territorial resultante conspiró activamente para la falta de unificación de las políticas públicas. Ejemplo de esta deformación conceptual son las diversas modalidades bajo las cuales se ha interpretado, organizado y desarrollado la Atención Primaria de la Salud –si se la considera base de garantía de tal derecho– en los diferentes subsistemas de salud.

A lo largo de las últimas décadas se ha alejado diametralmente de su propuesta original y se subsumió en un modelo reduccionista, asistencialista y focalizado. La Argentina mantuvo además la estructura organizativa tradicional de lo contributivo y el esquema de subsidio a la oferta en lo público, sin avanzar en un modelo no contributivo de subsidio a la demanda. Esto llevó a la cristalización de fragmentación y segmentación de los servicios; la declamada extensión de cobertura por la vía de ampliación de la oferta resultaba diferente y francamente desigual, según las personas o grupos sociales observados, y en ese mosaico heterogéneo, el derecho a la salud y su correlato, la equidad, se transformó en una expresión de deseos.

En una sociedad que, en una época pasada, pareció ser la más igualitaria e integradora de América Latina, la brecha de ingresos ha ido creciendo en forma geométrica al ritmo de la concentración económica. Y la particular distribución de la riqueza ha consolidado una matriz de tres sociedades, donde las diferencias de expectativas entre hijos de hogares ricos, medios y pobres resultan función de la enorme brecha de capacidades individuales existente entre unos y otros. Esto es producto de la dispar posibilidad de acceder o de mantenerse en las diferentes etapas del proceso educativo, que ajusta selectivamente las posibilidades y oportunidades de obtener un trabajo decente y digno.

Según Evans (2002), los más ricos, educados, poderosos y sanos de la sociedad tienen una capacidad muy superior para mejorar su propia salud en comparación con los más pobres, y este patrón persiste en el tiempo y en todos los lugares. En la Argentina, si la educación es el instrumento fundamental para enfrentar el círculo de vulnerabilidad-pobreza-enfermedad, no alcanzar el nivel secundario implica contar con una esperanza de vida 9,2 años menor que aquel que lo logra. El país

tiene la más baja tasa de graduación del nivel secundario de la región, con solo 50% de los alumnos completando sus estudios y accediendo a tal titulación. Pero lo más grave respecto del logro educativo es que solo 31% de los alumnos de primer grado del nivel primario logra completar todo el ciclo. La Argentina requiere materializar los alcances del derecho a la salud en forma universal, y las condiciones para avanzar con éxito hacia ese desafío implican aprovechar las experiencias del pasado, modificar el presente y al mismo tiempo anticiparse al futuro.

Los cambios políticos, económicos y sociales que discurren a lo largo de la primera parte del siglo xxi se hacen cada vez más rápidos y profundos, y obligan a definir un sendero de reformas que posibiliten mejorar las oportunidades sociales, resolver los problemas derivados de la trampa de la pobreza, ampliar la cobertura en salud, extender la protección financiera otorgada por la seguridad social en nuevos modelos mixtos de protección social contributivos y no contributivos y formar recursos humanos competentes. Es necesario enfrentar de una vez y seriamente en el mediano y largo plazo en el campo sanitario tanto la problemática de los determinantes sociales como la abrumadora vetustez de una gestión sanitaria burocrática, desequilibrada institucionalmente y desordenada operativamente. Además, no hay proceso de integración social sin participación de la sociedad y sin exclusiones en la generación de políticas desde la concepción de ciudadanía y que no se reduzcan a paliativos temporales que solo contribuyen a cristalizar el malestar social. Como tampoco hay posibilidades de alcanzar una adecuada cobertura de salud si los lineamientos teóricos para ello son productos originados en grupos de poder o élites científicas sin participación de los actores del sistema sanitario, incluyendo la propia comunidad.

Si la principal problemática del acceso a los servicios de salud está en las notorias diferencias de oportunidades, razón de su baja efectividad y no en cuestiones de recursos financieros, la respuesta debe ser de política sanitaria, y esta, como construcción social, requiere consensos; y su traducción en pactos, para alcanzar jerarquía de una auténtica política de Estado.

El creciente interés suscitado por alcanzar una salud basada en derechos se ha intensificado a partir del debate originado por la Cobertura

Universal de Salud (CUS). Conceptualmente, la CUS tiene que ver con equidad: vincular atención con las necesidades y no con la capacidad de pago ni con la disponibilidad de un seguro, también con protección financiera: garantizar que la atención necesaria que reciba una persona no deje a su familia en la pobreza, y en cuanto a calidad de la atención: garantizar que quien provee servicios haga el diagnóstico correcto y aplique un tratamiento adecuado y efectivo. En la Argentina, la cobertura no es el problema, sino las diferentes calidades de atención. El 70% de los argentinos tiene una cobertura vinculada a un seguro social, a través de las obras sociales en sus distintas versiones, el PAMI, en el caso de las personas de la tercera edad, y de la medicina prepaga o seguros privados. El 30% restante está cubierto por el sistema nacional de salud configurado por su estructura nacional, provincial y municipal. Pero el problema es que tenemos que saldar la brecha de desigualdad que existe en esa cobertura. Porque es muy distinta la condición del que se atiende en uno u otro servicio; y eso no depende de la calidad técnica de los profesionales y del personal de salud, sino de uno de los componentes de la salud universal, que es el modelo de gestión y de atención que cada uno de esos sistemas tienen. Y eso marca una diferencia que, puede terminar en mayor enfermedad o muerte. Nosotros no tenemos problemas en la cantidad de población cubierta, tenemos relativos problemas en cuánto se paga por los servicios, pero tenemos un brutal problema en los servicios que están cubiertos. No se justifica que un argentino que nace en Santiago del Estero tenga condiciones de vida o de muerte diferentes a las de otro que nace en Tierra del Fuego.

La Argentina está muy marcada por tres tipos de fragmentación: una territorial, vinculada básicamente a la estructura jurídica de la Argentina, donde los indicadores dependen del desarrollo económico de cada región y cada provincia opera con su particular restricción presupuestaria y con sus políticas sanitarias. Por otro lado, no tiene un sistema de salud, sino veinticuatro; cada uno de los cuáles opera con sus individualidades. Otra cuestión son los derechos, que se plantea cuando cada sector de la población tiene un derecho a un nivel de atención diferente en función de su capacidad económica y de su ubicación en el mercado. Y una tercera, que es la de regulación, y que es la que marca la intervención del Estado para poder subsanar el peso de las otras dos

fragmentaciones. En términos de cobertura universal, eso implica falta de acceso, pérdida de oportunidades de atención, pobre continuidad de los procesos asistenciales y falta de conformidad con los servicios por las necesidades y expectativas de los usuarios. Así, desde el punto de vista jurídico, quienes tienen cobertura de la seguridad social nacional o de la medicina prepaga tienen definido un conjunto de prestaciones, a las que esas entidades están obligadas. No así, quienes tienen cobertura del sector público, lo cual equivale a decir que los más pobres de los argentinos, los más desvalidos de todos, que están bajo la responsabilidad del sector público nacional, provincial y municipal no tienen garantizada una canasta de prestaciones. Esa es una vulneración profunda a la igualdad de derechos del conjunto de los argentinos. Y existe otra vulnerabilidad, a mi entender, mucho más violenta, que consiste en que el conjunto de los argentinos que están asegurados por una obra social, durante su vida activa tienen derecho a cambiarse de obra social cuando esa entidad no le presta el servicio que les corresponde. Ahora, cuando más necesitan del servicio, que es cuando están en la tercera edad, en ese momento no tienen derecho a cambiarse de obra social. Esa es una brutal vulneración de los derechos de la tercera edad en la Argentina.

Un problema fundamental del sistema de salud argentino es que integra verticalmente a los diferentes grupos sociales (pobres e informales, asalariados y de alto ingreso) pero los segrega horizontalmente en subsistemas separados. Avanzar hacia la cobertura universal y al mismo tiempo otorgar condición de derecho a la salud implica, además de no perder de vista los determinantes sociales, reconocer quién está cubierto, con qué tipo y nivel de servicios y con qué forma y magnitud de contribución financiera. Y conceptualmente, tener claro que la CUS no es un fin en sí misma, sino un medio para lograr mejores y más homogéneos niveles colectivos de salud. Renovar la salud y su derecho en su dimensión más amplia es un desafío para materializar el avance hacia un país más justo e inclusivo.

La construcción de derechos es, por lo tanto, un proceso dinámico que constituye un camino de transformación social permanente a través de la historia. Requiere generar un consenso positivo respecto de cambios que formen parte de una política de Estado y no de un gobierno, y que sean sustentables en el tiempo.

Es preciso comenzar reconociendo que un sistema de salud es un espejo de valores sociales que lo transforman en una dimensión política. Por eso requiere de acuerdos básicos de fondo, de coordinación entre jurisdicciones, de inversión económica, de leyes y de políticas de promoción y prevención que permitan ofrecer una auténtica mejora de la salud y la calidad de vida de la población de manera ciertamente universal, estable, gradual, progresiva y extendida en el tiempo.

Por las características de nuestra sociedad, la idea de salud para todos implica prestaciones para todos, aunque las prestaciones de salud son necesarias pero no suficientes. Una Argentina más saludable y equitativa para todos es un sueño compartido y la herramienta para transformar ese sueño en realidad es la política.

Rubén Torres
Rector ISALUD

Capítulo 1

El derecho a la salud en Argentina. Claroscuros entre la teoría y la realidad

*Sergio H. Del Prete, Mario Glanc,
Rubén Torresⁱ*

Introducción

Llevamos casi una década del ingreso al siglo XXI. Transcurrimos las secuencias temporales de una sociedad cambiante que periódicamente se enfrenta a situaciones críticas. Las economías se han ido abriendo, las estrategias comerciales se han vuelto complicadas en el contexto de la globalización, y los ciudadanos han visto ampliarse sus derechos, aunque esto no haya sido uniforme ni tampoco logre colmar las expectativas sociales de progreso individual y colectivo.

La salud ha sido considerada, en teoría, como un componente primordial del bienestar social y está ligada al desenvolvimiento económico de los países. Y también es una bandera que se agita, se otorga o se negocia en el juego político histórico entre gobiernos, grupos corporativos y la propia sociedad. Si la salud es un valor social, un factor económico y un elemento político estimado en el seno de las sociedades modernas, ¿por qué no se transforma en un reclamo auténtico de las mismas (algo que no se aprecia en las encuestas sobre sus preocupaciones) y adquiere significación en las plataformas políticas de los tiempos electorales (escasamente visible en los debates presidenciales)? ¿Será porque como bien dice la frase de Henri – Francois Becque¹: *“La libertad y la salud se asemejan, su verdadero valor se reconoce cuando nos faltan”*?

Si bien se ha logrado mucho en los últimos cincuenta años en lo que respecta a la salud de la población, no es menos cierto que resta mucho

ⁱ - Universidad Isalud



por hacer y bastante por avanzar, sobre todo comparando indicadores entre países. Y que hoy existe una oportunidad única de canalizar en forma eficiente y efectiva los recursos disponibles, si el debate por una mejor salud y un mejor sistema de atención no se pierde en discusiones vacías centradas en eslogans o frases hechas.

Las políticas de salud se deben revisar en forma permanente y continua para medir la efectividad que han logrado, y en forma consecuente introducir las modificaciones necesarias para introducir instrumentos operativos de mejora al financiamiento, a la gestión o a la propia fortaleza institucional del sistema que las contiene. Y fundamentalmente, promover equidad para que la sociedad y los ciudadanos, sin diferencias, alcancen mejores niveles de salud.

A lo largo de la historia de las sociedades, en cualquiera de sus ámbitos geográficos, políticos y culturales, el tema de la salud siempre ha estado presente como uno de los principales ámbitos de acción en los que el Estado puede y debe participar con hechos concretos para generar mejores condiciones de vida. En este particular espacio de políticas, Estado y sociedad han atravesado múltiples encrucijadas y han aplicado un sinfín de reformas, en un contexto de transiciones demográficas y epidemiológicas, de cambios en la organización del mundo del trabajo y de influencia de una poderosa industria de tecnologías y medicamentos sujeta a la innovación permanente. Y así como han contribuido a potenciar las expectativas de bienestar de los ciudadanos, también han cristalizado el malestar por la falta de universalidad efectiva de los servicios de salud y la perpetuación de las inequidades socioeconómicas que los entoran, en un escenario tan multifactorial como complejo y desafiante para su resolución.

¿Podemos considerar a la salud en Argentina como un derecho social de alcance universal? Si la salud es un bien social que no admite, desde tal concepción, la condición de consumo privado, no debería haber límites a esa consideración. El problema, como bien lo sostiene Rosanvallon² (1995), es *“la desintegración de los principios organizadores de la solidaridad”* como uno de los principales problemas de las sociedades contemporáneas. A lo que agrega: *“Enfrentarla requiere una práctica argumentada y públicamente discutida de la justicia so-*

cial, (que) debe sustituir a una visión reduccionista y estrechamente jurídica de la igualdad de derechos o a una concepción puramente mecánica del esquema de redistribución". Se entiende entonces que, en primer lugar, debe considerarse la necesidad de establecer cuál es la distancia efectiva que existe entre la política y la concepción de ciudadanía, lugar donde los derechos son asumidos como una forma efectiva y no abstracta de reducir desigualdades.

La materialización de los derechos de los ciudadanos, sin diferencias implícitas ni explícitas, se ha visto influida a lo largo de la última mitad del siglo xx por factores políticos, sociales, ideológicos, históricos, culturales y económicos, que deben ser tomados en su real dimensión y consideración cuando se procura entender el porqué de la existencia de brechas sociales perpetuadas en el tiempo. Desde la primera organización de los sistemas de salud, pasando por su matriz aseguradora inicial centrada en el mundo del trabajo postrevolución industrial, hasta la encrucijada entre expansión de la informalidad, de la pobreza y del sostenido gasto de bolsillo han pasado crisis estructurales, depresiones económicas, regímenes dictatoriales, cercenamiento de derechos individuales y sociales, recuperación de la democracia e instalación formal de la salud como derecho.

Argentina. Un escenario social y sanitario que no escapa a la realidad de América Latina

La matriz de la desigualdad social en América Latina está fuertemente condicionada por su matriz productiva, caracterizada por una alta heterogeneidad estructural. Así, el primer y más básico determinante de la desigualdad es la clase social (o estrato socioeconómico), por ende, la pobreza estructural instalada fundamentalmente a partir de la última década del siglo xx y lo que corre del presente agrega un elemento singular: la exclusión, en su cara más dura y descarnada. No obstante, las desigualdades de género, las étnico-raciales, las relacionadas con las diferentes etapas del ciclo de vida de las personas y las territoriales también constituyen ejes estructurantes de esa matriz; resultan esenciales para explicar la magnitud y la reproducción de las brechas

identificadas en algunos de los principales ámbitos del desarrollo social y del ejercicio de los derechos, como el nivel de ingresos y el acceso a los recursos productivos, la educación, la salud, el trabajo decente, la protección social y los espacios de participación, entre otros.

Como ejemplo, la informalidad laboral, un fenómeno definido por el economista peruano Hernando de Soto como la “economía negra”, que en la región habría alcanzado valores promedio de 63% de la población económicamente activa, adquirió centralidad hacia fines del siglo anterior como parte de los cambios en el mundo del trabajo. La política económica redefinió entonces el carácter estratégico de la seguridad social en lo que respecta a protección integral de la persona y su grupo familiar –incluso en el campo de la salud– al reducirla a una política social contingente a la crisis. Adiós a la seguridad social y al trabajo formal como se la concibió a mitad del siglo xx. Masas de informales debieron retornar a sus condiciones primarias de protección basadas en el autoahorro, la ayuda familiar o comunitaria, o la asistencia pública otorgada por el Estado. La polémica entre Estado y mercado también alcanzó las orillas de la salud. Las reformas sanitarias se orientaron en el sentido de este último, y la segmentación de coberturas no solo quedó clara, sino que se hizo explícita. Más aún, cuando desde inicios del siglo xxi, los conceptos de seguridad social y protección social comenzaron a usarse en forma indistinta; y los propios organismos sanitarios se enfocaron en la posibilidad de extender la protección social en salud a los grupos excluidos de la región, como respuesta social a niveles de riesgo, privación y vulnerabilidad inaceptables. Un modelo financiero congruente con el objetivo de cobertura universal que posibilitara mejorar el acceso mediante una mancomunación social solidaria en el esfuerzo de redistribuir fondos.

Argentina no siguió este camino planteado por México u otros países, que mantiene la estructura organizativa tradicional de lo contributivo y el esquema de subsidio a la oferta, en lo público, sin avanzar en un modelo no contributivo de subsidio a la demanda. Esto llevó a la cristalización de la segmentación de los servicios del lado del sistema de salud y de la posibilidad de acceso oportuno a una atención de calidad, por parte de la población sin diferencias de cobertura. La tan aclamada extensión de cobertura por la vía de ampliación de la oferta resultaba

diferente y francamente desigual, según las personas o grupos sociales observados. En ese mosaico heterogéneo, el derecho a la salud y su correlato, la equidad se transformó en una expresión de deseo.

Se da la paradoja de una dinámica asimétrica entre derechos civiles y políticos y derechos económicos, sociales y culturales que garanticen una inclusión efectiva, dada la marcada diferencia en los tiempos de institucionalización de nuevos modelos, de búsqueda de formas alternativas de financiación y redistribución de recursos y de construcción de consensos políticos que permitan sostener los cambios necesarios en el mediano y largo plazo. El sistema de salud argentino ha tenido muchos quiebres, porque debió atravesar rupturas políticas permanentes, producto de una historia institucional quebrada en forma múltiple a lo largo de cincuenta años. Y desde 1955 en adelante, las idas y vueltas en la organización del sistema sanitario, la estructuración de modelos de aseguramiento basados en negociaciones corporativas y el desfinanciamiento por descentralización de los servicios públicos, más las reformas de los años 90 han ido a contramano de la posibilidad de efectivizar el derecho universal a la salud. La referencia a este derecho solo aparecía –diluido– en el Artículo 14 bis de la reforma constitucional de 1957, que derogó la amplia reforma social del 49 y retrotrajo derechos. En él se sostiene que el Estado debe otorgar *“los beneficios de la seguridad social, que tendrán carácter de integrales e irrenunciables”*, y establece el seguro social obligatorio. De esta forma, el derecho a la salud –reconocido como tal– quedó condicionado al estatus de trabajador asalariado formal.

Después de una larga y negra noche de derechos conculcados y vulnerados en todas sus formas bajo la última dictadura militar –previa a la restauración democrática de 1983–, recién aparece la salud como derecho humano pleno, es decir, con carácter de inalienable de la dignidad humana y universal (para todos/as las personas), expresamente considerado, en la reforma constitucional de 1994. Se incorporaron con jerarquía constitucional once declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos (Art. 75, Inc. 22 de la Constitución Nacional), entre ellos la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

(PIDESC, 1966), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969), la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) y la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1984). Cada caso definió alcances, obligaciones del Estado, objetivos y metas de política pública en el área y cuestiones específicas para grupos sociales que requieren de alguna forma de protección especial. En lo que respecta específicamente a salud, el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) establece que los Estados parte reconocen “*el derecho de toda persona al disfrute de las facilidades, bienes y servicios necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud física y mental*”. En sus considerandos incluye la atención de la salud; la transformación de los determinantes que condicionan los procesos de salud –enfermedad– atención en una comunidad (como saneamiento, acceso a agua potable y a educación, vivienda digna, etc.); la participación de la comunidad garantizada por el propio Estado y la elaboración consensuada y transparente de un plan integral que responda a las prioridades nacionales en la materia.

Parecería obvio que si el Derecho a la Salud se considera desde 1994 un derecho social universal, después de dos décadas solo podrían existir mínimas cuestiones de desigualdad. Pero esta conclusión teórica resulta inexacta respecto de lo que ocurre en la realidad. En primer lugar, coexisten en el campo sanitario nacional, y en un contexto donde la propia organización de la salud posee una dimensión federal no resuelta desde los albores constitucionales de 1853, gran cantidad de autores, actores, gobiernos e instituciones que conceptualizan el Derecho a la Salud de manera totalmente diferente. Las razones obedecen en gran medida al desarrollo socio-histórico de la Nación, pero también responden a cuestiones ideológico-políticas en segunda instancia. Similar a lo ocurrido con el concepto de *equidad*, que va de la mano con ese derecho. Este se ha visto naturalizado de tal manera desde la teoría, que resulta poco frecuente encontrar un documento o artículo que no lo establezca como categoría central. El problema es que, en la realidad social, es discutible si su contenido se corresponde con su definición, y si sus alcances resultan ciertos o no. Como ejemplo, muchas provin-

cias en el marco del proceso de reformas estructurales de los años 90 propiciaron la sanción de legislaciones no siempre alineadas al espíritu de lo enunciado en la Constitución Nacional, de esta forma se generó una multiplicidad de líneas de política y gestión que fueron alejando al sistema de salud de la posibilidad de efectivizar, en forma plena, el derecho inclusivo a la salud. De aquí a la consecuente inequidad relativa entre regiones del país hubo un solo paso.

De esta forma, se ha llegado a establecer un contraste marcado entre el mayor reconocimiento constitucional de derecho que se otorga a la salud –como definición ampliada– y el progresivo deterioro del sistema de atención de la salud –como expresión reduccionista del ajuste interpretativo del conflicto salud/enfermedad–, como si se tratara solamente de una cuestión de oferta/demanda. Ejemplo de esta deformación conceptual son las diversas modalidades bajo las cuales se ha interpretado, organizado y desarrollado la Atención Primaria de la Salud –si se la considera base de garantía de tal derecho– en los diferentes subsistemas de salud. A lo largo de las últimas décadas, se ha alejado diametralmente de su propuesta original subsumiéndose en un modelo reduccionista, asistencialista y focalizado.

Antes del desarrollo del concepto de Derecho a la Salud, en el seno de los organismos internacionales y también en nuestro país, la cuestión central residía en curar la enfermedad, por lo cual los gobiernos hacían frente a los problemas de salud de los más necesitados y vulnerables desde la condición de beneficencia pública, en tanto aseguraban a los trabajadores para evitar el impacto sobre la productividad y la economía. Posteriormente, el entorno físico y social del hombre adquirió una nueva relevancia dentro de este derecho. La concepción moderna de la salud obligó a un mayor compromiso administrativo y económico por parte de los Estados, respecto de la protección de sus ciudadanos sin tales diferencias.

El dilema es que existen factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de la salud de las personas y en la calidad de vida. Y son muchos los componentes que lo determinan: niveles de pobreza y exclusión, desempleo, educación, acceso a alimentos, agua potable e instalaciones sanitarias,

vivienda, acceso a información, grados de protección social, discriminación por cuestiones de género, raza o edad y hasta la propia inversión en Salud Pública. Quizás el factor más resistente es que la pobreza sigue alta en términos relativos en relación al nivel agregado del PBI per cápita, y además aparece como un déficit asociado de ciudadanía social.

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948): *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar; y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios”*. Por lo cual, si la salud es mucho más que la ausencia de enfermedad, solo los avances en la Medicina, la tecnología y el desarrollo de los sistemas de protección social no alcanzan para que las personas vivan más y mejor. En su Artículo 25, la misma declaración establece que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”* Con esta frase, se resalta el carácter interdependiente e indivisible de los derechos humanos, es decir, no es posible lograr el pleno goce del derecho a la salud, si se está privado de otros derechos básicos. Y esta pasa a ser hoy la cuestión central: cómo hacer efectivo el derecho a la salud en el marco de la ausencia de otros derechos. Mencionarlo es una forma de sintetizar pragmáticamente la gama de libertades y derechos que implica otorgar protección a la salud como derecho fundamental del ser humano. El problema es que su delimitación efectiva resulta poco clara y lleva a zonas grises, en cuanto a la determinación de alcances e implicaciones. De esta manera, resulta constantemente transgredido. Sea por omisión o por ausencia de percepción clara de su ausencia y de la causa que lo determina. Desde que la salud quedó descentralizada, es decir, desde que las provincias se hicieron cargo de su prestación, la fragmentación territorial resultante conspiró activamente para unificar las políticas públicas. De allí la frecuente confusión al pensar que la cobertura universal de salud, como expresión de tal derecho, no deba pasar tanto por mejorar las políticas públicas de prevención, de difusión y promoción, de saneamiento público, de cuidado del medio ambiente y de epidemiología básica para enfrentar y prevenir enfermedades epidémicas, endémicas y de otra índole, sino por optimizar los servicios de atención de salud que se

prestan y sus recursos (materiales y humanos) y las políticas públicas que se adoptan para afrontar la enfermedad declarada y sus efectos sobre los individuos.

¿Se puede hacer exigible el derecho a la salud en una sociedad que cede sus decisiones políticas en la materia a grupos intelectuales que lo relativizan hasta al punto de solo garantizarlo —y discretamente— en el ámbito de las estructuras asistenciales? ¿Es posible aspirar a un modelo de salud universal cuando las estructuras organizacionales responden rígidamente a principios teóricos cristalizados que niegan la universalidad del derecho? Es importante este reconocimiento, si se analizan las conexiones entre los argumentos teóricos en sí mismos y las acciones específicas que adoptan los gobiernos como parte de la temporalidad de sus políticas públicas, y no como parte de la dimensión de una política de Estado. Es cierto que el debate sobre justicia sanitaria siempre ha tomado como referencia la justicia distributiva, pero las cuestiones prácticas han seguido discurriendo entre la validez real que posee considerar a la salud como un derecho humano integral y la interpretación respecto de a qué instancia se debe responsabilizar por tal distribución de recursos, bienes y servicios de salud (al Estado o al mercado).

La naturalización de las desigualdades en salud en la Argentina del siglo XXI

Hemos visto que la Argentina contempla la salud en su Constitución como un derecho social. Pero ni las estadísticas ni sus números relativos reflejan la existencia de mecanismos para hacerlo exigible sin discriminación alguna, que sugieran aspectos de nivelación de la situación social suficientes para sugerir que pueda realmente universalizarse. Garantizarlo es uno de los grandes retos por resolver. Precisamente, en las zonas más pobres, vulnerables y marginadas coexisten dramáticamente enfermedades del rezago epidemiológico vinculadas a la escasez de determinantes básicos, junto con factores de riesgo de enfermedades crónicas, que llevan a que la expectativa de vida de esos grupos sociales sea en promedio un 30% menor que el de los más favorecidos, situación francamente regresiva.

Según sugiere Lara³ (2016): *“La salud se distribuye entre los miembros de una sociedad de una forma determinada, y nada indica que esta distribución pueda ser igualitaria en un momento dado ni que deba tender naturalmente a serlo”*. Pero las desigualdades sociales en salud son visibles y sus diferencias encuentran en flagrante desventaja a los más desfavorecidos. De allí que medir la magnitud de tales desigualdades constituya un elemento central para la identificación de inequidades por pérdida de derechos en el espacio sanitario, teniendo en claro que hablar de desigualdad no es lo mismo que hablar de inequidad, ya que esta última incorpora en su concepto el valor de justicia (OPS, 1998).⁴

El término *desigualdad* hace referencia excluyente a la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre diferentes poblaciones, en función de un factor asociado a la ocurrencia del problema, y sin que en su determinación medie evaluación sobre si su ocurrencia entre distintos grupos es justa o injusta. Por su parte, inequidad en salud según Whitehead⁵ (1991) refiere a las diferencias en salud innecesarias y evitables, pero además consideradas injustas y *“que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de las estructuras sociales fundamentales y de las instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen”* (Krieger, 2002).⁶

Existen dimensiones determinantes en la estructuración de los patrones de desigualdad social, que no se vinculan solo a los ingresos o al nivel socioeconómico. Estas pueden ser de género; las vinculadas al ciclo de vida (especialmente la infancia, la juventud y la vejez) y las territoriales (entre zonas rurales y urbanas y entre distintas regiones de cada país), que con frecuencia se encadenan, entrecruzan y potencian entre sí e impactan en forma particular sobre determinados grupos de la población.

Las múltiples dimensiones de la desigualdad, la pobreza y la vulnerabilidad como primer componente de las diferencias en el Derecho a la Salud y generadoras de inequidad se configuran a partir de la situación social. En una sociedad que en épocas pasadas pareció ser la más igualitaria e integradora de América Latina, la brecha de ingresos ha ido creciendo en forma geométrica al ritmo de la concentración económica. Y la particular distribución de la riqueza ha consolidado una matriz

de tres sociedades, donde las diferencias de expectativas entre hijos de hogares ricos, medios y pobres resultan función de la enorme brecha de capacidades individuales existente entre unos y otros. Esto es producto de la diferente posibilidad de acceder o de mantenerse en las diferentes etapas del proceso educativo, que ajusta selectivamente las posibilidades y oportunidades de obtener un trabajo decente y digno.

Según Evans⁷ (2002) los más ricos, educados, poderosos y sanos de la sociedad tienen una capacidad muy superior para mejorar su propia salud en comparación con los más pobres, y este patrón persiste en el tiempo y en todos los lugares. En la Argentina, si la educación es el instrumento fundamental para enfrentar el círculo de vulnerabilidad –pobreza - enfermedad– no alcanzar el nivel secundario implica contar con una esperanza de vida 9,2 años menor que aquel que lo logra. El país tiene la más baja tasa de graduación del nivel secundario de la región, con solo 50% de los alumnos que completa sus estudios y accede al título. Pero lo más grave respecto del logro educativo es que solo 31% de los alumnos de primer grado del nivel primario logra completar todo el ciclo.

La pobreza mata antes y recorta derechos, y la enfermedad casi siempre acompaña.

Si bien el 32% de pobres que registra el INDEC en 2016 puede significar mucho en números absolutos, el mayor problema reside en la composición social relativa de sus integrantes y en la desnaturalización de sus derechos, entre ellos a la salud. Pero una cuestión es medir la línea económica de pobreza como canasta básica de bienes y servicios a la cual se puede o no acceder a su consumo. Y otra es desagregar e identificar porcentualmente, dentro de este grupo, a los pobres estructurales que han terminado cristalizados en esa posición social y cuya vulnerabilidad socio-sanitaria es exponencial. Son los que, numéricamente desconocidos pero geográficamente identificables en los márgenes urbanos, no solo encuentran dificultades para acceder a un ingreso suficiente para alcanzar dicha línea y lograr una mínima movilidad social ascendente; sus mayores dificultades surgen del daño colateral múltiple que producen los déficits crónicos no resueltos sobre su condición de vida, que los mantiene en un malestar permanente. Carecer de vivienda digna, agua de consumo, saneamiento ambiental básico, de trabajo y

posibilidades de acceder a buenos servicios de salud y educativos son viejos males conocidos y no resueltos que potencian su exclusión y marginalidad. Y los llevan a vivir en los límites de una sociedad que, además, los estigmatiza en el estereotipo del delicto.

El modelo de exclusión a que quedan sometidos –parte de un fenómeno creciente de vida en “*guetos*” aislados y amurallados por barreras físicas artificiales que impiden la integración social– solo ayuda a profundizar su deterioro individual y colectivo. Se transforman en una “*infraclase*” sin valor de mercado y susceptible de “daños colaterales” – como sugiere Zygmunt Baumann– alejada de la posibilidad de consumo y solo visible desde el supuesto “*peligro*” que representan para el resto del colectivo social.

Las oportunidades en salud, las exposiciones a riesgos, la respuesta de la sociedad y los resultados a largo plazo deben analizarse a partir de la comparación entre los diferentes sectores sociales, niveles educativos, ingreso y posición laboral. Más aún cuando cada vez hay ricos demasiado ricos y pobres demasiado pobres. Tener muy bajos ingresos condiciona fuertemente la salud. El 47,4% de los niños de entre 0 y 14 años de todo el país son pobres. En el quintil más bajo se concentra el 30% de las muertes infantiles menores de un año, contra el 15% del más alto (Torres, 2016).⁸ Y la elevada carga de morbilidad, causante de índices negativos de mortalidad prematura, se debe en gran parte a las condiciones en las que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

Aunque no se pueda definir con precisión en términos de causalidad directa, la relación entre pobreza, salud y capacidades futuras genera diferencias y desigualdades de clase y puede correlacionarse en forma científicamente evidente. Usar o no el cerebro tempranamente durante la infancia provocará que las conexiones neuronales se fortalezcan o reduzcan, condición que variará dramáticamente en función de las características económicas y sociales de las familias. Precisamente tales características pueden usarse como una lente a través de la cual es posible analizar el patrón de desarrollo cerebral en niños y jóvenes. Estudios desarrollados en la Universidad de Carolina del Sur por Immordino-Yang (2016)⁹ señalan que las relaciones e interacciones con el medio y los de-

terminantes actúan modelando áreas del cerebro que controlan el comportamiento humano (por ejemplo la habilidad de concentrarse en algo) e impactan en el resultado educativo (como aprender a leer). Y también aparece demostrada la conexión directa entre el sistema de respuesta al estrés y el desarrollo cerebral. Cuanto menor sea el nivel económico y social de los padres, mayores las posibilidades de sufrir del estrés condicionado por la situación de salud o de ingresos, y transmitirlo a sus hijos en la forma de relaciones conflictivas o falta de relacionamiento.

Las manifestaciones de la pobreza, junto a la modalidad con que la sociedad estigmatiza y trata a las minorías pobres pueden tener un efecto devastador. Si ser pobre y estar expuesto a la violencia social que rodea su contexto estructural es inherentemente estresante, existirá naturalmente un cambio en las estructuras cerebrales. Las neuronas se activarán de forma diferente y se alterarán las sinapsis. Y esto interferirá con el desarrollo de las capacidades de los adolescentes para planificar, establecer metas, tomar decisiones morales y mantener su estabilidad emocional. Se vuelve urgente enseñar a los niños que crecen pobres a enfrentar el estrés del contexto de la pobreza desde edad temprana. Incluso si su basamento neuronal es débil como consecuencia de la adversidad generada desde el contexto.

Las desigualdades regionales más marcadas en la Argentina se observan en el NOA, NEA y los cinturones periurbanos, donde reside el mayor porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas -NBI- y carencia de determinantes. Algunas de las provincias con menor nivel de recursos sanitarios y de gasto per cápita en salud (Formosa, Chaco, Corrientes) mantienen la brecha sanitaria y la inequidad relativa con el resto desde hace más de dos décadas. Por ejemplo, la brecha de mortalidad materna es de 8 puntos entre las 24 provincias y las diferencias entre nacer en CABA o en Chaco o Formosa es de 6 años en términos de esperanza de vida (Torres, 2016)¹⁰. También es observable que, tomando como indicador el número de muertes anuales de menores de un año a nivel país, el 38,7% de las mismas tenga lugar en la provincia de Buenos Aires y el 28,5% en el conurbano bonaerense, donde las situaciones de inequidad por vulnerabilidad social resultan similares a las de las provincias más retrasadas en materia sanitaria.

Otro elemento diferencial en cuanto a desigualdades en salud, vulnerabilidad social y conductas preventivas surge de la Encuesta de Factores de Riesgo (EFR) efectuada en 2009. En 14 provincias (NOA, NEA, Cuyo y Mesopotamia), entre el 50 y el 63% de las mujeres encuestadas no registraba mamografía efectuada en los últimos dos años, las cifras fueron mayores en el grupo de menores ingresos. En quienes no tenían instrucción primaria, el porcentaje subía al 76,4%. Por su parte, en Santiago del Estero, Tucumán, Catamarca, Misiones y Corrientes, entre el 52 y el 60% de mujeres mayores de 18 años tampoco tenían papanicolau efectuado en igual período. Entre quienes sufren un infarto agudo de miocardio, los que poseen menos instrucción registran dos o más posibilidades de morir a menor edad.

El segundo componente que ha contribuido a perpetuar las diferencias y cristalizar las desigualdades en el campo sanitario tiene su foco en la fragmentación y segmentación progresiva del sistema de salud argentino a lo largo del tiempo, además de los aspectos vinculados a la organización jurídica territorial del país federal y a los procesos de retención histórica de responsabilidades en salud por parte de las jurisdicciones provinciales. La transferencia de servicios asistenciales, como resultado de la serie de reformas del Estado y también sociales y políticas de los años 90 –donde la descentralización como estrategia para superar las falencias derivadas de la decisión y gestión concentrada se transformó en idea de fuerza– con antecedentes en los años 60, potenció las diferencias de cobertura y la dificultad de coordinar políticas.

La estructura sanitaria transferida, sin el correspondiente financiamiento nacional por vía de la coparticipación ni ley que lo considerara, quedó en manos exclusivas de las provincias, que pasaron a gestionar el 67% del gasto público puro en salud, en el contexto de sus históricas diferencias y debilidades presupuestarias, en tanto el aporte nacional apenas supera el 19%.

Los gobiernos provinciales al adquirir autonomía en el campo sanitario, sin el diseño de un marco de rectoría, articulación de políticas, compensaciones territoriales y gobernanza integral del sistema, desdibujaron progresivamente el peso relativo del Ministerio nacional. Esto ha profundizado la fragmentación del sector público respecto del modo

de decidir, financiar y gestionar los recursos asistenciales, y se alejaron cada vez más de la integralidad necesaria para mejorar el estado de salud colectivo y reducir diferencias de accesibilidad, oportunidad y calidad de atención según dónde se viva, qué tipo de cobertura se posea y cuánto dinero se disponga para erogar de bolsillo. Asimismo, al no poder conciliarse una política de Estado en salud, las eventuales diferencias políticas entre las jurisdicciones y el poder central se han transformado en otro dato a tener en cuenta en relación con la heterogeneidad del sistema en su conjunto.

El tercer componente de la desigualdad reside en el propio avance de la ciencia médica respecto de la ampliación de la cantidad y calidad de vida. Este progreso en las condiciones de salud tampoco ha llegado a ser distribuido en forma homogénea en la sociedad, ni dentro del país ni entre sus diferentes regiones y geografías. Existen inequidades en materia de salud referidas a disparidades en la atención que se consideraran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias. Especialmente en lo referente a innovaciones en tecnología y medicamentos, que permiten dar respuesta a enfermedades de alta mortalidad histórica, que hoy pueden hacerse crónicas, y acompañar a las personas a lo largo de todo su ciclo vital.

La medicalización acentuada del sistema, el peso del marketing de nuevos productos –muchos de ellos de relación no comprobada costo-efectividad– sobre pacientes y médicos y la mayor disponibilidad de información (muchas veces inadecuada) por parte de la población, expone a la lógica del mercado las posibilidades terapéuticas. Cuando el alto costo de alcanzarlas se ve limitado por lo insostenible de su financiación por parte del sistema en cualquiera de sus componentes, o por las propias personas, se relativiza el derecho a la salud. En este caso el derecho a la atención médica. Y surge la inequidad. Quien más necesita no siempre tiene a su alcance más recursos si estos se concentran en pocos pacientes, sin efectividad comprobada y con el costo de oportunidad de la habitual escasez. Es probable, entonces, que muchos pacientes bajo tratamientos de alta efectividad no puedan recibir cobertura completa para atender su enfermedad, o en algunos casos ni siquiera logren cobertura, en el mismo tiempo cronológico en que otros la encuentren garantida.

Si lograr accesibilidad garantizada a la atención médica para todos –sin diferencias y con similar nivel de calidad y oportunidad en los cuidados– no es una simple medida utilitarista frente a su costo probable, sino un acto de estricta justicia social, la construcción de derechos deberá basarse en otorgar iguales respuestas asistenciales garantizadas frente a iguales necesidades verdaderas.

Los desafíos para la materialización del derecho a la salud

La Argentina quiere, y requiere, materializar los alcances del derecho a la salud en forma universal. Las condiciones para avanzar con éxito hacia ese desafío implican aprovechar las experiencias del pasado, modificar el presente y, al mismo tiempo, anticiparse al futuro.

Los cambios políticos, económicos y sociales que discurren a lo largo de la primera parte del siglo XXI se hacen cada vez más rápidos y profundos y obligan a definir un sendero de reformas que posibiliten mejorar las oportunidades sociales, resolver los problemas derivados de la trampa de la pobreza, ampliar la cobertura en salud, extender la protección financiera otorgada por la seguridad social en nuevos modelos mixtos de protección social contributivos y no contributivos y formar recursos humanos competentes. Es necesario enfrentar de una vez y seriamente, en el mediano y largo plazo y en el campo sanitario, tanto la problemática de los determinantes sociales como la abrumadora vetustez de una gestión sanitaria burocrática, desequilibrada institucionalmente y desordenada operativamente.

Una sola de las cuestiones no resuelve la otra, ni desde el pensamiento reduccionista de la capacidad instalada y la tecnología ni desde la simpleza intelectual de la pobreza cero. El fracaso en resolver las inequidades y evitar su cristalización reside en una manera errada de entender la política social como un elemento compensador de los vaivenes de la política económica propia de los mercados emergentes. Si el crecimiento económico es insuficiente para alcanzar a los sectores más postergados y vulnerables porque el efecto derrame no ocurre, es necesario que el Estado se vuelva activo en mejorar la inversión en

educación y salud y en resolver las cuestiones del entorno social que neutralizan la idea de igualdad.

No hay proceso de integración social sin participación de la sociedad y sin exclusiones en la generación de políticas que se edifiquen desde la concepción de ciudadanía y oportunidades y no se reduzcan a paliativos temporales que solo contribuyen a cristalizar el malestar social. Como tampoco hay posibilidades de alcanzar una adecuada cobertura de salud si los lineamientos teóricos para ello son productos originados en grupos de poder o élites científicas, sin participación de los actores del sistema sanitario, incluyendo la propia comunidad. Lejos ha quedado Alma Ata y su principio de participación social, esterilizado por el pensamiento de las aristocracias sanitarias y los gobiernos autoritarios. Si la principal problemática del acceso a los servicios de salud está en las notorias diferencias de oportunidades, razón de su baja efectividad y no en cuestiones de recursos financieros, la respuesta debe ser de política sanitaria. La política de salud, como construcción social, requiere consensos. Y su traducción en pactos, para alcanzar jerarquía de una auténtica política de Estado.

La experiencia internacional de comparar sistemas y políticas en salud aporta dos reflexiones importantes: por una parte, sobre la necesidad y conveniencia de avanzar hacia pactos políticos amplios para el área de salud, que enfatizen objetivos más que instrumentos para lograrlos. Por otro, identificar aquellas cuestiones técnicas que se reconocen como ejes críticos, destinados a lograr pasos intermedios de alto impacto y que representan todas las visiones por diversas que estas sean.

Precisamente, el creciente interés suscitado por alcanzar una salud basada en derechos se ha intensificado en los últimos tiempos a partir de debate originado por la Cobertura Universal de Salud (CUS). Como bien sostiene Wagstaff (2016):¹¹ *“El problema es que la extensión de cobertura no es igual para todos. Las personas que están fuera de un sistema (aquellos con menos recursos) deben pagar más de su propio bolsillo que quienes sí pertenecen (los más ricos o asegurados). Es decir que, en realidad, no se necesita una cobertura universal, sino más bien lo que podría definirse como una amplia cobertura para todos”*. (*Deep Coverage For Everyone*, DCFE). Conceptualmente, la CUS tie-

ne que ver con equidad: vincular atención con las necesidades y no con la capacidad de pago ni con la disponibilidad de un seguro. También se trata de protección financiera: garantizar que la atención necesaria que reciba una persona no deje a su familia en la pobreza. Y de calidad de la atención: garantizar que quien provee servicios haga el diagnóstico correcto y aplique un tratamiento adecuado y efectivo.

La protección social en salud puede garantizarse sobre la base de un avance progresivo hacia la implementación de la CUS. Para la OPS, una no es excluyente de la otra, sino que resultan partes funcionales de una misma dinámica y prácticamente coincidentes. ¿De qué se trata, en definitiva? De procurar que más allá de la cobertura teórica, cualquier persona, independientemente de su condición social, tipo de protección (pública, de seguros sociales o privada), del nivel de ingresos (rico o pobre) y del lugar del país en donde resida pueda hacerla efectiva y acceder sin diferencias ni barreras a servicios públicos o privados integrales y de calidad, a lo largo de su vida y sin que medie para ello una erogación que lo empobrezca.

El impulso a la Cobertura Universal de Salud, nuevo concepto motorizado por la OPS, le otorgó un foco renovado al peso de los determinantes sociales de la salud, y también al compromiso de otros sectores de la sociedad civil para promover la salud y el bienestar. En Octubre de 2014, un año después de la incorporación del documento de Protección Social en Salud los Estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reunidos en su 154° Consejo Directivo, aprobaron la Estrategia Regional para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud y las Implicaciones de la Resolución del 53° CD de OPS para el Fortalecimiento y Transformación de los Sistemas de Salud de los países de la Región.¹² El documento mencionado cuenta con cuatro líneas fundamentales de acción:

- Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrado en las personas y las comunidades.
- Fortalecer la rectoría y la gobernanza del sistema.
- Aumentar y mejorar el financiamiento sin gasto de bolsillo, con equidad y eficiencia.

- Actuar intersectorialmente para abordar con mayor efectividad los determinantes sociales.

La estrategia de Cobertura Universal de Salud viene siendo utilizada de esta manera por diferentes países para incorporar todos los intereses estratégicos en salud bajo un paraguas programático de tipo inclusivo. En el ámbito latinoamericano, todas las normativas legales y constitucionales hacen énfasis en el derecho a la cobertura de salud, condición que usualmente procuran otorgar con carácter de universalidad a toda la población a través del subsector público de servicios. El nudo del problema es que la “cobertura legal” no posee aún los mecanismos adecuados para permitir su cumplimiento efectivo, con lo cual la accesibilidad real se ve claramente restringida a nivel de la práctica habitual a un “acceso universal a listas de espera y colas para atención”. Es evidente que seguirá habiendo filas de espera, que solo podrán resolverse en la medida en que se mejore la cobertura y se optimice la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, y se diseñen estrategias para priorizar actividades de mayor impacto en la carga de enfermedad, al mismo tiempo que se reduzcan las diferencias de oportunidades de resolución de patologías simples y complejas según tipo de cobertura.

¿Qué se entiende por universal? Su concepto es de tal amplitud que obliga a establecer la necesidad del involucramiento de Estado, la iniciativa privada y la sociedad como parte de ella.

¿Y qué se entiende por cobertura? Corresponde a la disponibilidad de servicios de atención de la salud de cualquier característica, en el momento en que este sea necesario.

La cobertura de salud se define entonces como “*la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento*”. Por su parte, acceso universal se define como “*la ausencia de barreras geográficas, económicas, socioculturales, de organización o de género*”.

El acceso universal se alcanza con la eliminación progresiva de cualquier obstáculo que impida a las personas utilizar los servicios de salud integrales establecidos en el nivel nacional, en forma equitativa.

Por lo tanto, para avanzar hacia la cobertura universal, los sistemas de salud deben adaptar sus estructuras y fórmulas de organización, con el fin de poder generar recursos, producir más acciones de promoción y prevención, financiarlas y ejercer plena rectoría. Y si se quiere enfrentar seriamente las causas de la pobreza, una condición ineludible es invertir en Salud Pública. Este proceso es complejo, ya que debe hacerse a partir de la diversidad, es decir, promoviendo el consenso de un sinnúmero de actores en un ámbito de conceptos claros: integrador, conceptualmente regulado y orgánico en sus posiciones y decisiones.

Quizá la mayor debilidad radique en los países con fuerte segmentación y fragmentación, donde hay múltiples actores federales y estatales, públicos y privados y diversos niveles jurisdiccionales que no comparten reglas del juego comunes y tienen serias dificultades para colaborar entre sí. El problema fundamental del sistema de salud argentino es que integra verticalmente a los diferentes grupos sociales (pobres e informales, asalariados y de alto ingreso) pero los segrega horizontalmente en subsistemas separados. Avanzar hacia la cobertura universal y al mismo tiempo otorgar condición de *derecho* a la salud implica, además de no perder de vista los determinantes sociales, reconocer quién está cubierto, con qué tipo y nivel de servicios, y con qué forma y magnitud de contribución financiera. Y conceptualmente, tener claro que la CUS no es un fin en sí misma, sino un medio para lograr mejores y más homogéneos niveles colectivos de salud.

Ahora bien, parecería que la sigla CUS en Argentina se conceptualiza como la formalización de un sistema de aseguramiento para 15 millones de personas que no poseen ni trabajo formal ni ingresos para comprar medicina privada desde el concepto de “cobertura” posible, desplazando de la discusión la cuestión central del “derecho efectivo” como acción concreta, y volviendo a un sistema de salud cada vez más asistencial y menos preventivo. Se termina transformando el derecho a la salud en derecho a la atención de la enfermedad, término no asociado y bajo el cual tampoco queda garantizado a que atención se refiere. En tal dirección parecen inscribirse los más recientes anuncios relacionados con la así proclamada Cobertura Universal en Salud (CUS) impulsada por el Ministerio de Salud de la Nación a través del Decreto 908/2016.

También, en la propuesta de ley de creación de una Agencia de Evaluación de Tecnología, en uno de sus artículos se lee claramente la posibilidad de una reformulación del denominado Programa Médico Obligatorio que aplican los seguros sociales y privados de salud y la aparición de una “canasta básica de servicios”, que por definición será acotada para los sectores de bajos ingresos que carecen de seguros y resuelven sus problemas asistenciales en la esfera pública. ¿Esa canasta excluirá prácticas de salud que hoy existen?

Si esto es así —lo que no queda claro— se limitarán derechos. Precisamente en el siglo XXI cuando los principios de equidad y derechos humanos determinan la necesidad de luchar por la igualdad de oportunidades de salud para los grupos de personas que han sufrido o sufren marginación o discriminación (Braveman y Gruskin, 2003). Con lo cual, además de acentuarse la desigualdad de oportunidades, se potenciarán las inequidades que ya posee el sistema. El concepto de la equidad en salud implica que, en una situación ideal, todas las personas deben alcanzar un grado máximo de salud y no caer dentro del *gradiente social* que se configura en razón de desventajas por razones de posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. De allí que las estrategias para la promoción de la equidad social en la salud se dirijan a la creación de oportunidades y a la eliminación de barreras para que todas las personas alcancen el derecho a un grado máximo de salud. Y esto implica una distribución equitativa de los recursos necesarios para la salud, garantizar un acceso igualitario a las oportunidades disponibles y la misma prestación de apoyo a las personas enfermas.

Si desde el punto de vista colectivo los derechos pueden plantearse como obligaciones del Estado, que para lograr una situación de equidad debe procurar dirigir particularmente su accionar hacia los grupos con mayores desventajas, el sentido de la CUS y de la norma legal mencionada va en sentido inverso. ¿No estaremos cayendo en la trampa de los derechos progresivos, o sea, servicios mínimos focalizados que deben garantizarse a los ciudadanos más vulnerables y más pobres, en tanto las metas resultan alcanzables en función del tiempo futuro?

Como señala la Dra. Carissa Etienne,¹³ directora de la Organización Panamericana de la Salud: “Cada país tiene que seguir su propio cami-

no hacia la cobertura universal de salud, según su contexto histórico, social y económico, promoviendo un gran diálogo social". Esto exige liderazgo de gobiernos que pongan en la agenda pública la necesidad de avanzar en ese sentido, para dar inicio a procesos de negociación y consenso y a formular, propulsar y sostener políticas públicas de Estado en salud prolongadas en el tiempo. La propia Organización Mundial de la Salud ha señalado que algunas de las experiencias más exitosas de transformación de los sistemas de salud hacia la cobertura universal han sido sustentadas por un debate y diálogo abiertos en los que participa toda la sociedad.

Renovar la salud y su derecho en su dimensión más amplia requiere generar un consenso positivo respecto de cambios que formen parte de una Política de Estado y no de un gobierno, y sean sustentables en el tiempo. Comenzar reconociendo que un sistema de salud es un espejo de valores sociales que lo transforman en una dimensión política. De allí que requiera de consensos básicos, de coordinación entre jurisdicciones, de inversión económica, de leyes y de políticas que permitan ofrecer una mejora de la salud y la calidad de vida de la población de manera ciertamente universal, estable, gradual, progresiva y extendida en el tiempo. Y al mismo tiempo avanzar en políticas sociales que procuren resolver las desigualdades económicas que existen en nuestro país, fuertemente relacionadas con los tipos de enfermedad que cada grupo social enfrenta.

Resulta irracional y caprichoso oponerse por cuestiones principistas a los cambios y las innovaciones. Pero no son permisibles cualquier tipo de medidas deliberadamente regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud. Si así lo fuera, corresponde al Estado demostrar por qué se han aplicado, cual es el motivo por el cual se descartan todas las alternativas posibles, y cuál es la justificación política y social de tales medidas. Sin perder de vista que el nudo gordiano de la salud reside en los problemas derivados de la situación social, algo que Virchow (1821-1902) definió en 1848 cuando expresó: *"Los determinantes sociales de la salud y la enfermedad son asuntos políticos y la política es medicina en alta escala"*.

Bibliografía

1. Márquez, F., *Frases célebres*. Madrid: EDIMAT libros, 2000:324
2. Rosanvallon, P., *La nueva cuestión social. Repensar el Estado providencia*, Manantial; Buenos Aires; 1995.
3. Lara, Maria I.; Desigualdades socioeconómicas en morbilidad, Proyectos SECTyP 2009 – 2011, Facultad de Ciencias Económicas Universidad de Cuyo, 2011.
4. Organización Panamericana de la Salud. *Inequidades en la situación de salud, acceso y gasto en atención de salud*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
5. Whitehead, M., (1990). *The concepts and principles of equity and health*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414; Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD_414.pdf.
6. Krieger, N., (2003). “Genders, sexes, and health: What are the connections and why does it matter?”, *International Journal of Epidemiology*, 32, 652-657. Recuperado de <http://ije.oxfordjournals.org/content/32/4/652.full>
7. Evans, T., Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. *Publicación Científica y Técnica* Nro. 595; OPS y Fundación Rockefeller. Washington DC; 2002.
8. Torres, R., *Política Sanitaria en el país de los argentinos. Reflexiones para el día después*, ISALUD; Grupo 1; 2015.

9. Immordino-Yang, Mary H., Citado en *Newsweek*; Recuperado de <http://www.newsweek.com/2016/09/02/how-poverty-affects-brains-493239.html>
10. Torres, R. Op.Cit
11. Wagstaff, A.; *Cobertura universal de salud: ¿Un producto viejo en un nuevo envase? Si así fuera, ¿es eso tan malo?* Recuperado de <http://blogs.worldbank.org/voices/es/>
12. OPS. 154 Sesión del Comité Ejecutivo. Washington; EUA; 2014.
13. Braveman, P. & Gruskin, S. *Defining equity in health; J Epidemiol Community Health*. 2003 Apr; 57(4): 254–258. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732430/>
14. Tomado de CIESS. <http://www.ciess.org/index.php?id=cobertura-universal-en-salud-y-seguridad-social>

Capítulo 2

El derecho a la salud en la legislación argentina: protección de la salud de poblaciones vulnerables

Oscar Ernesto Garayⁱ

1. Introducción

El derecho a la salud, a la luz de los milenios de historia de la humanidad, es un derecho humano de reciente aparición. Las revoluciones francesa (1789) y norteamericana (1776) defendieron derechos inalienables como la libertad, la propiedad y el derecho a la vida.ⁱⁱ Recién después de la Segunda Guerra Mundial, en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948)ⁱⁱⁱ se estableció como derecho humano de toda persona, el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*^{iv} (1er. Párrafo) y que *“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”* (2do. Párrafo). Los dos preceptos se interrelacionan. El primero da una noción de la salud física, mental y social; el segundo, prescribe que se trata de un derecho humano igualitario, pero, ajusta su dimensión y limita el alcance del grado máximo de salud que todo ser

i - Abogado UBA. Magister en bioética Bioética y derecho Derecho por la Universidad de Barcelona.

ii - Derechos estos de los llamado de los denominados de la primera generación de los DDHH; el derecho a la salud aparece con la camada de los derechos humanos de segunda generación.

iii - La Constitución de la OMS, formulada en 1948, fue reformada en 1977, 1984, 1994 y en el 2005.

iv - De manera semejante, el protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales —Protocolo de San Salvador— (El Salvador, 1988), aprobado por la ley 24.658/1996, expresa que *“Toda persona tiene Derecho a la Salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.

humano pueda lograr, habida cuenta de las circunstancias que impiden aplicar estrictamente aquel primer enunciado (dolencias congénitas, secuelas graves de enfermedades o accidentes, etcétera).^v

En la construcción –evolución del Derecho Internacional de los DDHH (En el segundo cincuentenario del siglo xx)–, el derecho a la salud aparece reconocido en los siguientes instrumentos normativos: Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 (Art. 25);^{vi} el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966 (Art. 12)^{vii, viii}; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, 1965 (Inciso iv] del apartado e] del artículo 5º); y, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979 (Art. 12).^{ix}

Luego de una primera etapa en que el Derecho Internacional de DDHH regulase en términos generales sobre los derechos fundamentales de la persona (la Declaración Universal de 1948 y los Pactos de Derechos Civiles y Políticos y Económicos, Sociales y Culturales de 1966), se elaboraron normas protectoras de los derechos humanos (el derecho a la salud inclusive), de poblaciones específicas: de las mujeres, de los niños y niñas y de los discapacitados.^{x, xi}

v - Blanco, Luis Guillermo, “El concepto de salud del ordenamiento jurídico argentino”, en Cuadernos de Bioética: <http://www.bioetica.org/cuadernos/bibliografia/blanco.htm> (Acceso: 02/11/2016).

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

vii - En virtud del párrafo 1º del artículo 12 del Pacto, los Estados Partes parte reconocen “*el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*”, mientras que en el párrafo 2º del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas “*medidas que deberán adoptar los Estados p Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho*”.

viii - En relación al Pacto referido, en mayo de 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado de supervisar la aplicación del Pacto, adoptó la observación general N° 14 sobre el derecho a la salud.

ix - Más abajo, en el texto, citamos otras normas del Derecho Internacional de los DDHH aplicables a situaciones especiales.

x - Falta que la ONU expida normas protectoras de los DDHH de las personas mayores y de la diversidad sexual.

xi - En el derecho interno ocurrió de manera similar: primero se legisló en términos “universales” y posteriormente, se regularon las situaciones particulares.

El derecho constitucional argentino, por su parte, ampara el derecho de marras mediante una doble vía: implícita (Art. 33 C.N.) y explícita (Art. 75, Inc. 22 C.N.).^{xii} A su tiempo (post recuperación de la democracia en 1983), los textos constitucionales provinciales tuvieron la expresividad normativa de reconocimiento del derecho a la salud que no supo o no quiso darle el convencional constituyente de 1994.

La normativa infraconstitucional de naturaleza sanitaria, por otro lado, se generó a lo largo del siglo xx, hasta llegar a estos primeros años del siglo xxi, conforme el marco sociocultural y jurídico imperante (en cada momento histórico) en la sociedad argentina. En la centuria pasada predominó una cultura conservadora, paternalista, patriarcal y autoritaria. En el ordenamiento jurídico, el centro de las normas era constituido por el patrimonio, por la propiedad. Ergo, en la legislación sanitaria (que se nutría de esas fuentes), la persona humana era situada en los bordes, en la periferia; en la médula de la normativa se constituían otros bienes: el hospital, los medicamentos, las obras sociales, etc. Empero, la sociedad argentina evolucionó (en paralelo a las sociedades del mundo occidental) primero en una sociedad democrática, luego en receptora de los derecho humanos, y en nuestros tiempos, es una sociedad con mayor contenido filosófico, cultural y vivencial de los valores democráticos y pluralistas. Con fuentes en la Constitución Nacional y en el Derecho Internacional de los DDHH, la “nueva” legislación sanitaria se fundamenta en los valores: dignidad, libertad e igualdad y emplaza a la persona humana en el centro de la legislación en salud: por ejemplo, en las normas que legislan sobre salud sexual y reproductiva, reproducción médicamente asistida, derechos de los pacientes, muerte digna, identidad de género.

Después de esta (muy) breve conceptualización introductoria sobre el derecho a la salud, a continuación vamos a explicar cómo regula la legislación sanitaria respecto del derecho a la salud en relación a poblaciones vulnerables, organizando la exposición conforme patrones diferenciales: 1) salud de la mujer; 2) protección del menor en el ámbito de la salud; 3) derecho a la salud de la persona mayor; 4) salud y disca-

xii - El Art. 75, Inc. 22 CN le otorga Jerarquía Constitucional a una serie de Normas del Derecho Internacional de los DDHH que reconocen el derecho humano a la salud.

pacidad; 5) salud mental; 6) diversidad sexual; 7) derecho a la salud de los pueblos originarios; 8) atención de la salud de los migrantes.

2. Mujer y salud

El siglo xx fue el tiempo de la indignidad para la humanidad toda, porque la realidad, triste e incontrastable nos demostró que fueron permanentes y atroces las violaciones de los derechos fundamentales de la persona humana.

En el caso de las mujeres, las violaciones de los DD.HH. fueron tan constantes y profanadoras de su dignidad, que obligó a las Naciones Unidas tanto a expedir los instrumentos internacionales que reconocieran sus derechos, como a instrumentar las garantías para su eficaz protección. Como fruto de la realidad irrefutable (de sometimiento, violación y discriminación de la mujer en el mundo), en el año 1979 se aprobó en la ONU la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, a partir de la cual la expresión “discriminación contra la mujer” denota toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas políticas, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera. (Art. 1°).

La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, conocida como C.E.D.A.W. por sus siglas en inglés constituyó la culminación de una zaga de ingentes esfuerzos internacionales para proteger y promover los derechos de las mujeres en todo el mundo. En un cuerpo único se concentraron las normas que articulan la igualdad de derechos entre varones y mujeres. De esta manera, los Estados signatarios acordaron “adoptar todas las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra las mujeres y garantizar sus derechos humanos”.^{xiii}

xiii - Como Reglamentario de la Convención, se expidió el “Protocolo facultativo de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” (ONU, 1999 —entró

En la Argentina, se sancionó la ley 26.485 de “Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales”,^{xiv} la que simboliza una nueva manifestación legislativa en el abordaje de la compleja problemática en la que se encuentra la mujer en sus relaciones interpersonales, fruto de un paradigma cultural que viene desde antaño y que, más allá de los cambios sociales operados, persisten en muchas ocasiones.^{xv, xvi}

Acorde con los cambios socio culturales producidos en la sociedad (por ejemplo, la violencia de género se ha visibilizado y es repudiada por la sociedad —la misma que antes la generó y acogió en su seno—), el Código Civil y Comercial de la ley 26.994 establece un régimen de los derechos civiles igualitarios, sin discriminaciones basadas en el sexo, y protector de los derechos de la mujer.^{xvii}

en vigor el 22 de diciembre de 2000—). La C.E.D.A.W. reforzaba la titularidad de la mujer sobre los derechos humanos que anteriormente la DUDH había reconocido para todos los miembros de la familia humana. Pero existía aún otra cuestión cultural que afectaba y afecta la dignidad y la salud de la mujer: la violencia que se ejerce contra ellas. Violencia contra la mujer que motivó se expidiera la “Convención Interamericana para Prevenir Sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer”, “Convención de Belém do Pará” — Comisión Interamericana de Derechos Humanos — Organización de los Estados Americanos (Aprobada en Belém do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994, en el vigésimo cuarto período ordinario de sesiones de la Asamblea General).

xiv - La ley 26485 fue reglamentada por el Decreto 1011/2010 - (P.E.N. —B. O. 20/07/2010—).

xv - Cultura patriarcal (machista) y paternalista que, en el siglo pasado, fue el caldo de cultivo propicio para el sojuzgamiento de la mujer y la negación de sus derechos; como de la invisibilización de la violencia de género; a ésta se la veía como naturalizada en la relación de sometimiento social que la mujer mantenía con el hombre, a partir del patrón simbólico instituido culturalmente por el varón; éste detentaba los derechos y la mujer era una cosa o propiedad a su disposición.

xvi - No obstante, en una lucha titánica contra el sistema instaurado (por los hombres), la centuria pasada mostró a la mujer ganando sucesivos espacios que con justicia equiparan su status al del hombre. Declaraciones internacionales, tratados, previsiones coincidentes en los textos de las constituciones, interpretaciones sustanciales de los tribunales superiores de justicia salen al cruce de discriminaciones o bloqueos al igual acceso a las carreras científicas, políticas, diplomáticas, docentes, empresariales, culturales y al brillante protagonismo en las artes, la música o las letras, que marcan esa notable evolución. La cual resalta la calidad propia habilitada por el talento, la excelencia de su formación y experiencia que, legítimamente, le abren los caminos y jerarquías. No obstante esto último, la realidad social nos muestra patente la desconsideración de la mujer, que pasa por uno de sus momentos peores, respecto de la violencia y mal trato, vejámenes y asesinatos de que son víctimas en su vida doméstica (matrimonio, relaciones de pareja o demás manifestaciones que adoptan hoy las variedades de esas relaciones). (Morrello, Augusto M. Morrello, La dignidad de la mujer, Publicado en: La Ley LEY 2004-C, 1564).

xvii - Ampliamos sobre: la mujer y la titularidad de los derechos humanos, la igualdad de género, el derecho a la salud de la mujer, la legislación sanitaria aplicable a la mujer, entre otros temas,

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, por medio de la observación general N° 14/2000 en el apartado 21, sobre “La mujer y el derecho a la salud” sostuvo que *“Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos.”* xviii

En la legislación sanitaria reciente se destacan normas que articulan a la mujer como centro del objeto protectorio de regulación; se destacan las siguientes:

- Ley 25929. Derechos de toda mujer en relación con el embarazo, trabajo de parto y postparto.
- Ley 26369. Realización del examen de detección del estreptococo Grupo B Agalactiae a todas las embarazadas con edad gestacional entre las semanas 35 y 37.

en Garay, Oscar Ernesto, *Tratado práctico de la Legislación sanitaria*, T° I, Ed. La Ley, Buenos Aires, 2012, pps. 281 y ss.

xviii - Cabe tener en cuenta, también, la Recomendación General N° 24 expedida por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW): “La mujer y la Salud”, 02/02/1999; en la cual, por ejemplo, se hace mención a factores diferenciales de la mujer respecto del hombre: biológicos, socioeconómicos, psicosociales.

- Ley 25673. Programa nacional de salud sexual y procreación responsable.
- Ley 26130. Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica.
- Ley 26150. Programa nacional de educación sexual integral.
- Ley 26743. Establécese el derecho a la identidad de género de las personas.

Queda demostrado que la legislación en salud cada vez más se hace cargo de legislar de manera diferenciada, según el género, teniendo en cuenta los aspectos biológicos y psicológicos.

3. Protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la salud

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), en su artículo 25 se refiere al niño como poseedor de “derecho a cuidados y asistencia especiales”. En 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre los Derechos del Niño, que reconoce derechos como el de no ser discriminado y el de tener un nombre y una nacionalidad. También consagra en la práctica los derechos de la infancia a la educación, a la atención de la salud y a la protección especial. En 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Convención sobre los Derechos del Niño.^{xix} Convención que en su Art. 24 declara: “*Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.*”

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado de supervisar la aplicación del PIDESC, adoptó la observación general N° 14 (2000) sobre el derecho a la salud, en la cual estatuyó un apartado titulado (el derecho a la salud de) “Los niños y adolescentes”.^{xx}

xix - Internalizada en el ordenamiento jurídico argentino por medio de la Ley 23.849. Aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño. (Publicada en el Boletín Oficial el 22/10/1990).

xx - Observación General N° 14: “22. En el apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 se pone

El artículo 75 Inc. 23, Constitución Nacional, entre las atribuciones del Congreso, establece la de legislar y promover medidas de acción positivas para garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos, especialmente respecto de niños, mujeres y ancianos.^{xxi}

Sin lugar a dudas, la preservación de la salud genera obligaciones positivas y no solo negativas o de simple abstencionismo estatal. Se ha añadido la obligación de dar y hacer lo necesario para proteger la salud, como así también para promoverla en beneficio de las personas mediante el despliegue de prestaciones y medidas de acción positivas. En este orden de ideas: a) el derecho a la salud ligado a la protección social colectiva y a su carácter de necesidad relevante debe ser protegido por el Estado como obligación activamente universal, impostergable

de manifiesto la necesidad de adoptar medidas para reducir la mortalidad y la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños. En los ulteriores instrumentos internacionales de derechos humanos se reconoce que los niños y los adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a centros de tratamiento de enfermedades (17). En la Convención sobre los Derechos del Niño se exhorta a los Estados a que garanticen el acceso a los servicios esenciales de salud para el niño y su familia, incluida la atención anterior y posterior al parto de la madre. La Convención vincula esos objetivos con el acceso a la información, respetuosa del niño, sobre prevención y fomento de la salud y la prestación de ayuda a las familias y comunidades para poner en práctica esas medidas. La aplicación del principio de no discriminación requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a una alimentación adecuada, un entorno seguro y servicios de salud física y mental. Es preciso adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas, entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones (18). Es preciso dar a los niños con discapacidades la oportunidad de disfrutar de una vida satisfactoria y decente y participar en las actividades de su comunidad. 23. Los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

xxi - Art. 75, Inc. 23:

— [Igualdad de Posibilidades] ““Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad”.” Art. 75, Inc. 23 —primer párrafo—).

—[Protección del Niño y de la Madre] ““Dictar un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y el tiempo de lactancia”.” (Art. 75, Inc. 23 —Segundo párrafo—).

y de inversión prioritaria; b) el derecho a la salud requiere de medidas adecuadas para su protección; c) el acceso a un nivel de prestación garantiza el goce efectivo del derecho constitucional a la salud.

En este sentido, el Congreso Nacional ha sancionado una serie de leyes que tienen por objeto la protección integral de la salud. Entre ellas se puede mencionar a modo enunciativo, las siguientes: Régimen de identificación para los recién nacidos (Ley 24.540); Régimen para la detección y tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido (ley 26.279); la prohibición de utilización de equipos de utilización de rayos ultravioletas destinados para bronceado a personas menores de edad (ley 26.799); la prohibición de venta, expendio o suministro de determinados productos a menores de edad (Ley 26.968).

La ley de protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes N° 26.061 (2005)^{xxii} establece que “*Los organismos del Estado deben garantizar:*

a) el acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad;

b) programas de asistencia integral, rehabilitación e integración;

c) programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia;

d) campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social.

Toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.” (Art. 14).^{xxiii}

xxii - Sancionada en consonancia con la Convención Internacional de los Derechos de los Niños.

xxiii - La ley 26.061 también legisla como derechos de los niños, niñas y adolescentes (entre otros): Interés superior (Art. 3°); A la vida (Art. 8°); a la Dignidad y a la integridad personal (Art. 9°); a la Dignidad (Art. 22); A opinar y a ser oídos (Art. 24).

El nuevo Código Civil y Comercial (CC y C) de la Nación (rige desde el 01/08/2015) estatuye como paradigma la protección de la persona humana. En tal sentido, el Art. 26 CC y C dispone:

El caso del adolescente entre trece y dieciséis años:

1. Se presume que *“tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.”* (Conf. Art. 26 CC y C);
2. Si se trata de *“tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto de las consecuencias de la realización o no del acto médico”* (Conf. Art. 26 CC y C).

El caso del adolescente que ha cumplido 16 años:

- *“A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo”* (Art. 26, parte infine).

El Art. 26 CC y C es la expresión del principio de “Autonomía Progresiva”. Esta norma debe complementarse con el Art. 59 del mismo cuerpo legal –vinculada al consentimiento informado– pues de esta última se desprende que no se requiere de capacidad jurídica para tomar este tipo de decisiones, sino de “aptitud” o “competencia”. Ambas normas, analizadas desde el punto de vista de los niños y adolescentes, resultan claras expresiones del principio de autonomía progresiva, que implica la asunción por los niños, niñas y adolescentes de diversas funciones decisorias según su grado de desarrollo y madurez.

De donde, los niños, niñas y adolescentes tienen reconocido el Derecho Humano a la Salud (CIDN – Ley 26.061); tienen derecho a decidir por sí de acuerdo a su capacidad progresiva (Competencia Bioética); en salud, se debe obrar respetando el “interés superior” del niño/la niña.

Asimismo, en protección de la salud de los niños, niñas y adolescen-

tes, se debe compatibilizar lo prescrito en el CC y C con lo establecido en la legislación especial: Ley 24.193 de Trasplantes; Ley 26.130 de Intervenciones de contracepción quirúrgica; Ley 26.529 de Derecho de los Pacientes; Ley 26.743 de Identidad de género que, respecto de los menores, regulan protegiendo sus derechos; y determinadas situaciones especiales: Inmunización - Testigos de Jehová.

4. Derecho a la salud de la persona mayor

El anciano es la “persona mayor”, que habiendo atravesado por las edades vitales de la vida: niñez, adolescencia / juventud y adultez –que anteceden a su ciclo vital actual–, llega al período postrero de la existencia de la persona humana: la “vejez”; esto es el “período de la vida humana que sigue a la madurez” (“senectud”).^{xxiv}

Se trata de la edad senil, período de la vida que, se decía comúnmente, empieza a los sesenta años. Hay que acotar que ese mojón se ha corrido una generación, es decir, no menos de tres lustros. Ahora la línea divisoria pasa por los setenta y cinco años.^{xxv} No obstante que el requisito de edad para acceder la jubilación es de sesenta y de sesenta y cinco años (mujeres y hombres, respectivamente), en la actualidad, muchas personas se mantienen activas hasta bastante más de esas edades.

Existe consenso en que el anciano, a consecuencia de la declinación natural de sus fuerzas vitales, es objeto de destrato, de abusos físicos, psicológicos, económicos, etc.; ya sea en el seno familiar o en el ámbito social.

El anciano es considerado un sujeto débil, sometido a una triple situación de debilidad: “la dinámica jurídico social torna vulnerable al viejo, en tanto lo estereotipa y lo constriñe en su ámbito de actuación. El sistema normativo lo debilita por no ofrecerle completamente un

xxiv - En relación con los derechos de la ancianidad y la salud, ver DABOVE, María I. y NA-
WOJCZYK, Erika, “El derecho a la salud de la vejez: Los malabares jurídicos de la autonomía
personal en los contextos de vulnerabilidad y cuidados”, en *Responsabilidad profesional de los
médicos. Ética, bioética y jurídica: civil y penal*, Director: Garay, Oscar E., Ed. Thomson Reuters
La Ley, Buenos Aires, 2012, pps. 421 y ss.

xxv - Morello, Augusto M., La senectud, de cara al derecho, Publicado en: La LeyA LEY 2002-E,
1211-Acad. Nac. de Derecho 2002, 232.

marco de protección jurídica adecuado a su naturaleza. Y también lo debilitan los valores jurídicos imperantes, cada vez que no reconocen suficientemente a la persona anciana como fin en sí”.

En nuestro país, numerosos ancianos sufren distintos tipos de violencia, económica, estructural, física, psíquica y sexual, y las situaciones se agravan cuando las personas mayores son internadas en instituciones, padeciendo marginación y desarraigo social.

Los ancianos carecen de posibilidades para integrarse en la sociedad y participar activamente en ella; sufren discriminación y los prejuicios y estereotipos que existen afectan su desenvolvimiento en la comunidad.

El anciano es un sujeto - objeto de maltrato.

El maltrato de los ancianos se define como todo acto u omisión cometido contra una persona mayor, en el cuadro de la vida familiar, la seguridad económica, la integridad física-psíquica, su libertad o que comprometa gravemente el desarrollo de su personalidad.

Cuando nos referimos a maltratos estamos hablando de violencia. Esta última se caracteriza justamente por todo acto u omisión realizada por una persona a la integridad física, psíquica o a la libertad de otra persona o compromete gravemente el desarrollo de la personalidad o afecta su seguridad financiera.

Sin embargo, más allá de las definiciones, es dable contemplar lo que señala la ONU, refiriéndose a la principal forma de maltrato a las personas mayores y que está relacionada con la privación del ejercicio de los derechos fundamentales y la falta de igualdad de oportunidades, es decir: imposibilidad de acceso a la sanidad, analfabetismo, falta de libertad, carencia o insuficiencia de las pensiones.^{xxvi}

Los ancianos deben ser respetados como sujetos simultáneamente iguales y distintos, que continúan siendo parte de la comunidad aunque padezcan dependencia. Las personas mayores requieren de protección contra los demás (enfermedad, miseria, ignorancia, soledad, desempleo, accidentes, etc.) y contra sí mismos.^{xxvii}

xxvi - Borghi, Silvina María, *Maltrato, abuso y abandono del anciano*, LL, Sup. Act. 03/07/2007, 1.

xxvii - DABOVE, María Isolina; - NOVELLI, Mariano H.; - GONEM MACHELLO, Graciela

El Código Civil de Vélez Sarfield no contempló como sujeto de derecho a la persona anciana; ergo, no legisló en amparo de sus derechos.

Cambios sociales y culturales mediante, el CC y C de ley 26.994 constituye el marco de tutela de la persona humana, de trato igualitario y no discriminatorio, que recepta los valores del Derecho Internacional de los DD.HH, para pensar en la creación de un estatuto orgánico para la protección jurídica integral de las personas de edad en sus relaciones públicas y privadas, que recepte los estándares del derecho internacional de la ancianidad.

El abordaje jurídico no debe partir de la identificación con la incapacidad, sino de un modelo de promoción de derechos fundamentales, dentro del cual la injerencia estatal sea implementada a través de medidas de acción positiva ajenas a la subsunción automática de la persona en la incapacidad. Por su parte, el respeto de la dignidad, exige validar la autodeterminación del paciente adulto mayor, la obtención de su consentimiento informado para cualquier práctica médica y la previsión de salvaguardas adecuadas para quienes no puedan prestarlo ante debilitamientos propios de la ancianidad (Arg. Art. 12, CDPD). La autonomía personal exige igualmente respetar los mecanismos de autoprotección en relación a tratamientos de salud y autotutela.^{xxviii}

A nivel internacional se expidieron diversos instrumentos jurídicos en amparo de los derechos de las personas mayores:

- Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1991);
- La Proclamación sobre el Envejecimiento (1992);
- La Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002);

N.; - NAWOJCZYK, Erika; - PRUNOTTO, Mariana E.; - RODRIGO, Fernando M., *Aportes para el pleno reconocimiento constitucional de los derechos de los ancianos*, La Ley, 2008-D, 751.

xxviii - FERNÁNDEZ, Silvia, *Ancianidad, autonomía y vulnerabilidad Una mirada a la situación jurídica de los adultos mayores desde la reforma proyectada para el Código Civil argentino, Derecho Privado Nro 2, Reforma del Código Civil I. Aspectos generales*, Directores: Sebastián Picasso, Gustavo Caramelo. Octubre de 2012, Editorial: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Año 1 N° 2, octubre de 2012.

- La Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2003);
- La Declaración de Brasilia (2007);
- El Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable (2009);
- La Declaración de Compromiso de Puerto España (2009);
- La Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (2012);
- La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015).^{xxix}

La ONU le debe al mundo un instrumento internacional que proclame los derechos humanos de la persona mayor. En nuestra Constitución Nacional solo se hace referencia, entre las atribuciones del Congreso, a la de legislar y promover medidas de acción positivas para garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos, especialmente respecto de niños, mujeres y ancianos (Art. 75, Inc. 23 C.N.).^{xxx} En la legislación infraconstitucional no tenemos una ley sanitaria que proclame los derechos de la persona mayor a la atención de la salud.

De lo expuesto surge que la salud de las personas mayores constituye una de las problemáticas más acuciantes de la actualidad, no solo para los propios ancianos, sino también para los Estados, que deben atender el impacto que el envejecimiento de la población produce en la estructura político-económico-social, concretamente, en la atención de la salud. En este sentido, sostenemos que es indispensable trabajar por la construcción de un derecho a la salud de las personas mayores con sentido humanista, tendiente a lograr una vejez con calidad de vida, eliminando toda forma de discriminación, que garantice el acceso real a la

xxix - En esta Convención, en artículos extensos, se trata de manera especial sobre los derechos de la persona mayor y la temática que estamos tratando: Art. 6 (Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez); Art. 11 (Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud); Art. 19 (Derecho a la salud).

xxx - Ver nota 19.

salud de las personas de edad en nuestro país, en defensa del bienestar, la autonomía —en la medida de lo posible— y la dignidad de las personas mayores (Erika Nawojczyk).

5. Salud y discapacidad

A lo largo de la historia de la discapacidad, los estudiosos han clasificado distintos modelos de abordaje de la misma. El primero, denominado de *prescindencia*, en el que se considera que las causas que dan origen a la discapacidad tienen un motivo religioso, y en el que las personas con discapacidad son asumidas como innecesarias por diferentes razones: porque se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, que albergan mensajes diabólicos, que son la consecuencia del enojo de los dioses, o que, por lo desgraciadas, sus vidas no merecen la pena ser vividas. Como consecuencia de dichas premisas, la sociedad decide prescindir de las personas con discapacidad, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas, ya sea situándolas en el espacio destinado para los anormales y las clases pobres. El segundo modelo es el denominado *rehabilitador* (modelo médico hegemónico). Desde su filosofía se considera que las causas que dan origen a la discapacidad son científicas. Desde este modelo las personas con discapacidad ya no son consideradas innecesarias, pero siempre en la medida en que sean rehabilitadas. Es por ello que el fin primordial que se persigue desde este paradigma es *normalizar* a las personas con discapacidad, aunque ello implique forjar a la desaparición o el ocultamiento de la diferencia que la misma discapacidad representa. El principal “problema” pasa a ser, entonces, la persona, o mejor dicho, sus limitaciones, a quien es imprescindible rehabilitar psíquica, física o sensorial mente. Un tercer modelo, denominado *social*, es aquel que considera que las causas que dan origen a la discapacidad no son ni religiosas, ni científicas, sino que son preponderantemente sociales; y que las personas con discapacidad pueden aportar a las necesidades de la comunidad en igual medida que el resto de personas, sin discapacidad, pero siempre desde la valoración y el respeto de su condición de personas, en ciertos aspectos, diferentes. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar

el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. Asimismo, apunta a la autonomía de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades.

En consonancia con lo expresado en las últimas líneas del apartado anterior, en la década de los 90, varios pensadores comenzaron a sostener la ilegitimidad de una democracia basada en la homogeneidad, tal como se planteaba hasta entonces el “contrato social” de las sociedades democráticas, para reivindicar un nuevo principio: la sociedad diversa. Dicho de otra manera: la sociedad democrática debía asumirse como pluricultural.^{xxx1}

En materia de discapacidad, Argentina ha suscripto en la última década y media, dos importantes convenciones del derecho internacional sobre discapacidad, una regional y una internacional. En 2000 incorporó al derecho interno mediante la ley 25.280 la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscripta en Guatemala en 1999 y en el año 2008 mediante la ley 26.378 incorporó la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad de la ONU, que tiene además la particularidad de ser la primera Convención de Derechos Humanos del siglo xxi. De esta última, además, se suscribe el Protocolo Facultativo.^{xxxii}

El Art. 25 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad legisla sobre el derecho a la salud:

- “Los Estados parte reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados parte

xxx1 - Eroles, Carlos, en *Los derechos de las personas con discapacidad*, Compiladores: Carlos Eroles y Hugo Fiamberti, Editorial Universitaria Buenos Aires, 2008, p. 12.

xxxii - Rosales, Pablo, “Modelos de abordaje de la discapacidad y el modelo de construcción social”, *Revista Isalud*, Abril de 2013.

adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados parte:

- proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de Salud Pública dirigidos a la población;
- proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
- prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando estos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;
- impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad”.

En la Argentina, no se ha legislado aún, una ley que siga los paradigmas establecidos por la CIPD. Las dos leyes nacionales sobre la materia (22.431 y 24.901)^{xxxiii} se encuentran descontextualizadas respecto de los valores que plantea el Derecho Internacional de los DDHH en materia de discapacidad.

6. Protección de la salud mental

El sufriente mental estaba, hasta no hace mucho tiempo, olvidado por el sistema legal; la Constitución Nacional no era efectiva para este colectivo. No existían normas nacionales ni instrumentos internacionales o supranacionales. Los derechos de las personas con discapacidad pasaban prácticamente inadvertidos para la sociedad y la ciencia. El Código Civil y la ley 22.914^{xxxiv} no reconocían todos sus derechos: eran sujetos olvidados por el sistema; a expensas de la arbitrariedad del mundo médico psiquiátrico y no pocas veces, desidia del sistema judicial.

Aun con un reconocimiento más lento que el deseado y con un alto costo en procurar la vigencia de los derechos fundamentales que afectan a miles de seres humanos con marcada hiposuficiencia jurídica y una espantosa calidad de vida. La sociedad mundial fue mutando. Así, reflejo de esta progresiva transformación la Declaración de Caracas (OEA, 1990), los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Naciones Unidas, 1991), marcan un hito en el reconocimiento de los derechos humanos a favor de los pacientes mentales.

La Declaración de Caracas promovió la reestructuración de la atención psiquiátrica en la región; ello implicó la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios. Era una crítica severa a los tristemente célebres manicomios.

xxxiii - Ley 22.431 de Sistema de Protección Integral de Discapacitados (1981).

Ley 24.901 de Discapacidad. Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las personas con discapacidad (1997).

xxxiv - Ley 22.914 (1983 - Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos. Normas que regulan su internación), fue derogada por la Ley 26.657/2010 de Derechos a la protección de la salud mental.

Se postuló la atención psiquiátrica ligada a la atención primaria de salud en los marcos de los sistemas locales de salud, lo cual permitirá la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.

Los principios para la protección de los enfermos mentales significaron un cambio copernicano, paradigmático, revolucionario a favor de las libertades fundamentales, los derechos y la dignidad de la persona con afecciones mentales. Se establecieron pormenorizadamente los derechos de los pacientes mentales, se reguló sobre el consentimiento informado en relación con la información sobre sus derechos, respecto de los principios de admisión en las instituciones psiquiátricas, en relación con el órgano de revisión se fijaron garantías procesales, entre otros derechos, y garantías en apoyo de la persona afectada y tratada en su salud mental.

La nueva ley 26.657 de Salud Mental de 2010 recepta y fomenta los cambios culturales acaecidos o deseados de nuestra sociedad en relación a las personas con sufrimiento mental. Esta normativa de vanguardia recoge y amplía los postulados de la legislación internacional existente sobre la materia, intenta dejar atrás el horror de años de olvido, de trato indigno, de “apartar” del derecho al colectivo social integrado por los pacientes mentales.

Ley 26.657 (Protección de la Salud Mental) que constituye un trascendente cambio de legislación sanitaria en lo que va del siglo XXI, en virtud de los rotundos cambios estructurales que regula en la atención de la salud mental. Establece un marco ético-jurídico que hace tabla rasa con la cultura imperante en la atención psiquiátrica dominante, que “cosificaba” al paciente mental. Ahora, la dignidad intrínseca del paciente sufriente mental es reconocida por la Ley.

La norma tiene como razón de ser “la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional”.^{xxxv}

Queda un largo camino por recorrer: imponer la cultura de valores

xxxv - Kraut, Alfredo J., - Garay, Oscar E., “Salud mental. La reglamentación de la Ley 26.657 consolida nuevos paradigmas”, *Revista de Persona y Familia*, Ed. La Ley, Buenos Aires, 2013.

e implementar la estructura en la atención de salud de los padecientes mentales que surge de la plataforma ética y jurídica que establece la ley 26.657. Pero, se ha dado un gran paso: con la nueva ley se acaba con la manicomialización, a la vez que se internaliza el derecho internacional en la materia y se protegen los derechos de las personas con padecimiento mental.

7. Salud y diversidad sexual

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Todos los derechos humanos son universales, complementarios, indivisibles e interdependientes. La *orientación sexual* y la *identidad de género* son esenciales para la dignidad y la humanidad de toda persona y no deben ser motivo de discriminación o abuso.

“La orientación sexual se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, de su mismo género o de más de un género, así como a la capacidad mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas”^{xxxvi}.

“Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales” (Art. 2º Ley 26.743).^{xxxvii}

La diferencia entre los conceptos sexo y género radica en que el

xxxvi - Conf. Principios de Yogiakarta; ver más adelante en el texto.

xxxvii - La Ley de identidad de género prescribe que “Toda persona tiene derecho:

- a) al reconocimiento de su identidad de género;
- b) al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género;
- c) a ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada.”. (Art. 1º Ley 26.743).

primero se concibe como un hecho biológico y el segundo como una construcción social. El Comité de Naciones Unidas que monitorea el cumplimiento de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) ha establecido que el término “sexo” se refiere a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, mientras que el término “género” se refiere a las identidades, las funciones y los atributos construidos socialmente de la mujer y el hombre y al significado social y cultural que se atribuye a esas diferencias biológicas.^{xxxviii}

La ONU no ha expedido aún una norma internacional que estatuya la protección de los derechos humanos sobre orientación sexual e identidad de género.^{xxxix} En el 2006 se establecieron los Principios de Yogyakarta^{xl} sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género.

Los Principios de Yogyakarta reafirman: *“Todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. La salud sexual y reproductiva es un aspecto fundamental de este derecho”*.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los denominados derechos sexuales incluyen el derecho de toda persona libre de restricciones, discriminación y violencia; a lograr el más alto nivel de salud en relación con la sexualidad, incluyendo acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; buscar, recibir e impartir información en

xxxviii - Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general N°28 relativa al artículo 2 de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW/C/GC/28, 16 de diciembre de 2010, párr. 5.

xxxix - La Asamblea de las Naciones Unidas expidió el 17 de Noviembre de 2011 el Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos “Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.”

xl - Luego de reunirse en la Universidad de Gadjah Mada en Yogyakarta, Indonesia, del 6 al 9 de noviembre de 2006, 29 reconocidas y reconocidos especialistas procedentes de 25 países, de diversas disciplinas y con experiencia relevante en el ámbito del derecho internacional de los derechos humanos, adoptaron en forma unánime los Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género.

relación con la sexualidad; educación sexual; respeto por la integridad del cuerpo; libertad para escoger pareja; decidir ser o no sexualmente activo/a; consentir las relaciones sexuales; consentir el matrimonio; decidir si quiere tener hijos o no y cuándo; buscar una vida sexual placentera, segura y satisfactoria.

Es importante en torno al derecho a la salud y la diversidad sexual, lo establecido por la ley 26.743 en orden al “*Derecho al libre desarrollo personal. Todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán, conforme al artículo 1° de la presente ley y a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. Para el acceso a los tratamientos integrales hormonales, no será necesario acreditar la voluntad en la intervención quirúrgica de reasignación genital total o parcial. En ambos casos se requerirá, únicamente, el consentimiento informado de la persona. En el caso de las personas menores de edad regirán los principios y requisitos establecidos en el artículo 5° para la obtención del consentimiento informado. Sin perjuicio de ello, para el caso de la obtención del mismo respecto de la intervención quirúrgica total o parcial se deberá contar, además, con la conformidad de la autoridad judicial competente de cada jurisdicción, quien deberá velar por los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño o niña de acuerdo con lo estipulado por la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. La autoridad judicial deberá expedirse en un plazo no mayor de sesenta (60) días contados a partir de la solicitud de conformidad.*

Los efectores del sistema público de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obras sociales, deberán garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce.

Todas las prestaciones de salud contempladas en el presente artículo quedan incluidas en el Plan Médico Obligatorio, o el que lo reemplaza, conforme lo reglamente la autoridad de aplicación”. (Art. 11).

Hubo avances significativos de reconocimiento de los derechos hu-

manos de las personas que se expresan en la diversidad sexual (contenidas en la sigla LGBTI),^{xli} en la Argentina, se los incluye culturalmente en base al derecho a la diferencia y se les reconoce el derecho a la salud.

8. Derecho a la salud de los pueblos originarios

Los pueblos originarios son “los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distingan de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial”. (Art. 1.a., Convenio 169, Organización Internacional del Trabajo, 1989).^{xlii}

En el año 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, por medio de la observación general N° 14 sobre el derecho a la salud sostuvo que (...) “estima conveniente identificar los elementos que contribuirían a definir el derecho a la salud de los pueblos indígenas, a fin de que los Estados con poblaciones indígenas puedan aplicar más adecuadamente las disposiciones contenidas en el artículo 12 del Pacto. El Comité considera que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicio-

xli - LGBTI es un acrónimo que se usa como término colectivo para referirse a las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans (el término trans se refiere a travestis, transexuales y transgéneros) e Intersexuales.

xlii - La Naciones Unidas han dicho que los “pueblos indígenas” “Son comunidades, pueblos y naciones indígenas los que, teniendo una continuidad histórica en las sociedades anteriores a la invasión y precoloniales que se desarrollaron en sus territorios, se consideran distintos de otros sectores de las sociedades que ahora prevalecen en esos territorios o en parte de ellos. Constituyen ahora sectores no dominantes de la sociedad y tienen la determinación de preservar, desarrollar y transmitir a futuras generaciones sus territorios ancestrales y su identidad étnica como base de su existencia continuada como pueblo, de acuerdo con sus propios patrones culturales, sus instituciones sociales y sus sistemas legales.” Y, que “el “indígena” (...) es la persona que pertenece a una población autóctona por autoidentificación (conciencia de grupo) y que es reconocida y aceptada por esta población en calidad de uno de sus miembros (aceptación por parte del grupo). Esto otorga a las comunidades autóctonas el derecho y el poder soberano de decidir cuáles son sus miembros, sin injerencia externa”. (Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, 2013).

nales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas”.

“El Comité observa que, en las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, el Comité considera que las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones”.

La Organización de las Naciones emitió en el año 2000 la Declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas. Declaración que constituye un compromiso político internacional de derechos humanos para la protección de los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas. En el Art. 24 de dicha Declaración se reconoce el derecho de los pueblos indígenas a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud. Las medicinas tradicionales de los pueblos indígenas, durante mucho tiempo fueron consideradas sin valor científico. En las últimas décadas, sin embargo, este conocimiento ha sido reconocido no solo por las grandes instituciones de investigación científica y desarrollo internacionales, sino también por las firmas farmacéuticas privadas, que continuamente buscan la posibilidad de explotar comercialmente esas medicinas (en la mayoría de los casos sin el acuerdo de los pueblos dueños de ese conocimiento).

Sostiene, que los pueblos indígenas y sus miembros tienen derecho a seguir usando sus medicinas.

El derecho a la salud es un derecho humano universalmente reconocido, y para su aplicación los servicios sociales y de salud no deben discriminar el acceso de los indígenas, y sí ofrecerles por lo menos el mismo servicio que a cualquier otra persona de la población.

En la Argentina rige normativa internacional específica relacionada con los derechos de los pueblos indígenas o aborígenes. Así, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, aprobado por la ley 24.071; el Convenio sobre Diversidad Biológica, aprobado por la ley 24.375; y el Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas en América Latina y el Caribe, aprobado por la ley 24.544.

En el ordenamiento jurídico nacional,^{xliii} se sancionaron, la ley N° 23.302 sobre Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes (Modificada por ley 25.799); norma que trata sobre el derecho a la salud de las poblaciones indígenas, por medio de su Cap.VI - De los planes de salud, Arts. 18, 19, 20 y 21.^{xliv}

En la reforma constitucional de 1994, se *constitucionaliza* a los pueblos originarios. El Art. 75 CN dispone: “17. *Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos. Garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconocer la personería Jurídica de sus comunidades, y la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan; y regular la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes o embargos. Asegurar su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afecten. Las provincias pueden ejercer concurrentemente estas atribuciones*”. Cláusula esta que ahora es complementada por el Art. 18 del CC y C. Al reconocer “*la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos*” se establece la inviabilidad de desconocer su herencia cultural; lo mismo que la necesidad de promoverla; integrándolos de modo igualitario al resto de la sociedad argentina. Respetando “*su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural*”, esto es, el recono-

xliii - En distintas Constituciones provinciales Argentinas argentinas se reconoce a las poblaciones originarias o indígenas: Buenos Aires: Art. 36, Inc. 9; Chaco: Art. 37; Chubut: Arts. 34 y 95; Formosa: Art. 79; Jujuy: Art. 50; La Pampa: Art. 6; Neuquén: Art. 53; Río Negro: Art. 42; Salta: Art. 15; Tucumán: Art. 149.

xliv - La ley 26.160 declara la emergencia en materia de posesión y propiedad comunitaria indígena (prorrogada por ley 26.554)

cimiento a su esencia indigenista. La norma constitucional trasunta un sentido humanista; a la vez que, del derecho a la diferencia, que es una expresión del derecho a la identidad personal. La expresión “desarrollo humano” es relevante, porque señala la finalidad promotora que debe revestir la tierra y su uso, como espacio de radicación y de crecimiento para la integración, la cultura diferencial y la convivencia de las comunidades aborígenes (Bidart Campos).

La receptividad de los derechos de los pueblos originarios en el Código Civil y Comercial de la Nación.

Uno de los estandartes del nuevo CC y C es “el paradigma protectorio”, el cual tutela a los débiles y su fundamento constitucional es la igualdad. Los códigos del siglo XIX regularon los derechos de los ciudadanos sobre la base de una igualdad abstracta, asumiendo la neutralidad respecto de las asignaciones previas del mercado y la sociedad. Superando esta visión el Código Civil y Comercial considera a la persona concreta por sobre la idea de un sujeto abstracto y desvinculado de su posición vital, como ocurre con (...) el integrante de comunidades indígenas (Art. 18)”.

En este cambio copernicano, el CC y C reconoce los derechos de las comunidades indígenas a la posesión y propiedad comunitaria de las tierras que tradicionalmente ocupan y de aquellas otras aptas y suficientes para el desarrollo humano y que ese derecho se ejerce conforme la Constitución Nacional y según lo establezca la ley (Art. 18 CC y C). La norma contenida en el Art. 18 CC y C actúa como un dispositivo de la política legislativa impuesta por la norma constitucional citada, destinada a generar medidas que doten a los integrantes de las comunidades indígenas de recursos básicos suficientes e idóneos como para superar las asimetrías estructurales que padecen, incorporando previsiones especiales con relación a su régimen tuitivo especial en el cuerpo normativo que rige las relaciones de todos los habitantes del país con los derechos y los bienes de los que disponen para el desarrollo de sus vidas.^{xlv}

xlv - El legislador dispuso que “*Los derechos de los pueblos indígenas, en particular la propiedad comunitaria de las tierras que tradicionalmente ocupan y de aquellas otras aptas y suficientes para el desarrollo humano, serán objeto de una ley especial*” (norma transitoria, Art. 9° Ley 26.994); ello en razón de considerarse que la complejidad del tema y su vinculación con cuestiones de derecho público exigía una regulación autónoma, fuera del Código de derecho privado.

El derecho a la salud de las poblaciones originarias o indígenas se fundamenta en la Constitución Nacional y en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

En sintonía con el concepto de salud dado por la OMS (*la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*), los pueblos indígenas vivencian la salud de modo similar, pues el bienestar es la armonía entre los individuos, las comunidades y el universo.

Se aplica, también, el principio de no discriminación: “*el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*” (Segundo párrafo de la Constitución de la OMS).

Igualmente, lo dispuesto por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Art. 12 (1966); norma aclarada y explicada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación de la Observación general N° 14 (2000) sobre el Derecho a la Salud.

Tanto la Declaración de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, como la Ley 23.302 de Política Indígena y apoyo a las Comunidades Aborígenes, expresan que tienen *derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud ancestrales*.

Los servicios de salud que implementen los gobiernos nacional,^{xlvi}

xlvi - En el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación:

I) En el año 2011 por Resolución N° 439 se creó el “Área de Salud Indígena” en la órbita del Programa Médicos Comunitarios - Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, en un todo de acuerdo a con lo consagrado en el artículo 75, inciso 17 de la Constitución Nacional, así como también en la Ley N° 23.302 de creación del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) y en el Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

II) En el año 2016 por Resolución 1036-E se creó el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas, en el ámbito de la Dirección Nacional de Atención Comunitaria de la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria, el cual tiene como objetivos:

- 1) Generar la formulación de planes para lograr la reducción de las inequidades en las condiciones de salud de las poblaciones objetivo.
- 2) Propender a la disminución de la morbi-mortalidad de la población indígena mediante el desarrollo de programas preventivos y promoción de la salud.
- 3) Desarrollar actividades de capacitación de personas de las diferentes comunidades indígenas para favorecer el acceso a los servicios públicos de salud aceptando la interculturalidad.

provinciales y municipales deben ser enfocados desde la diversidad cultural, y reconocer la medicina tradicional de los pueblos originarios e implementar planes de salud aplicables en las propias comunidades indígenas; entre otras variables.

Empero, si bien hubo avances culturales y jurídicos de reconocimiento de los derechos de los pueblos originarios, todavía hay mucho por hacer; barreras culturales (de la sociedad y de las propias comunidades indígenas) y económicas (las poblaciones originarias transitan su vida en la pobreza), a trasponer, para que el acceso a los derechos humanos, al derecho a la salud, sea igualitario respecto del componente mayoritario de la sociedad argentina.

9. Atención de la salud de los migrantes^{xlvi}

En el “Preámbulo” de la Constitución Nacional se establece que los objetivos planteados en el mismo se constituyen también “*para todos los hombres del mundo que quieran habitar en el suelo argentino*”. El Art. 16 C. N. prescribe que todos los habitantes de la nación Argentina “son iguales ante la ley”. El Art. 20 C.N., por su parte, estatuye que “*Los extranjeros gozan en el territorio de la Nación de todos los derechos civiles del ciudadano*”.

Conforme el *Diccionario de la Real Academia Española*, el significado de los términos utilizados por nuestra Carta Magna es: i) *Habitante*: “Cada una de las personas que constituyen la población de un barrio, ciudad, provincia o nación”; ii) *Extranjero*: “Perteneiente o relativo a un país extranjero o al conjunto de ellos”; iii) *Ciudadano*: “Persona considerada como miembro activo de un Estado, titular de derechos políticos y sometido a sus leyes”. Por su parte, la Ley de Migraciones, N° 25.871, en su Art. 2° prescribe que “se entiende por *inmigrante* a todo aquel extranjero que desee ingresar, transitar, residir o establecerse definitiva, temporaria o transitoriamente en el país conforme a la legislación vigente”. Teniendo en cuenta, entonces, los conceptos citados y

xlvi - Palacios, Carmen Elisa “La Ley de Migraciones (25.871) y su reconocimiento al ejercicio pleno del “derecho a la salud”. Antecedentes normativos y doctrinarios que dan fundamento al artículo 8”. Pub. “La Ley”, Suplemento revista “*Doctrina Judicial*” del 21 de abril de 2004.

lo normado por la Constitución Nacional, las personas extranjeras que han venido a habitar nuestro suelo (o que ingresan, transitan, residen o se establecen definitiva, temporaria o transitoriamente) gozan de todos los derechos conferidos por la legislación argentina a los ciudadanos del Estado nacional.

En orden internacional, cabe citar la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (ONU, 1990; Internalizada por Ley 26.202): En los Arts. 9, 28, 43.1 y 45.1 se establecen los derechos de los trabajadores migrantes y sus familiares a la vida y al acceso a servicios sociales y de salud.

Argentina ha tenido tres leyes migratorias de alcance nacional: una en el siglo xix: ley 817 de Inmigración y Colonización; otra en el siglo xx: ley 22.439, General de Migraciones y Fomento a la Inmigración; y, la última en el siglo xxi: ley 25.871 de Migraciones. Entre la primera y la tercera pasaron 130 años: ambas tuvieron trámite parlamentario; la segunda provino de un gobierno de facto.

La Ley de Migraciones N° 25.871/2004 (Reglamentada por el Decreto 616/2010) prescribe en materia de acceso a servicios sociales que *“El Estado en todas sus jurisdicciones, asegurará el acceso igualitario a los inmigrantes y sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales, en particular lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social”* (Art. 6°).

A su vez, la citada ley establece en materia de derecho a la salud de los migrantes que *“No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria”* (Art. 8°).

La ley 25.871 compromete al Estado a promover y difundir las obligaciones, derechos y garantías de las personas migrantes. Los derechos establecidos en la ley de migraciones son de cumplimiento obligatorio, es decir que todos los hospitales tienen la obligación de atender a las

personas extranjeras, sin que importe si tienen DNI o no. En muchas ocasiones, las instituciones tienen procedimientos administrativos que obstaculizan el cumplimiento del derecho. Por ejemplo, en muchos hospitales existe una planilla donde debe completarse un número de DNI para asignar un turno médico. Por ello, es preciso tener en cuenta que los procedimientos administrativos propios de cualquier institución no son más importantes que una ley nacional, y nunca pueden usarse como razón para no permitir el acceso de personas extranjeras.

Esto es, todas las personas migrantes, cualquiera sea su situación migratoria (tengan o no DNI, hayan iniciado o no trámite de residencia) tienen derecho a acceder a la salud en las mismas condiciones que los nacionales. Este derecho está garantizado en los artículos 6 y 8 de la Ley de Migraciones N° 25.871. Pueden acceder a todos los servicios de Salud Pública, incluyendo guardias, urgencias, consultorios externos, internación, tratamiento y medicación para enfermedades crónicas, etc. Si la institución de salud exige demostrar la identidad, el pasaporte o la cédula del país de origen son suficientes.

10. Colofón

La sociedad mundial progresa a ser democrática y al reconocimiento de los derechos humanos de todas las personas. “*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS, 1948). El derecho Internacional de los DDHH, luego de regular los mismos en términos genéricos, pasó al reconocimiento de los DDHH de determinadas poblaciones vulnerables (mujeres, niños, discapacitados). En la Argentina, la legislación sanitaria de los últimos tiempos constituye a la persona humana en la centralidad de la normativa. La legislación en salud, cada vez más reconoce y amplía los derechos de colectivos frágiles: a la atención de la salud de la mujer, de los niños, niñas y adolescentes, de la persona mayor, de los discapacitados, de los sufrientes mentales, de quienes se identifican en la diversidad sexual, de los pueblos originarios y de los migrantes.

Bibliografía

- Bidart Campos, Germán J., *Manual de la constitución refomada*, Tº III, Ediar, Buenos Aires, 2005.
- Blanco, Luis Guillermo, “El concepto de salud del ordenamiento jurídico argentino”, en *Cuadernos de Bioética*: <http://www.bioetica.org/cuadernos/bibliografia/blanco.htm> (Acceso: 02/11/2016).
- Borghi I, Silvina María, “Maltrato, abuso y abandono del anciano”, LL, Publicado en: Sup. Act. 03/07/2007, 1.
- Ceriani Cernadas, Pablo “Nueva ley: un paso hacia una concepción distinta de la migración”, en Giustiniani, R. *Migración: un derecho humano*, Prometeo. Buenos Aires, 2004.
- Dabove, María Isolina; Novelli, Mariano H.; Gonem Machallo, Graciela N.; Nawojczyk, Erika; Prunotto, Mariana E.; Rodrigo, Fernando M., *Aportes para el pleno reconocimiento constitucional de los derechos de los ancianos*, La Ley, 2008-D, 751.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, Manual para las instituciones nacionales de derechos humanos, Naciones Unidas. Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado, 2013.
- Eroles, Carlos, *Los derechos de las personas con discapacidad*, Compiladores: Carlos Eroles y Hugo Fiamberti, Editorial Universitaria Buenos Aires, Buenos Aires, 2008, p. 12.
- Fernández, Silvia, *Ancianidad, autonomía y vulnerabilidad Una mirada a la situación jurídica de los adultos mayores desde la reforma proyectada para el Código Civil argentino*, *Derecho Privado Nro 2*,



Reforma del Código Civil I. Aspectos generales, Directores: Sebastián Picasso, Gustavo Caramelo, Octubre de 2012, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Año 1 N° 2, octubre de 2012.

- Garay, Oscar Ernesto, *Tratado practico de la Legislación sanitaria*, T° I, Ed. La Ley, Buenos Aires, 2012.
- Garay, Oscar E., “Código Civil y Comercial. Cambio de paradigmas y el derecho a la salud de los pueblos originarios o indígenas”, Sup. Const. 2016 (mayo), 3, La Ley, 2016-C.
- Giustiniani Rubén. “Migración: un derecho humano” Ley de Migraciones N.º 25.871. Prometeo, 2004.
- Herrera, Marisa, Picasso, Sebastián y Caramelo, Gustavo, *Introducción al Código Civil y Comercial de la Nación comentado*, T I / Gustavo Caramelo; Sebastián Picasso; Marisa Herrera, 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Infojus, 2015.
- Kraut, Alfredo J.; Garay, Oscar E., “Salud mental. La reglamentación de la Ley 26.657 consolida nuevos paradigmas”, La Ley, *Revista de Persona y Familia*, Buenos Aires, 2013.
- *La salud de los pueblos indígenas*. OMS, Nota descriptiva N° 326, Octubre de 2007, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/es/>
- Morrello, Augusto M., *La dignidad de la mujer*, La Ley, 2004-C, 1564
- Morrello, Augusto M., *La senectud, de cara al derecho*, La Ley, 2002-E, 1211-Acad. Nac. de Derecho 2002, 232.
- Orientación sexual e identidad de género en el derecho internacional de los derechos humanos, Naciones Unidas. Derechos Humanos. Oficina del Alto Comisionado. América del Sur. Oficina Regional. www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/LGBT.aspx
- Palacios, Carmen Elisa “La Ley de Migraciones (25.871) y su reconocimiento al ejercicio pleno del derecho a la salud. Antecedentes normativos y doctrinarios que dan fundamento al artículo 8”, La Ley, Suplemento revista *Doctrina Judicial*, del 21 de abril de 2004.
- Palacios, Carmen Elisa “Derechos Humanos y el acceso a la salud para todos los habitantes en la República Argentina. Inmigrantes en

condición irregular. Información y difusión de sus derechos”, *Suplemento La Ley Administrativo*, 11 de noviembre de 2005.

- Política de la OMS en materia de género. Organización Mundial de la Salud, 2002.
- Pueblos Originarios y Derechos Humanos, Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Presidencia de la Nación, Buenos Aires, Noviembre de 2011, p. 3.
- Rosales, Pablo, “Modelos de abordaje de la discapacidad y el modelo de construcción social”, *Revista Isalud*, Abril de 2013.

Capítulo 3

Salud Universal: materializando el derecho a la salud para todos

Oswaldo Artaza, Sebastián Laspiurⁱ

La salud como derecho

De manera creciente, en las sociedades desarrolladas, el derecho a los servicios de salud es comprendido como un bien social que el ciudadano¹ espera sea distribuido –de manera justa– de acuerdo con la necesidad y no con la capacidad de pago de las personas.

En 1946, los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acordaron un principio internacional fundamental, en virtud del cual “...*el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión ideología política o condición económica o social...*”.ⁱⁱ Por su parte, en 1968, el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) durante su 59^o Sesión empezó a discutir la relación entre la salud y los instrumentos internacionales de derechos

ⁱ - Consultores OPS/OMS Argentina.

ⁱⁱ - La Constitución de la OMS fue adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, ciales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) protege “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Artículo 12), y el Protocolo de San Salvador de la Organización de los Estados Americanos (OEA) protege “el derecho a la salud” (Artículo 10). De igual forma, la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que “...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre protege el “derecho a la preservación de la salud y al bienestar”. Adicionalmente, la protección de la salud como un derecho humano se encuentra consagrada en 19 de las 35 Constituciones de los Estados miembros de la OPS (Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Uruguay y Venezuela).

humanos en el contexto de la cooperación técnica que brinda la OPS a sus Estados Miembros.²

En la doctrina internacional ha habido una discusión acerca de la nomenclatura apropiada para referirse al derecho a la salud.³ Existen diversas fórmulas: “derecho a la salud”, “derecho a la protección de la salud”, “derecho al cuidado de salud”. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturalesⁱⁱⁱ lo reconoce como el “derecho al más elevado estándar de salud posible”. Algunos autores,^{4, 5, 6, 7, 8, 9} sostienen que hablar de un “derecho a la salud” sin otra palabra que lo complemente sería inadecuado, porque eso implicaría un derecho a estar sano,¹⁰ lo que sería un imposible. Desde esa lógica un derecho a la salud en términos literales sería irrealizable porque existen muchos factores que amenazan el estar sano y que escapan al completo control de la sociedad y del Estado, tales como la herencia genética, la acción de la naturaleza y gran parte de los comportamientos, decisiones, estilos de vida elegidos, y las intervenciones del propio individuo sobre su salud. Por ello, nadie sería capaz de garantizar un específico estado de salud. Además, la posibilidad cierta de acceder a servicios de atención posee una relación directa con los recursos disponibles, tanto de parte de los individuos como de la sociedad, de modo que la ausencia de enfermedad –desde esta lógica– no podría ser totalmente asegurada por el Estado.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud,^{iv} en la línea inmediatamente anterior a cuando señala que *“el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano...”*, define a la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Por lo anterior, el “derecho a la Salud” no debe ser reducido al campo de las enfermedades, ni de los meros servicios de atención médica,

iii - Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27.

iv - La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York el 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off.nRec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. Mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

sino más bien debe ser comprendido en un espacio amplio que guarda relación con la posibilidad de que todas las personas –plenas en dignidad– puedan desarrollar todo su potencial y gozar de alcanzar el máximo bienestar en las múltiples dimensiones de lo humano.

Para ello, el Estado, la sociedad y los individuos deberían actuar en prevenir todo hecho o acciones dañinas o contrarias al bienestar y actuar sobre la economía, el ambiente, la industria, el transporte, la educación, etc., al mismo tiempo que la sociedad a través del Estado –como expresión máxima de la organización político social de un colectivo para el logro del bien común–, realiza arreglos para una distribución equitativa de los recursos para proveer servicios integrales de atención, desde la promoción a los cuidados de largo plazo accesibles para todas las personas y comunidades según la necesidad, según los recursos disponibles.

La expresión “según los recursos disponibles” habla de una gradualidad en que los Estados no pueden darse por satisfechos con el reconocimiento de un mínimo del derecho, porque el cumplimiento de los derechos sociales deben ser progresivos. Así, los principios de progresividad y de no regresividad requieren condiciones cada vez más rigurosas de exigibilidad, que obligan a justificar que se está haciendo todo lo materialmente posible (respecto de los recursos) para satisfacer el derecho.¹¹

El debate político y jurídico es intenso.^{12, 13, 14} De una parte existe la posición de los derechos sociales como derechos exigibles, es decir, que deben ser tratados como los derechos civiles y políticos en cuanto a su exigibilidad y protección jurisdiccional, y en el otro extremo, habría quienes creen que se debe considerar inconveniente colocar derechos sociales en el orden constitucional, compartiendo la idea de que los derechos solo son plenamente reconocidos cuando son jurisdiccionalmente protegibles. Justamente, en esta segunda alternativa se cree que siempre habrá imposibilidad de cubrir todas las necesidades. Y que la protección jurisdiccional puede ser –en el caso de la atención médica– injusta, inequitativa e irracional, señalando como ejemplo el creciente fenómeno de la judicialización de la Medicina.

El derecho internacional de los derechos humanos, establece un conjunto de obligaciones que los Estados deben cumplir para hacer efectivo el ejercicio y goce de todos los derechos humanos.¹⁵ A partir de estas

obligaciones, no solo se comprometen a respetarlos y protegerlos, sino que también a adoptar y aplicar todo tipo de medidas que conduzcan a la realización de tales derechos.

Estas medidas, desde una visión integral de los derechos humanos, no se reducen a acciones aisladas y coyunturales para cumplir con sus obligaciones. Por el contrario, deben tener continuidad, responder a una estrategia global que involucre a todos los órganos del Estado y contemplar la evaluación de sus avances. La finalidad es incorporar un enfoque de derechos humanos en la actuación estatal, por el cual las políticas públicas deben convertirse en medios idóneos para la realización de los derechos humanos. Una política enfocada desde la perspectiva de los derechos humanos sitúa a las personas y al reconocimiento de sus derechos en el centro del diseño de las políticas públicas. Lo que se busca, mediante un enfoque de derechos humanos, a través de políticas coherentes y persistentes para superar la pobreza y promover la equidad y por medio de la regulación del mercado y de la protección del ambiente es reafirmar siempre que el fin último de toda política pública o decisión estatal es el ser humano, ya no como individuos con necesidades que deben ser asistidas como objeto pasivo beneficiario de una acción discrecional, sino como sujetos activos, protagónicos, con derecho a demandar de otros determinadas prestaciones y conductas, que deben ser promovidas, respetadas y garantizadas por el Estado y la sociedad en su conjunto.

La protección del derecho a la salud entiende que no todas las personas tienen igual necesidad. No toda diferencia sanitaria entre grupos expresa una desigualdad en salud. No lo es la variación natural, biológica; tampoco la resultante de un comportamiento perjudicial que ha sido elegido libremente. Son desigualdades inaceptables aquellas diferencias entre grupos de la población que son injustas, evitables e innecesarias.¹⁶ Es sobre dichas diferencias, que se expresan en distinta necesidad, sobre la que deben actuar los servicios para garantizar el derecho a todos sin discriminación de ninguna especie.

La salud y los derechos sociales son interdependientes de la economía. Los fines de la justicia hacen que sean decisivos para definir los instrumentos y procedimientos pertinentes en la distribución de los

recursos que constituyen la riqueza nacional.¹⁷ Son claves, para los derechos sociales, el ejercicio de los derechos políticos, ya que para los primeros no es neutra la forma en que se aborda la temática de quién decide, del cómo se decide y del por qué se decide.¹⁸ No hay duda de que, en la medida de que los derechos políticos se consolidan, crece la demanda ciudadana por el reconocimiento de los derechos sociales, de que vale me reconozcan unos si no están los otros, posibilitando una efectiva expresión de la dignidad.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU en la Observación General 14 del 2000^v ofrece una orientación detallada a los Estados en relación con sus obligaciones de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud. El Comité también indica que el derecho incluye los siguientes estándares esenciales e interrelacionados: *“Disponibilidad. Los Estados deben asegurar la provisión de una infraestructura suficientemente válida de Salud Pública e individual en todo su territorio, así como instalaciones de agua y saneamiento seguras, personal capacitado y adecuadamente compensado y todos los medicamentos esenciales. Accesibilidad. El acceso a la salud consiste en cuatro elementos clave: la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y la accesibilidad de la información. Aceptabilidad. Las infraestructuras de salud deben ser respetuosas con la ética médica y la cultura de los individuos y las comunidades, así como prestar atención a los requisitos de géneros y relativos al ciclo de la vida. Calidad. Las infraestructuras de salud deben ser científica y médicamente apropiadas y de buena calidad. Entre otras cosas, esto requiere la provisión de medicinas y equipos necesarios, profesionales médicos formados y el acceso a agua y saneamiento”*.

En este proceso de creciente reconocimiento universal de la salud como derecho y objetivo social, y en el convencimiento de que se debe llegar a ella forma contextualizada, es decir, considerando las condiciones concretas de existencia de cada región,¹⁹ los organismos sanitarios internacionales han ido proponiendo instrumentos idóneos para transformar los sistemas de salud y mejorar las condiciones de salud generales.

v - ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 22. ° Período de sesiones. Ginebra, 25 de abril al 12 de mayo de 2000.

Los Estados miembros de la OPS se han referido, en sus mandatos específicamente, a los vínculos entre el ejercicio de los derechos humanos, el goce de la salud y la vulnerabilidad social, haciendo reiteradas referencias a las determinantes sociales de la salud, las que suelen expresarse más nítidamente en los grupos pobres, marginados y socialmente excluidos, y en grupos tales como las personas con trastornos mentales; las personas mayores; las personas con discapacidad; las mujeres (y las adolescentes) en el contexto de la mortalidad y la morbilidad maternas, la igualdad de género y la prevención de la violencia contra la mujer; las personas que viven con el VIH; los pueblos indígenas; los y las adolescentes y los y las jóvenes.²⁰

Como la salud es una construcción social, siguen plenamente vigentes los debates sobre los derechos individuales y colectivos en el ámbito de la salud. Aquí ocupan los temas relacionados con la obligatoriedad de contribuir al financiamiento *ex ante* de los servicios de atención, la obligatoriedad de vacunar, los dilemas políticos y éticos involucrados en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las controversias con respecto a cómo utilizar de manera equitativa los recursos disponibles.

En la búsqueda de materializar el derecho a la salud, los Estados miembros recientemente han concordado una estrategia para el acceso y la cobertura universal a la salud, que se describirá a continuación.

Salud universal

Los sistemas de salud tienen como objetivo principal contribuir a mejorar el nivel o condición de salud de las personas y poblaciones, con los recursos disponibles en cada sociedad.²¹ Este desafío aporta al desarrollo y a la gobernabilidad de los países. Para ser sostenibles, las democracias deben, además de otorgar derechos políticos,^{vi} asegurar niveles de justicia social y equidad en el ámbito de la protección social al

vi - La sostenibilidad y gobernanza de las democracias modernas no se basan solo en la posibilidad de que los ciudadanos concurren a participar en procesos electorales, sino en que los frutos del desarrollo se distribuyan de tal manera que todas y todos se sientan incluidos y partes legítimas de la vida en sociedad. Esta construcción de nuevos “pactos sociales” incluyen los derechos sociales y dentro de estos de manera relevante el acceso a la salud.

ofrecer acceso a educación, salud, vivienda, empleo digno y seguridad financiera ante hechos vitales tales como la maternidad, la vejez, la discapacidad y la enfermedad. Esto debe garantizarse de manera que los ciudadanos se perciban partícipes –y no excluidos– del desarrollo del país. Esto explica por qué acceder a servicios de salud de calidad, sin el riesgo de empobrecer, se constituye actualmente en un derecho que hoy las personas exigen.²² De no hacerlo, los países arriesgan su gobernabilidad y la posibilidad de un desarrollo equilibrado.

Hoy, desde la perspectiva de los gobiernos, los sistemas de salud no solo deben contribuir a mejorar la salud de la población a la que sirven, respondiendo a las expectativas de los ciudadanos, sino que también deben contribuir a la cohesión social, a la sostenibilidad democrática y a la competitividad de los países.²³ La mala salud implica costos financieros e impactos en la productividad; la falta de cobertura, el acceso inequitativo y la mala atención implican costos políticos; el gasto ineficiente o excesivo conlleva a pérdidas en competitividad.

Es comprensible entonces, que en la mayoría de las naciones sea una aspiración que sus ciudadanos alcancen el derecho al goce de la mejor calidad de vida posible. La salud es un componente fundamental pues es pilar no solo del crecimiento individual, sino también del desarrollo sostenible de las naciones.^{vii} El compromiso de responder a las necesidades de salud de las personas se ha traducido en algunos avances, en cuanto a los indicadores de salud en el mundo (OPS, 2012). Pese a estos logros, persisten importantes desafíos producto de –entre muchos otros factores determinados social y ambientalmente– la inequidad, la exclusión y la falta de acceso a servicios de salud de calidad para amplios sectores de la población (OPS, 2012).

Reconociendo estos retos pendientes, retomando el espíritu de la Declaración de Alma-Ata de 1978 en nuevos contextos y escenarios, y superando enfoques que se acotan a aspectos estructurales, financieros o solo organizacionales, ha surgido en las últimas décadas un consenso

vii - Para más información sobre la salud como condición previa, resultado e indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible ver: Declaración de Río sobre los determinantes sociales de la salud del 2011, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río + 20) del 2012, la Declaración de las Naciones Unidas de diciembre del 2012 y el debate sobre la agenda para el desarrollo después del 2015.

en torno al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud –“Salud Universal”– como estrategia que busca materializar y garantizar el derecho a la salud como un derecho de todos, sin discriminación alguna. Dicho consenso se expresa en la Resolución CD53.R14 (OPS 2014)^{viii} para la salud universal.

El logro del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, es el valor central que, junto con la equidad y la solidaridad, sustenta los debates y consensos que hemos alcanzado en las Américas, en relación con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (salud universal).^{ix}

Lo anterior implica un acuerdo de avanzar hacia el objetivo de que: todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad.

Por tanto, alcanzar la salud universal requiere de un nuevo pacto social en nuestros países que –en línea con los compromisos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)– defina e implemente nuevas políticas y acciones con un enfoque multisectorial, que actúen sobre los determinantes sociales de la salud, fomenten el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar y generen las condiciones políticas y técnicas para transformar nuestros sistemas de salud.

La estrategia para la salud universal implica cuatro líneas de acción claramente interdependientes: a) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las

viii - OPS. (2014). Resolución CD53.R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27597&Itemid=270&lang=es

ix - 53° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Resolución Cd53.R14. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Washington: OPS, 2014.

comunidades; b) fortalecer la rectoría y la gobernanza; c) aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios y d) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la estrategia.

El debate regional relevó que el concepto cobertura, que se refiere fundamentalmente a las capacidades del sistema de salud en infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento para responder a las necesidades de la población, que aunque sienta los fundamentos necesarios, no sería suficiente por sí solo para asegurar la salud, el bienestar y, la equidad en salud. Por lo anterior, producto del debate y construcción de consensos a nivel de los Estados miembros, se quiso colocar énfasis simultáneo al concepto de acceso. Entendiendo por acceso a la capacidad efectiva de la población para hacer uso de los servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan, lo que implica la eliminación progresiva de las barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género, que obstaculizan, limitan o impiden que todas las personas –sin discriminación alguna– utilicen servicios integrales de salud de manera equitativa. Los servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad implican las acciones poblacionales o individuales, cultural, étnica y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, cuidado paliativo y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios.^x

El concepto de acceso universal tiene su fundamento en el nuevo paradigma de los sistemas centrados en las personas y las comunidades, implica el desarrollo de modelos de atención basados en la APS, transformar la organización y la gestión de los servicios para el aumento de la capacidad resolutoria de las Redes Integradas de Servicios de Salud

x - 53° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Resolución Cd53.R14. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Washington: OPS, 2014

(RISS); y de acciones sanitarias y de prestación de servicios integrales, de calidad, universales y de ampliación progresiva, que requieren del desarrollo de capacidades humanas, de su distribución adecuada a las necesidades y de la capacitación y educación permanente, que aseguren un óptimo desempeño; así como de la suficiencia, oportunidad y calidad del suministro de medicamentos y su uso racional, así como de otras tecnologías de la salud.^{xi}

Luego de treinta y cinco años de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud (APS),²⁴ la OPS, en respuesta a las consecuencias de los sistemas sanitarios fragmentados y segmentados, promueve implementar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)²⁵ en los sistemas de salud del continente. Asimismo, ha propuesto los atributos esenciales y ámbitos de abordaje que deben ser considerados en el diseño y la implementación de un modelo de RISS, con el objeto de que el usuario de los servicios perciba que sus cuidados son coherentes con sus necesidades y continuos en el tiempo. Es decir, que no existan quiebres en la cadena lógica de sus requerimientos, a pesar de que reciba prestaciones en distintos establecimientos o dispositivos.

Los sistemas de salud, especialmente los fragmentados, requieren de un modelo de atención que facilite su integración gradual de cara a las necesidades de la población usuaria, esto implica fortalecer las capacidades del Estado para conducir y regular (rectoría) a todos los subsectores del Sistema en que los recursos humanos sean suficientes, competentes y bien distribuidos; en la regulación de las tecnologías sanitarias que se utilizan y de la calidad de los diversos prestadores; en procurar que los recursos financieros además de ser suficientes estén alineados con la estrategia de atención primaria; en promover el manejo de los problemas de salud en el lugar más apropiado; en la promoción y preservación de la salud de personas y comunidades; y en que los sistemas de información continúen integrándose de modo que ayude a vincular a todos los miembros de la Red.

Para alcanzar el derecho a la salud, en cualquier sociedad, con independencia del nivel de desarrollo que posea, los recursos van a ser

xi - Ídem. Resolución Cd53.R14. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Washington: OPS, 2014

siempre limitados o insuficientes en relación con las demandas potenciales de personas y comunidades.²⁶ Los recursos económicos escasos siempre están rivalizando entre sí por su mejor utilización para maximizar el bienestar general de la sociedad, lo que la ciencia económica llama *costo de oportunidad*. Este fenómeno, junto con la resolución de cuánto invertir en salud, obliga permanentemente a tomar decisiones con respecto a, primero, dónde o en qué invertirlos y, segundo, cómo utilizarlos mejor. Con relación a dónde invertir, los países para lograr la salud universal deben avanzar en ampliar los servicios prioritarios, incluir a más personas y reducir los pagos directos de bolsillo.^{xii} Sin embargo, se enfrentan al dilema de cómo tomar decisiones correctas y socialmente aceptadas con respecto a estas cuestiones: qué servicios ampliar en primer término (criterios para priorizar); a quiénes incluir primero –procurando que los grupos desfavorecidos, que suelen estar en los grupos de bajos ingresos y las poblaciones rurales, no queden rezagados–, y cómo pasar del pago de bolsillo al prepago.

Un compromiso con la justicia y la preocupación afín por la equidad, así como con el respeto de los derechos de las personas a la atención de salud deben guiar a los países en la adopción de estas difíciles decisiones. Con relación a cómo gastar, recaudar más dinero para la salud es imprescindible, pero contar con ese dinero no garantizará, por sí mismo, la salud universal. Tampoco lo harán los mejores arreglos de protección financiera y de mancomunación de fondos o la sola eliminación de las barreras económicas para el acceso a través de la eliminación de los copagos. Junto con lo anterior, el requisito esencial es asegurar que los recursos se usen de manera eficiente.²⁷ No podemos ignorar la importante cantidad de recursos que se pierden por mala administración, participación desregulada del mercado en salud o corrupción en nuestros países. Identificar las fuentes de ineficiencia forma parte de la responsabilidad de buen gobierno y es esencial para la generación de un mayor espacio fiscal para salud. Se requiere de decisión política para avanzar hacia una mayor transparencia en los procesos de decisión, gestión, compra y rendición de cuentas, a través del empoderamiento de la sociedad civil

xii - Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud. Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud. Informe final. Washington, DC: OPS, 2015

en el control efectivo del uso de los recursos públicos, así como para desarrollar mayores competencias regulatorias y de fiscalización de la participación de distintos actores en salud que aseguren el mejor uso de los recursos y, por lo tanto, una mayor contribución al bien común y a la materialización del derecho.

Para el logro del derecho a la salud, no basta con asegurar el acceso a servicios integrales. Es fundamental, que además de un Estado capaz de actuar efectivamente sobre las determinantes sociales de la salud, pueda ejercer una adecuada rectoría sobre el mercado de modo pueda garantizar el contexto para una vida saludable.

Regulando para promover una vida saludable

La epidemia de las enfermedades no transmisibles –ENT– está impulsada en gran medida por el consumo de productos como el tabaco, las bebidas alcohólicas y los alimentos ultraprocesados, unidos a la inactividad física; y los pobres y vulnerables son los más afectados.

En el año 2011, la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció la alta carga mundial de las ENT y sus factores de riesgo conexos, e instó a todos los sectores de la sociedad y del gobierno a que trabajaran intersectorialmente. Esto está expresado en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.^{xiii}

Muchos han denominado a la epidemia de ENT, en general y en particular a la de obesidad como “la epidemia comercial”, dado que claramente todas las estrategias de comercialización influyen inexorablemente en los comportamientos de las personas, sus perfiles de consumo y, por lo tanto, su riesgo de presentar determinadas enfermedades y sus consecuencias.

Aunque la educación y los llamados a la responsabilidad personal son importantes –pero no suficientes– para reducir las ENT y la obesidad, para cambiar los determinantes ambientales y sociales de las ENT se necesitan intervenciones que dependan menos de promover las

xiii - Disponible en <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1>

elecciones saludables de los individuos y más de “cambiar las opciones predeterminadas”, de modo que los comportamientos saludables sean la decisión más fácil para las personas.²⁸ Es bien conocido que la obesidad en el mundo está aumentando de la mano del incremento del consumo de los alimentos ultraprocesados (snacks, confituras, comida rápida, bebidas azucaradas entre otros).²⁹ Los productos y bebidas ultraprocesados (PUP) son formulaciones listas para comer o beber. Se basan en sustancias refinadas, con una cuidadosa combinación de azúcar, sal, grasa y varios aditivos. Incluyen bebidas azucaradas, snacks y “comidas rápidas”.³⁰

Por otra parte también se conoce que los países con mayor consumo de ultraprocesados son los que tienen menor regulación del mercado de este tipo de productos.³¹ De esto se deduce que el incremento del consumo sostenido de ciertos productos no saludables y el desplazamiento de otros más saludables por las leyes del mercado generan la necesidad de la intervención del Estado, con el objeto de corregir las distorsiones y el efecto negativo sobre la salud de la población. Dichas intervenciones tienen que corregir aspectos sustantivos donde el mercado por sí mismo tiende a incrementar el volumen de ventas de los productos con mayor rentabilidad, mayor publicidad, con propiedades adictivas y con fechas de vencimiento muy alejadas.

La regulación es una función esencial de Salud Pública que puede y debe usarse para reducir la carga de las ENT, no obstante, para ser eficaz debe tener una base científica sólida y se debe aplicar rigurosamente. Un ejemplo claro en esto ha sido la experiencia internacional en relación con el tabaco. Mientras el sector salud estuvo recomendando no fumar, durante más de treinta años, desde los servicios asistenciales, el consumo de tabaco seguía aumentando. Y cuando, posteriormente, varios países del mundo comenzaron a producir evidencias y a regular la publicidad, promoción y patrocinio, incrementaron el precio de los cigarrillos, establecieron la prohibición de fumar en los ambientes cerrados y el cambio del empaquetado, el consumo de tabaco y de la población afectada comenzó a disminuir. Esto fue plasmado mediante el “convenio marco de control de tabaco”,^{xiv} que fue uno de los ejemplos

xiv - Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42813/1/9243591010.pdf>

más exitosos de tratados internacionales para combatir un problema de Salud Pública muy relevante para el mundo.

Se reconoce que una buena regulación aumenta el bienestar económico, sienta la base para reducir los riesgos y prevenir las enfermedades, promueve los comportamientos sociales deseados, fomenta el compromiso político y proporciona el contexto administrativo y social.³²

La falta de regulación sobre la publicidad y la comercialización de los productos pueden hacer que los consumidores queden expuestos al daño como consecuencia de opciones concebidas principalmente para optimizar la rentabilidad.³³

Entre las medidas que han resultado eficaces para abordar la alimentación poco saludable están la promoción de la lactancia materna, los incentivos agrícolas y económicos para aumentar el consumo de alimentos más saludables, los elementos disuasivos para desalentar el consumo de alimentos poco saludables, la reformulación de los alimentos para reducir el consumo de sal, la regulación de los alimentos que se sirven en las escuelas, la restricción del mercadeo de alimentos poco saludables dirigida a los niños, las etiquetas en la parte frontal de los paquetes que transmitan mensajes visuales sencillos, la reducción del tamaño de la porción y la eliminación de las grasas *trans*.

Las opciones de políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol incluyen limitar su disponibilidad y los horarios de venta; prohibiciones o disposiciones legales que restrinjan el mercadeo; aplicación de una política de precios o de impuestos al consumo para reducir la asequibilidad y la demanda; contramedidas para la conducción en estado de ebriedad y reducción de las repercusiones del alcohol ilícito y producido de modo informal (*Plan de Acción para Reducir el Consumo Nocivo de Alcohol 2011. OPS/OMS*).

A diferencia de la prestación de los servicios de salud, muchas de estas medidas requieren subsanar fallas del mercado o modificar prácticas sociales generalizadas, es decir, cambios que solo pueden lograrse mediante la aplicación eficaz de legislación o regulación, a menudo en ámbitos ajenos al alcance tradicional de los sistemas de salud. Incluyen colaborar con otras esferas del gobierno (por ejemplo, los Ministerios

de Economía, Transporte o Finanzas); adoptar enfoques multisectoriales; crear capacidad a nivel de los gobiernos locales y a nivel nacional; y generar voluntad política.

Aunque la regulación puede establecer límites a las actividades de la industria, la buena regulación también puede promover un mercado más justo que funcione con mayor eficacia al crear condiciones de competencia equitativas en las que aquellos productores que pueden y realmente actúan éticamente para proteger la salud no estén en desventaja.

En el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 se indica que “la poca capacidad regulatoria a nivel nacional es un riesgo para el control de las ENT, lo que a su vez permite que las industrias del tabaco, el alcohol, los alimentos procesados y las bebidas azucaradas interfieran y obstaculicen el progreso en los países”.³⁴

La regulación ha sido reconocida claramente como una función esencial de la Salud Pública, pero está más atrasada que otras áreas de acción del sector.

No es algo nuevo regular en Salud Pública fuera de la regulación de los servicios de salud. Hay múltiples ejemplos: los estándares para potabilizar el agua, la inocuidad de los alimentos, las normas para manipular y conservar los alimentos, la autorización de comercialización de los medicamentos, las normas de venta y comercialización de sucedáneos de la leche materna, los estándares para evitar accidentes laborales, etcétera.

Como vemos, no es innovador que el sector salud regule algunos aspectos del mercado. Lo que si se requiere es comenzar con nuevas regulaciones, porque los problemas de salud han cambiado. Por ejemplo, el sector regula con eficacia cuando ocurre una contaminación de algún alimento por algún agente patógeno, decomisan, intervienen, sancionan y clausuran. Ocurre que no alcanza ahora con regular la inocuidad de los alimentos, sino que es necesario también la “calidad nutricional” dado que ha cambiado nuestra forma de enfermar y morir, es por eso que es preciso controlar las concentraciones elevadas de azúcar, grasas y sal agregada y su representación en el mercado de este tipo de productos.

Tampoco alcanza con fiscalizar si el alcohol está contaminado o adulterado. Es necesario, dadas las consecuencias del consumo problemático de alcohol y la vulnerabilidad ante el mismo de los jóvenes, tener una participación regulatoria por parte del Estado para su comercialización, su publicidad y precio, con el fin de que la población pueda elegir libremente, y que sus decisiones no sean empujadas por los contextos físicos y sociales propiciados por la industria elaboradora de estos productos.

Tal es así que la regulación forma parte sustantiva del plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia de la OPS/OMS.³⁵

Por todo lo anteriormente señalado podríamos aseverar que la Salud Pública ha aprendido mucho de la experiencia del tabaco y actualmente tiene el desafío y la necesidad de profundizar las políticas para su reducción e incorporar progresivamente la necesidad desarrollar y profundizar las políticas regulatorias para el consumo problemático de alcohol, los productos alimentarios no saludables y el consumo de bebidas azucaradas.

Sin dudas, existen múltiples barreras para ejercer la función esencial de Salud Pública de rectoría en materia de regulación fuera del sector:

- Los intereses comerciales, el *lobby* de la industria ante los Estados y ante las organizaciones de la sociedad civil y seudocientíficas, la ideología del mercado libre, la globalización de productos, el consumismo y acuerdos comerciales.
- La falta de experiencia del sector salud para ejercer esta función y liderar estos cambios junto con los demás sectores con competencia directa en dichas regulaciones. Sector legislativo, economía, finanzas, comercio, industria, etcétera.
- La Posición cultural instalada de los ultraprocesados y bebidas azucaradas en la sociedad construida por la propia industria a través de los años, en relación con los procesos de construcción de la imagen producto.

- Insuficiente movilización de la sociedad civil ante estas problemáticas y a otras iniciativas de “responsabilidad social”, inefectivas por parte de la industria. No se ha demostrado en ningún lugar del mundo que la autorregulación por parte de la industria haya servido para mejorar los indicadores sanitarios.

Algunas medidas costo-efectivas son percibidas como poco populares (por ejemplo, políticas fiscales). Complicidad de cierto sector de la nutrición con enormes conflictos de interés. Falta de visión epidemiológica, de visión integral y multisectorial; foco en el cambio individual y no de la percepción social.

Por todo lo expuesto y a raíz del conocimiento actual, para el logro de la materialización del derecho a la salud, es necesario incrementar las injerencias y las capacidades regulatorias del sector Salud en estos temas, dado que, si bien escapan a su exclusiva competencia y necesita contar con otros sectores de gobierno, las políticas regulatorias intersectoriales mencionadas no podrán darse sin el liderazgo claro del sector, debido a que es el área que tiene como misión, interés y competencia, proteger y preservar la salud de la población.

Avanzando en materializar el derecho a la salud

El reconocimiento legal de un derecho, a veces hasta en las propias Constituciones e incluso, su instrumentación normativa, no siempre significa su plena realización. De hecho, en nuestros países el ejercicio del derecho a la salud se ha visto dificultado por diversos factores entre los que destacan los de orden financiero, cultural, geográfico, y de género, que configuran así una “geografía de la exclusión” del ejercicio de derechos en salud. Tratar de remediar esta situación ha sido uno de los objetivos declarados de muchas de las agendas de cambio (conocidas genéricamente como “reformas”) que se han introducido en los sistemas de salud de los países de la Región en las últimas décadas.

Los sistemas de salud, no pueden ofrecer “todo para todos y al mismo tiempo”. No hay país en el mundo que pueda afrontar ese desafío. La necesidad de priorizar es consustancial a la escasez de recursos, el

desafío es cómo abordar esto desde la óptica de los derechos humanos. Mientras nuestras sociedades sean inequitativas habrá presiones políticamente insalvables para condiciones de acceso y calidad mejores de unos con respecto a la de otros grupos. O cambiamos radicalmente nuestro tipo de sociedad o asumimos las consecuencias de ello en salud. Por lo tanto, desde el punto de vista de “Salud Universal” es primordial definir un estadio esencial posible para todos, coherente con el concepto ético de dignidad humana, establecerlo como el punto de partida para la universalidad. Ese estadio debe contener lo prioritario para promover y mantener la vida y su calidad sin diferencias evitables; debe incorporar todo lo costo-efectivo que el conocimiento va colocando a disposición de los sistemas sanitarios y asegurar que nadie queda afuera, especialmente los más vulnerables. Una vez definido ese estadio, debe traducirse en un plan universal de salud, conjunto de beneficios o programa obligatorio, adecuadamente financiado, implementado a través de la estrategia de APS y bien gestionado. No hay “milagros” en salud, ya hay suficiente evidencia para fundamentar lo anterior en contextos de sociedades que siguen generando exclusión.

Es indispensable, definir en qué consiste lo primordial, lo ético que puede/debe garantizarse a todos sin exclusión, con el fin de avanzar a derechos sociales en salud que se cumplan. Lo anterior debe realizarse sin acotar los beneficios o posibilidades de acceso a una lista o “plan básico” para pobres, ya que es resistido por la ciudadanía (la focalización de los recursos en los más pobres solo se traduce en producir sistemas estratificados, en los cuales los servicios reservados a los pobres son de calidad inferior. Los servicios para los pobres terminan siendo “pobres servicios”). También, hay que reconocer la existencia de tendencias en algunos sectores políticos que en sus discursos, con el supuesto legítimo de que el Estado debe financiar todas las necesidades de salud, tienden a ofrecer “igualdad en salud”, sin los respaldos de recursos que haga eso posible. Esto, junto con las influencias de los medios de comunicación genera una creciente explosión de expectativas que se traduce en un real problema político a la hora de tomar decisiones claves para conseguir una más equitativa y efectiva atención sanitaria con los recursos disponibles. Por su propia naturaleza, las necesidades en salud son potencialmente infinitas y los recursos para atenderlas no lo son.

La escasez resultante se acentúa a medida que la demanda por servicios de salud crece. Además, la explosión tecnológica y la dinámica de la industria de la salud, hace posible ofrecer servicios que pueden no responder a una necesidad: hay innumerables estudios sobre consumo innecesario. Por todo lo anterior, en materia de atención a la salud, siempre existe alguna forma de racionamiento. Toda sociedad, así sea próspera en extremo, enfrenta el problema del uso racional de los servicios de salud. Lo puede hacer en forma implícita, dejando que cada quien se defienda por sí mismo, o en forma explícita, mediante un consenso social transparente y democrático. Este último punto es clave y las preguntas que muchos se hacen son: ¿cómo hacer participar a la ciudadanía en la toma de decisiones?, ¿cómo hacer realmente protagonista a las personas?, e incluso, muchos también se hacen la pregunta de si eso es siquiera posible. Frente a la participación de las personas, surge el temor de que aquellos grupos más favorecidos y con mayor capacidad de ejercer presión, coapten los recursos disponibles para sus intereses. Asimismo, existe una realidad creciente en muchos de nuestros países, que finalmente los jueces se van constituyendo en “autoridad sanitaria” al obligar a incorporar prestaciones, muchas de las veces no costo-efectivas.

El dilema es cómo —en el contexto de los cambios en salud— establecer mecanismos institucionales de gobernanza para una adecuada participación ciudadana en la formulación de las políticas públicas en salud. Dicho de otro modo, cómo un programa o política de ampliación de cobertura y acceso puede ser a la vez “técnicamente correcto y socialmente legítimo”. Especialmente, cuando en muchas sociedades el sistema sanitario —sus valores y objetivos— han pasado a formar parte de la “identidad” que esa misma sociedad tiene de sí misma.

Al momento de hablar de universalidad y el debate de cómo “administrar la escasez”, si mediante la oferta (filas de espera) o por la demanda (precio o “paquetes”), obliga a los países a resolver el dilema al menos a través de tres situaciones. La primera es si debe existir un plan que incorpore todas las prestaciones de manera genérica, limitando el debate a la definición de las prestaciones que deben quedar explícitamente excluidas y a cómo priorizar las listas de espera. La segunda es si debe haber un plan acotado que señale solo explícitamente las prestaciones o problemas de salud que el Estado se compromete garan-

tizar a toda la población sin discriminación alguna y dejando pendiente qué hacer con lo que se deja de proteger. Y una tercera, que mezcla las anteriores a modo de ofrecer un plan universal de carácter integral, que excluye solo temas como la cirugía estética, tratamientos en el extranjero y aquellos de carácter experimental o sin costo-efectividad demostrada, pero que dentro de este, prioriza un conjunto de problemas (por su impacto o magnitud con relación a la mortalidad y calidad de vida) asegurando que dicho subconjunto no enfrente problemas de oferta de servicios y acceso efectivo en rincón alguno del país.

En los países que no aceptan “conjuntos de beneficios”, la pregunta es similar con respecto a cómo “gestionar las listas de espera”, para dar legitimidad social a los criterios y mecanismos como se prioriza en la práctica en los países que tienen sistemas “universalistas”.

Toda sociedad debe elegir, sobre la base de principios políticos y éticos, el modelo de sistema de salud al que aspira. Al definir las fórmulas de acceso a la salud existen diferentes criterios: capacidad de pago, asistencialismo, o derechos ciudadanos. Dado que los recursos siempre son escasos en comparación con las necesidades y con las expectativas, la decisión de qué criterio usar tendrá gran influencia sobre la distribución de los beneficios de la atención. Esto se constituye en una de las cuestiones más importantes y complejas en la formulación de las actuales políticas de salud hacia la universalidad.

Palabras finales

El derecho a la salud sin duda que es un concepto nuevo y en construcción y no es sinónimo de “derecho a prestaciones médicas”, más que nada es el derecho –emanado del reconocimiento de la dignidad del ser humano– a condiciones para una vida saludable y una vida plena. En ello es esencial la acción eficaz de los países sobre las determinantes sociales de la salud y a que los modelos de desarrollo favorezcan la equidad y la justicia social. Sin lo anterior, la materialización de derechos reales en el ámbito de la salud no pasa de ser algo ilusorio.

Como parte de las condiciones para la vida saludable, son esenciales

las acciones del Estado en materias regulatorias, de forma se pueda garantizar acceso a alimentos y espacios saludables.

Equidad, justicia y cuidado del ambiente, son los diecisiete nuevos Objetivos de aplicación universal de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en los próximos quince años los países intensificarán los esfuerzos para poner fin a la pobreza en todas sus formas, reducir la desigualdad y proteger el ambiente, garantizando al mismo tiempo, que nadie se quede atrás. Esta agenda, en la medida en que se traduzca en políticas efectivas, evidentemente tendrá implicancias en la materialización del derecho a la salud de los pueblos. Justamente su objetivo 3, muy en línea con el compromiso de los países americanos sobre acceso y cobertura universal a la salud, propone garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad.

Tanto el acceso a la salud y la salud universal, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible nos obligarán a fortalecer nuestras capacidades de avanzar en el tema de políticas viables y persistentes. El tema de la construcción social de consensos es un aspecto al que no se le ha dedicado toda la atención que amerita, quizá por la insuficiencia de nuestra cultura democrática. Sin duda, el diseño de las políticas públicas del mañana tendrá necesariamente la obligación de darle un papel fundamental a los procesos de interlocución social, con el objeto de dar legitimidad a dichas políticas, probablemente en este tópico redunde que “Salud Universal” pueda hacer posible el sueño de “Salud para Todos” y que las metas de los ODS sean una realidad.

Referencias bibliográficas

1. Elizondo, C., *El derecho a la protección de la salud. Salud Pública*, Mex 2007; 49:144-155.
2. OPS. *La Salud y los Derechos Humanos Documento conceptual*. CD50/12. 50° Consejo Directivo. OPS, 2010
3. Figueroa, R. *El derecho a la salud. Estudios Constitucionales*, Centro de Estudios Constitucionales de Chile Universidad de Talca. Año 11, N° 2, 2013, pp. 283-332.
4. Squella, A., “El derecho a la salud como uno de los derechos fundamentales de las personas”, en *Anuario de Filosofía Jurídica y Social*, N° 23. (Valparaíso, Edeval), pp. 103-133
5. Leary, V., *Implications of a Right to Health*, en *Human Rights in the Twenty-First Century. A Global Challenge*, K.E. Mahoney & P. Mahoney, eds., Martinus Nijhoff Publishers, pp. 481-493.
6. Tomasevski, K., “Health Rights”, en *Economic, Social and Cultural Rights. A Textbook*, A. Eide, C. Krause & A. Rosas. eds., Martinus Nijhoff. Dordrecht, pp. 125-142.
7. Roemer, R., “The Right to Health Care”, en *The Right to Health in the Americas. A Comparative Constitutional Study*, Pan American Health Organization, pp. 17-23.
8. Den Exter, A; Hermans, H., “The Right to Health Care: A Changing Concept?” En *The Right to Health Care in Several European Coun-*

- tries, A. den Exter & H. Hermans, eds., Kluwer Law International, 1991, pp. 1-10.
9. Giesen, D., “A Right to Health Care?: A Comparative Perspective”, en *Health Matrix*, vol. 4, pp. 277-295.
 10. Figueroa, R., *El derecho a la salud. Estudios Constitucionales*, Centro de Estudios Constitucionales de Chile Universidad de Talca. Año 11, N° 2, 2013, pp. 283 - 332
 11. Ronconi, L., *Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos*. Salud Colectiva, Buenos Aires, 8(2):131-149, Mayo - Agosto, 2012
 12. Atria, F. “¿Existen derechos sociales?” *Discusiones* No.4 Bahía Blanca. 2004.
 13. Abramovich, V., Courtis, Ch., *Los derechos sociales como derechos exigibles* Madrid, Trotta, 431 pp. 2004
 14. Urriola, R., *La salud como derecho: Alcances conceptuales y operativos*. Colección Ideas Chile 21. 2016
 15. Drago, M., *La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos*. Serie Políticas Sociales 121. CEPAL, 2006
 16. Whitehead, M., *Conceptos y principios de igualdad y salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.
 17. Sojo, A., *Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2673-2685, 2011
 18. Courtis, C., “Los derechos sociales en perspectiva: la cara jurídica de la política social”. En: Sojo A, Uthoff A, compiladores. *Desempeño económico y política social en América Latina y el Caribe: los retos de la equidad, el desarrollo y la ciudadanía*. México: Fontamara; 2006. p. 90.
 19. Ase, I., Jacinta Buriyovich, J., *La estrategia de atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? La Estrategia de Atención Primaria de la Salud*. *Salud Colectiva*,

- Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009
20. OPS. *La Salud y los Derechos Humanos Documento conceptual*. CD50/12. 50° Consejo Directivo. OPS, 2010
 21. Vargas, I., Vásquez, M. L., & Jane, E. (julio-agosto de 2002). *Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4), 927-937. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10177.pdf>
 22. Drago, M. *La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos* (Vol. Serie Políticas Sociales N° 121). Santiago: CEPAL, 2006
 23. Laurell, A., & Herrera, J. *La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios*. Salud Colectiva, 6(2), mayo-agosto de 2010, pp. 137-148
 24. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978
 25. Organización Panamericana de la Salud “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, © 2010
 26. Artaza, O., “La eficiencia para la salud universal”. Editorial *Revista Salud Pública* de México Vol. 58, Núm. 5, 2016, pp. 493-495.
 27. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. *La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: OMS, 2010.
 28. Noncommunicable Disease Risk Factors in the Americas: Considerations on the Strengthening of Regulatory Capacity. REGULA Technical Reference Document. ISBN 978-92-75-11866-5.
 29. De Vogli R, Kouvonen, A. and Gimeno, D. *The influence of market deregulation on fast food consumption and body mass index: a cross-national time series analysis Bull World Health Organ*, 92:99– 107A, 2014.

30. Moodie, R., Stuckler, D., Monteiro, C., Sheron, N., Neal, B., Thamarangsi, T., *et al.* *Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries.* *The Lancet*, 381(9867):670-679, 2013
31. De Vogli, R., Kouvonen, A., Gimeno, D., *The influence of market deregulation on fast food consumption and body mass index: a cross-national time series analysis.* *Bull World Health Organ.* 2014;92(2):99-107, 107A
32. Noncommunicable Disease Risk Factors in the Americas: Considerations on the Strengthening of Regulatory Capacity. REGULA Technical Reference Document. ISBN 978-92-75-11866-5
33. Noncommunicable Disease Risk Factors in the Americas: Considerations on the Strengthening of Regulatory Capacity. REGULA Technical Reference Document. ISBN 978-92-75-11866-5
34. Organización Panamericana de la Salud. *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019.* Washington, DC: OPS, 2014
35. PAHO 2014. Plan of action for the prevention of obesity in children and adolescents. 53rd directing council 66th session of the regional committee of WHO for the Americas. Washington, D.C., USA.

Capítulo 4

Jornada sobre salud y derechos humanos en la Argentina

Universidad ISALUD. 18 de noviembre de 2016

Bloque inaugural

Coordinador:

Oswaldo Artaza

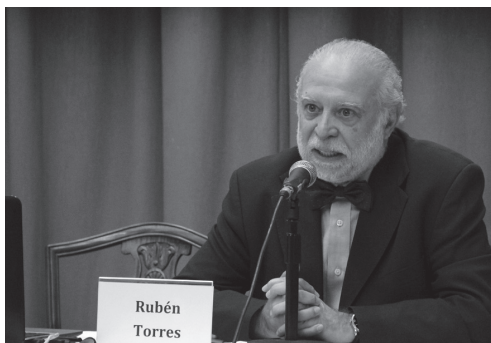
Participantes:

- Rubén Torres. *Rector de la Universidad ISALUD*
- René Mauricio Valdés. *Coordinador residente del Sistema de Naciones Unidas*
- Maureen Birmingham. *Representante OPS/OMS Argentina*
- Valeria Guerra. *Asesora técnica en Derechos Humanos de Naciones Unidas*



El doctor Rubén Torres, rector de la Universidad ISALUD

Buenos días. En primer lugar, quiero agradecerle a Naciones Unidas y a mi querida OPS, la posibilidad que le dan a esta casa de ser el espacio de un encuentro donde pod-



damos discutir un tema central como es la salud y los derechos humanos en el marco de las políticas de la salud. Como ustedes saben, esta universidad ha estado siempre dispuesta a recibir todas las opiniones sobre el tema. Así que les agradezco mucho a los representantes de Naciones Unidas y de la OPS por esta posibilidad de ser sede para esta actividad. Siéntanse como en su casa y espero que disfrutemos todos de este día que vamos a compartir; y lo dejo a mi amigo, el doctor Artaza, el asesor en Servicios y Sistemas de Salud de la OPS para que dé comienzo a esta jornada.

Palabras del doctor René Mauricio Valdés, coordinador residente del Sistema de Naciones Unidas El Sistema de las Naciones Unidas: Cooperación técnica, agenda 2030 y Derechos Humanos

Muy buenos días queridas amigas, queridos amigos, señor Rector. Es para mí un gran gusto estar en esta casa y poder participar en este importante evento. Un saludo muy cordial de parte del equipo de Naciones Unidas que trabajamos en la Argentina. Quisiera aprovechar



estos minutos que me han asignado para hacer una representación muy rápida de los textos medulares de esto que conocemos ahora como “la agenda del desarrollo sostenible”, agenda 2030, que es la agenda que fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre del año pasado, que se ha constituido en el gran referente de las políticas de desarrollo en distintas áreas; y ciertamente, con mucha fuerza, en el área de salud. Voy a hacer una presentación introductoria sobre los aspectos centrales, resaltando cómo se vincula y se nutre esta agenda, que está expresamente relacionada con la temática y problemática que nos convoca.

Durante al año 2015, tuvimos una serie de eventos y procesos a nivel internacional, que culminaron con la reinstalación del concepto de desarrollo sostenible en el centro de los debates. Esta vez, se pone en la mesa con una especial urgencia vinculada con las preocupaciones que hay alrededor del cambio climático y otros temas.

Sucedieron varias conferencias importantes, que se nutrieron de los objetivos del desarrollo del milenio que reiteraban en 2015, en las que la salud era un tema central y se aprobó la nueva Agenda 2030 ese mismo año en la Asamblea General de Naciones Unidas, inaugurada por el papa Francisco. Recordemos que en mayo de ese año el Papa había emitido la encíclica *Laudato si*, que es un documento que comparte el mismo objetivo en muchos temas con la Agenda 2030. También tuvimos eventos vinculados con la preocupación por el cambio del clima y la agudización que se percibe de los riesgos provocados por los fenómenos naturales, que fueron objeto de un evento muy importante en el Japón. También hubo discusiones profundas sobre el tema del financiamiento. El año pasado, la conferencia sobre el cambio climático en París, fue, sin duda, otro evento que trató la centralidad del concepto de desarrollo sostenible. Haré una presentación de ciertos aspectos que generalmente se incluyen cuando se define el concepto de desarrollo sustentable.

Quiero comenzar con un aspecto muy importante: se ha dicho muchas veces que la Agenda 2030 no es vinculante; y es correcto, jurídicamente, no lo es. Es un instrumento de derecho internacional público que no es vinculante. Sin embargo, por una parte, es importante subrayar que ha habido un compromiso político de los jefes de Estado durante la Asamblea General de las Naciones Unidas, con respecto a estos objetivos. Y

por otra, hay que señalar que detrás de todos los Objetivos de Desarrollo Sustentable o Sostenible (ODS), se encuentra una relación muy directa con todos los principales instrumentos de derechos humanos que son de cumplimiento obligatorio.

Los ODS han sido concebidos como una herramienta para avanzar hasta el pleno goce de los derechos humanos consagrados en esos instrumentos. Todos ellos han sido suscriptos por la Argentina y ratificados por el Congreso Nacional, por lo que forman parte de su ordenamiento jurídico. En otras palabras, la Agenda 2030 no es vinculante en sentido jurídico, pero hay mucho de derecho positivo directamente relacionado en la Agenda 2030.

Concluyo en algo central de esta discusión, que espero que pueda serles útil en sus propios debates cuando se introduzcan en más detalles en los temas de salud: la agenda habla del desarrollo sostenible poniendo énfasis en que no estamos hablando solo de una cuestión de medio ambiente, sino que también es una cuestión económica y social. La sustentabilidad a la que convoca la Agenda 2030 debe ser la combinación armónica de lo económico, lo social y lo ambiental en todos nuestros emprendimientos. Partimos del reconocimiento de decir que, en el pasado, la humanidad en su conjunto ha tenido problemas para armonizar estas tres dimensiones a lo largo de la historia.

En determinadas circunstancias, cuando hemos querido privilegiar lo económico, ha sido a costa de desatender lo social o lo ambiental. O cuando hemos querido privilegiar lo social, ha sido en desmedro de lo económico o lo ambiental. O bien, cuando hemos querido privilegiar lo ambiental, tenemos que detener las actividades económicas. Es decir, ha habido una suerte de choque en el mundo entre estas dimensiones. Ese ha sido el diagnóstico central de esta Agenda y el llamado que nos hace, para que con los conocimientos que nos aportan la tecnología y las experiencias que tenemos en el siglo XXI; no aceptemos fácilmente, que entre estas tres dimensiones haya un inevitable *trade-off* (provecho a cambio de un sacrificio), como dicen los economistas.

La discusión se basa en que hay evidencia, hay tecnología, hay conocimientos, hay experiencias y están pasando cosas que no solo dicen que esto debe ser posible, sino que es urgente y necesario; y que tenemos que

centrarnos en la búsqueda de una sinergia; otros hablan de una virtuosa entre lo económico, lo social y lo ambiental. Hay ejemplos. Y me imagino que para quienes estudian, por ejemplo, Economía de la salud, este tipo de temas tienen mucho sentido. Ahora, el asunto está en resistirnos a declarar desarrollo sustentable, a un proyecto en el que nosotros no podamos demostrar que hay una interacción armoniosa entre un objetivo económico, ambiental y social. Por ello es que pasamos de tener ocho objetivos del milenio en 2015, eminentemente sociales, a diecisiete ODS que son sociales, económicos y ambientales. Entre ellos, está el objetivo 16, que tiene que ver con la calidad de las instituciones, que incluye temas como el acceso a la justicia; y el número 17, que sostiene que esto no puede ser solo un trabajo de los gobiernos, sino de una gran alianza de muchos sectores.

Estos objetivos se aprobaron hace más de un año. Aquí, en la Argentina se está trabajando en adaptar las metas al nivel municipal, provincial y nacional, tanto en sectores de la sociedad civil, en la academia, en el sector privado, a través de las redes de responsabilidad social y empresarial (RSE), que han aceptado estas metas con mucho interés. Hay un llamado muy especial a los sectores empresariales porque, entre otras cosas, el tema de la sostenibilidad más urgente, más grave y más difícil es el paso a una economía que baje el consumo de los combustibles fósiles, que generan el calentamiento global. Eso tiene que ver con invertir mucho más en energías renovables. Sobre eso, se expidió el Acuerdo de París. Es obvio que no va a ser fácil porque todavía hay mucha demanda de petróleo y gas. Esta transición es compleja y va a requerir de la participación de los actores económicos.

Hay un tema de monitoreo y seguimiento, y un tema de datos que son clave. Se dice: aquí tenemos 17 objetivos y 169 indicadores oficialmente acotados por los Estados miembros en la Asamblea General, plasmados en el trabajo de la Comisión de Estadísticas de las Naciones Unidas. Estos son los 169 indicadores que todos vamos a compartir y sobre los que tenemos que reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas, más allá de los mecanismos nacionales que pueda haber para darle seguimiento a estos temas. Pero entre una y otra Asamblea, hay un período de reportes anuales, en donde los Estados, en un orden que se asigna voluntariamente, van a ir presentando sus avances. La Argentina ha pedido

la palabra para presentar el próximo año, un informe sobre lo que está haciendo hasta el momento, en la adaptación de la agenda. Ya hubo una primera ronda de presentaciones que fue encabezada por Alemania, cosa que no es menor, – y con esto concluyo– ya que quisiera recordar que esta agenda fue aprobada, no para los países del sur, para los que están en vías del desarrollo, sino que es una Agenda que comparten todos los Estados, sean desarrollados o subdesarrollados, tanto del norte como del sur. Es una Agenda compartida y global.

Les estamos dejando un documento de un ejercicio que hemos hecho, donde relacionamos cada objetivo de desarrollo sostenible con los nueve principales instrumentos de Derecho internacional sobre derechos humanos. Ahí es donde ustedes van a poder ver cómo hay una estrecha relación y cómo, en efecto, puede decirse que los ODS son una vía para garantizar el pleno goce de los derechos consagrados en esos instrumentos. Confiamos que este marco sea útil para las discusiones que ustedes van a ir manteniendo. Muchísimas gracias por su atención.

**Palabras de la doctora Maureen Birmingham, representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la Argentina
Derecho a la Salud: Acceso y Cobertura Universal a la Salud y Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS).**

Gracias Mauricio por esta presentación, y gracias rector de ISALUD por ser anfitrión de este encuentro. Creo que es muy importante la presencia de muchas personas aquí, gente de UNICEF, de mis colegas de la OPS, de la Universidad ISALUD, de Naciones Unidas



Bienvenidos a esta reflexión sobre el derecho a la salud en el contexto de la nueva Agenda 2030. Y también, en el contexto del Examen Periódico Universal (EPU). Luego, Valeria Guerra va a explicar qué quiere decir

este EPU, que la Argentina va a experimentar en 2017. Ahora estamos trabajando en eso.

Vamos a ver qué dice la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre derecho a la salud. De hecho, no es un concepto nuevo. En 1946, la OMS ya mencionaba este derecho en su Constitución donde declaraba: *“El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción, de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”* Entonces, esta reflexión acerca del derecho a la salud ya está instalada desde 1946. Quiero recordar que en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, donde se firmó el Pacto de San José, aprobado en San José de Costa Rica en 1969, también se afirmaba que los Estados parte se comprometen a adoptar providencias en la medida de los recursos disponibles por vía legislativa u otros medios apropiados: 1) Toda persona tiene el derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Esta es una visión amplia de salud donde la salud no es solamente ausencia de enfermedad. Es bienestar físico, mental y social. Además, esta Convención, sostenía, en el punto 2, que con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados parte se comprometen a reconocer la salud como un bien público y a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho y menciona seis: 1) la atención primaria de la salud, entendiendo como tal, la asistencia sanitaria primordial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; 2) la extensión de los beneficios a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; 3) la total mitigación de las principales enfermedades infecciosas; 4) la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas profesionales y de otra índole; 5) la educación de la población –involucrándola en el cuidado de su salud y ampliando el rol de ciudadanos– sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud y 6) la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza, sean más vulnerables. Entonces, desde 1969, está vigente este concepto de no dejar a nadie atrás, que es el lema de la Agenda 2030. Y ¿qué dice la OPS en cuanto a los derechos humanos? En 2010, su consejo directivo –que se reúne todos los años– aprobó una resolución que dice: *Los Estados miembros renovaron su compromiso con los derechos humanos y con el propósito de hacer realidad el derecho al goce del grado máximo de*

salud que se pueda alcanzar. Los países deben procurar el logro de la universalidad, accesibilidad, integralidad, calidad e inclusividad en los sistemas de salud dispuestos para individuos, familia y comunidades. Eso fue aprobado en 2010 por los Estados miembros de esta región, incluso la Argentina. Es importante entonces, destacar que el derecho a la salud no es solo sinónimo de derecho a prestaciones de servicios y tratamiento. Es, sobre todo, el derecho a condiciones para una vida plena y saludable, algo que es mucho más amplio que el concepto de prestaciones de servicios cuando uno está enfermo, o cuando necesita hacer una consulta médica. Es el derecho a que los entornos que rodean a la vida sean propicios para el desarrollo de una existencia saludable. Es importante destacar que el goce de la salud y el ejercicio de los derechos humanos son interdependientes. Entonces, se ve que hay una relación entre los derechos humanos y la salud. El incumplimiento de los derechos humanos afecta negativamente el bienestar físico, mental y social de las personas y comunidades. Esta lámina muestra algunos ejemplos de lo que pasa cuando hay violaciones de los derechos humanos, como por ejemplo, prácticas nocivas, tortura, esclavitud o violencia contra las mujeres y los niños; o cuando falta el derecho a la participación, a la no discriminación, a la información, a la intimidad, a la educación, a la alimentación y a la nutrición. Hay un intercambio muy importante entre los derechos humanos y la salud. Y la legislación puede proteger u obstaculizar los derechos humanos y el bienestar. Por eso, no basta con declararlos. Hay que materializarlos. Y en esta jornada vamos a profundizar y reflexionar sobre cómo hacerlo. A través de los años, desde la famosa declaración de Alma-Ata, hecha bajo el lema de *Salud para todos*, en 1978 en Kazajistán, estamos tratando de materializarlos.

A partir del momento en que se destaca la importancia de la atención primaria de la salud para cubrir a toda la población con salud, a la vez que se involucra a todos los ciudadanos en la participación para alcanzar los objetivos, se siguió con el concepto de SILOS (sistemas locales de salud). Así, otra vez, se destacó la importancia de que la salud universal debe estar basada en un modelo de la atención primaria de la salud, vinculada a otros niveles de salud mediante redes. En 2003, se volvió a impulsar el concepto de atención primaria como base para alcanzar el derecho a la salud. Y en el informe mundial de la OMS apareció la

necesidad de renovar el esfuerzo y poner énfasis en la atención primaria de la salud, que sirve para mejorar la calidad y la equidad en la oferta de salud. Y en 2014, en esta región, los Estados Miembros aprobaron la estrategia para el acceso y la cobertura universal. Es la primera región en el mundo que tiene una estrategia de salud universal aprobada por los Estados Miembros. Y fue la Argentina el país que insistió y puso énfasis en aclarar que no es solo necesaria una cobertura universal, sino garantizar el acceso real, equitativo y con calidad para alcanzar la salud universal. ¡Felicitaciones! ya que la Argentina fue muy activa en ese debate.

Esta estrategia plantea cuatro ejes acerca de cómo materializar la salud universal. Eso es, que todas las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud adecuados, oportunos, de calidad; a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no exponga a los usuarios y sus familias a dificultades financieras; tan comunes cuando tienen un problema grave. El primer eje es fomentar más gasto público y dar mejor calidad por dicho gasto. Es un eje muy importante, porque la Argentina ya tiene un gasto público del 6% del producto interno bruto. Es uno de los países de América Latina que más gasta en salud. Aquí, el desafío es hacer un gasto más eficiente. El segundo eje es la transformación de los sistemas, basarlos en atención primaria y trabajarlo en redes. En los países de las Américas, tenemos el problema de los sistemas basados en los hospitales, no en la atención primaria. Tenemos que cambiar ese paradigma. En el tercer eje, está la necesidad de que sea el Estado quien proteja la salud de la población, quien se involucre en la gobernanza y rectoría de la salud. El cuarto eje gira en torno a la acción sobre los determinantes sociales de la salud: las condiciones de vida –de cómo nacer, cómo crecer–, el sistema de educación, las condiciones laborales. Todos esos aspectos impactan con fuerza en la salud. Así, llegamos a la Agenda 2030, que destaca el trabajo integrado. Como dijo Mauricio (Valdés), fue aprobada en septiembre de 2015, a través del proceso más integrador y participativo de toda la historia de las Naciones Unidas, que involucra a todos los países miembros, que surgió y fue muy conducido por ellos. Allí se destacó el desarrollo equitativo y armónico de no dejar a nadie atrás. Esos son los ejes que definen los objetivos del desarrollo sostenible (ODS) con las cinco “P”, enfocado en las personas, en la prosperidad, en el planeta, en la paz y en las alianzas.

Estos son los 17 objetivos, las 169 metas y los indicadores.

17 objetivos, 169 metas



El objetivo 3 está dedicado a la salud y el bienestar. Dice: *Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades. Para este objetivo hay nueve metas. Las primeras tres son 3.1) mortalidad materna; 3.2) mortalidad infantil y 3.3) fin de las epidemias de tuberculosis y sida.* Dichas metas fueron objetivos del milenio todavía no cumplidos, que fueron trasladados a la nueva Agenda. *Las otras metas son: 3.4) mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles –las crónicas son las epidemias de este siglo–; 3.5) Prevención del uso y del abuso de sustancias adictivas; 3.6) muerte y lesiones causadas por accidentes de tránsito. Es la primera causa de muerte de los jóvenes de entre 15 y 29 años en el mundo.* Si el sector salud no trabaja con el sector de tránsito y con otros sectores, no podemos avanzar en bajar el impacto, no podemos prevenir los accidentes. Apenas podemos manejar las consecuencias en salud. Siguen la meta 3.7) *acceso universal al servicio de salud sexual reproductiva; 3.8) cobertura sanitaria universal (destaca la protección contra los riesgos financieros, el acceso a los servicios de salud esenciales y de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguras, eficaces, asequibles y de calidad para todos y 3.9) Reducir sustancialmente, el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.* Aquí vemos que también hay que trabajar sobre el medio ambiente.

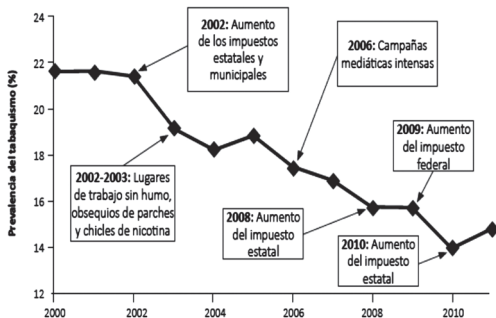
Pero la salud no está tratada solo en el objetivo 3; sino que se encuentra en los otros objetivos de la nueva Agenda. Y por eso, tenemos que trabajar de manera muy integral e integrada. La salud está en el objetivo 1 sobre el fin de la pobreza. Y la meta 1.3) habla de implementar sistemas de protección social para todos. También está en la meta 6.1) que habla de lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible. Además, la meta 5.2) reza: *Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y los niños*. En la 16.2) se solicita reducir todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todas partes. La meta 2.2) pide poner fin a todas las formas de malnutrición, lograr las metas sobre la reducción del retraso del crecimiento y la emaciación (pérdida de peso) infantiles. La 4.2) pide asegurar el acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y atención regular. Hay otros objetivos y metas. Por ejemplo, el objetivo 10, sobre desigualdad; el 11, sobre ciudades saludables. Ya tenemos más de la mitad de la población en entornos urbanos. Es necesario trabajar cada vez más en este objetivo. También está el objetivo 13 sobre cambio climático, que tiene un gran impacto sobre la salud. Y hay que trabajar no solo en la adaptación al cambio climático, sino también en la mitigación.

También hay que proteger a ciertos grupos de las poblaciones, como por ejemplo, las personas con trastornos mentales, la personas mayores, las personas con discapacidad, las personas que viven con VIH, los pueblos indígenas, el colectivo LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero), mujeres, adolescentes jóvenes y migrantes laborales.

Quiero terminar planteando tres grandes desafíos: El primero es lograr un sistema que materialice los derechos, un acceso efectivo a los servicios integrales, que no es solamente tratar enfermedades o dar prestaciones, sino que es prevención de enfermedades, es promover la salud, mantener una población sana, dar rehabilitación y servicios paliativos; conseguir que logremos servicios iguales, equitativos, oportunos, de calidad homogénea, que sean para todos, sin discriminación alguna, independientes de la condición laboral y de cualquier otra; y establecer una rectoría que parta de la autoridad sanitaria. El segundo gran desafío que quisiera destacar es sobre el Estado que protege y la importancia de la regulación. Necesitamos de la regulación del Estado para poder conse-

guir una vida saludable. Y en cuanto a los factores de riesgo más importantes, relacionados con el tabaco, el alcohol y los alimentos no saludables, podemos regular la publicidad, podemos utilizar políticas fiscales como impuestos, por ejemplo, podemos proveer información para que una persona pueda elegir de manera informada lo que va a comer; podemos proteger a nuestros niños de las publicidades nocivas que pueden impactar en su salud. Hay unos ejemplos al respecto: este es un gráfico que muestra la tendencia del consumo del tabaco de adultos en relación con los cambios de las políticas fiscales relativas al tabaco en la ciudad de Nueva York, a través de los años.

FIGURA 16. Tendencia del consumo de tabaco en los adultos en relación con los cambios de las políticas relativas al tabaco, ciudad de Nueva York (1993-2011)



Fuente: Basado en los datos del Departamento de Salud del estado de Nueva York y el Departamento de Salud e Higiene Mental de la ciudad de Nueva York.

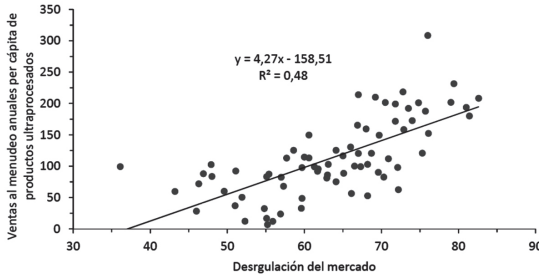


Miren cómo fue variando a medida que se iba aumentando el precio de los cigarrillos. Esa fue una política fiscal muy importante. Es una de las herramientas más poderosas para revertir el flagelo del tabaco, que es devastador.

Veamos esta lámina, que muestra cómo, cuando no hay regulación del Estado, se verifica un aumento del consumo de alimentos ultraprocesados, que son nocivos para la salud y constituyen un factor importante en la epidemia de obesidad que tenemos en los países de las Américas. Cuando hay regulación o políticas fiscales, se puede bajar su consumo. Cuanto más aumenta el impuesto, más disminuye el consumo nocivo.

Desregulación del mercado y consumo de alimentos ultraprocesados

Ventas al menudeo anuales per cápita de productos alimentarios y bebidas ultraprocesados en función de la desregulación del mercado en 74 países, 2013



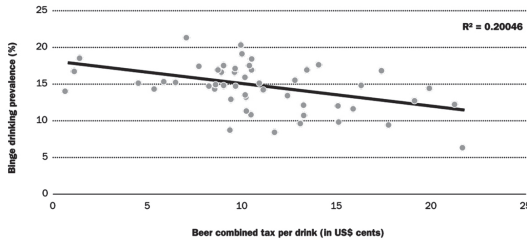
Fuente: Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. OPS/OMS



El tercer gran desafío es involucrar al ciudadano para posibilitar el contexto de una sociedad de derechos. Y en esta lámina, hay áreas específicas de protección.

Efectos del precio en el consumo de alcohol

FIGURE 29. Relationship between levied beer taxes and the prevalence (%) of binge drinking, by state, United States of America, 2010.



Note: Each yellow dot represents a different U.S. state.
 Source: Xuan Z, Chaloupka FJ, Blanchette J, Nguyen T, Heeren T, Nelson TF, Naimi TS (2014). The Relationship between Alcohol Taxes and Binge Drinking: Evaluating New Tax Measures Incorporating Multiple Tax and Beverage Types. *Addiction*. doi: 10.1111/add.12818.



Entonces, para terminar, quiero decir que materializar el derecho a la salud es una responsabilidad ética compartida por el Estado, el ciudadano y nuestra cooperación técnica. Y es posible conseguirlo. ¡Muchas gracias por su atención!

Palabras de Valeria Guerra, asesora técnica en Derechos Humanos de Naciones Unidas, Argentina Examen Periódico Universal (EPU) y Derechos Humanos: perspectivas, progresos y retos.

¡Buenos días! Me gustaría iniciar esta exposición con una pregunta: Cuando ustedes vieron en el programa que iba a hablar sobre el Examen Periódico Universal, ¿qué pensaron? Alguien que se anime. ¿Alguien sabe qué es el examen periódico universal? ¿Alguno no se anima a hacer un acercamiento al respecto? Bueno, vamos a explicarlo.



En la primera filmina, pueden observar todos los mecanismos de protección de derechos humanos con los que cuenta Naciones Unidas; y por mecanismos de protección tenemos que entender mecanismos orientados a proteger los derechos de todas las personas. Vemos en la filmina que tenemos un mecanismo convencional establecido en las convenciones de derechos humanos.

Mecanismos de Derechos Humanos



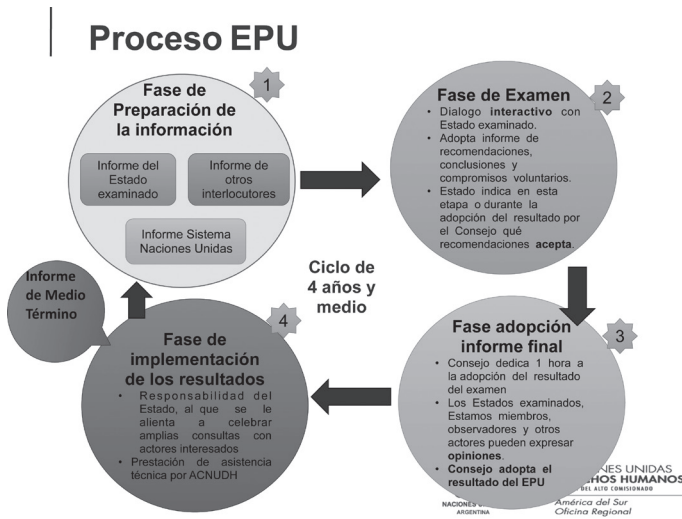
Son esos nueve tratados principales, entre los que se encuentran, por ejemplo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su artículo 12, reconoce el derecho a la salud. Estos tratados cuentan con órganos de tratados, que son comités que velan y supervisan por el cumplimiento de los derechos contenidos en las disposiciones de esos tratados de derechos humanos. Quizás alguno de ustedes haya escuchado o leído la Observación General del Comité de derechos económicos sociales y culturales. Una de las funciones que tienen los comités es establecer cuál es el alcance e interpretación de las disposiciones de ese tratado. Hay una específica, es la Observación General número 14, del comité de derechos económicos, sociales y culturales, que versa sobre el alcance del derecho a la salud contenido en el Pacto. Estos órganos de tratados tienen otras funciones, como recibir informes de los Estados. Por ejemplo, hace unas semanas, la Argentina pasó por el examen de la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés); y las observaciones finales, que son las recomendaciones que ese comité de expertos independientes realiza al Estado argentino, van a estar disponibles la próxima semana. Vale aclarar que estos comités, además, hacen estudios temáticos e investigaciones y también, reciben denuncias o comunicaciones, en la medida que el Estado hubiera aceptado dicha competencia. Todo ello se encuentra dentro del mecanismo de protección convencional, que hoy no va a ser el eje de esta presentación. Por otra parte, existen los mecanismos extraconvencionales que no son creados por un tratado, como los órganos de tratados, sino por resoluciones; en este caso, por el Consejo de derechos humanos, que es el órgano rector en materia de derechos humanos en Naciones Unidas. Ese Consejo ha creado dos mecanismos de protección, que son los procedimientos especiales, o como lo que se conoce como relatores especiales o grupos de trabajo, que son también expertos en la temática, y que también hacen visitas a los países, estudios temáticos sobre temas particulares. Por ejemplo, hay un relator especial sobre el Derecho a la Salud. Justamente esta semana y hasta la semana entrante, está en la Argentina, la relatora especial sobre la Violencia contra las Mujeres, sus causas y las consecuencias. Lo traigo a colación para que tengan en consideración que no son sistemas abstractos que solo funcionan en Ginebra, sino que viajan y hacen visitas como estas a los países. Son mecanismos que nosotros podemos utilizar para

proteger los derechos humanos. El relator especial sobre el Derecho a la Salud recibe denuncias de violaciones a los derechos humanos. Estos son mecanismos que están para ser usados; y en el caso de los relatores, si se presenta una denuncia no es necesario que agoten los recursos internos, sino que basta con que presenten el caso al relator.

Con respecto del Examen Periódico Universal (EPU) tiene la particularidad de que todos los 193 Estados miembro de las Naciones Unidas son evaluados en él. No importa la cantidad de tratados ratificados o si han ratificado o no los tratados internacionales de derechos humanos, todos van a rendir cuentas sobre su situación de derechos humanos cada cuatro años y medio. En el caso de la Argentina, ya ha pasado por los dos primeros ciclos; y el año entrante, pasará por el tercero. Todo el EPU se realiza en el marco del Consejo de Derechos Humanos. Este es un principal órgano intergubernamental que está constituido por 47 Estados miembro. Argentina fue miembro hasta el año pasado. Hay ocho lugares para el grupo de América Latina y el Caribe, que son asientos que ocupan los Estados allí; y en el marco de este Consejo, se realiza el EPU. Como les decía, el EPU es un mecanismo que examina la situación de los derechos humanos de todos los Estados miembro de la organización. ¿Cuál es la particularidad que tiene este mecanismo? Que son Estados examinando a Estados y que todas las temáticas de derechos humanos son examinadas en él. Es decir, desde el derecho a un ambiente sano, derecho de las mujeres, derecho a la salud, derecho a la educación, entre otros.

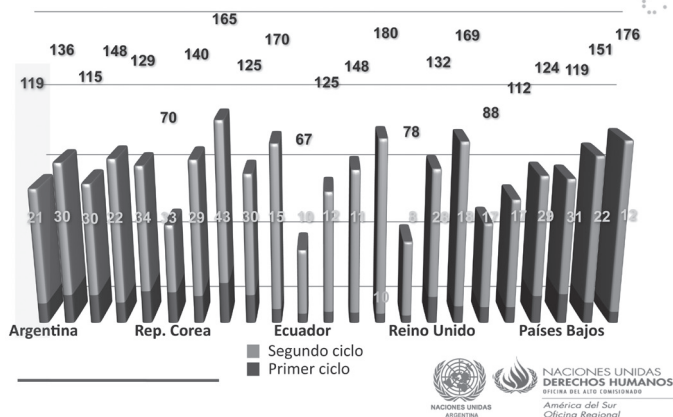
Y es el Estado, una vez que se le hagan las recomendaciones pertinentes, el que va a aceptarlas o no. ¿Cuál es el objetivo del EPU? Mejorar la situación de los derechos humanos en el país, verificar el cumplimiento de las obligaciones y compromisos en derechos humanos asumidos por el Estado y fortalecer su capacidad para proteger los derechos humanos. También, en ese marco, se generan cooperaciones entre los Estados. ¿A quiénes y qué se evalúa? Como dijimos, se evalúa a los Estados cada cuatro años y medio. Y lo hace ese grupo de trabajo de 47 estados que son miembros del Consejo de Derechos Humanos. En cada examen, hay una troika, constituida por los tres Estados que van a actuar como relatores y van a redactar el informe con las recomendaciones que se le realizan al Estado examinado. ¿Sobre qué se examinan los Estados? Sobre la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Carta de

Naciones Unidas y todos los instrumentos internacionales sobre derechos humanos que hubiera ratificado el país. Los Estados tienen también la posibilidad de hacer lo que se conoce como promesas o compromisos voluntarios; es decir, aparte de las recomendaciones que le hagan sus pares, el Estado puede ir más allá y comprometerse a una serie de cumplimientos con relación a derechos humanos.



Como ven en la filmina, este es el proceso. En este momento, la Argentina está en la primera fase. Y podemos preguntarnos sobre qué hacen los Estados esas recomendaciones. Sobre la base de tres informes: el que desarrolla el propio Estado sobre la situación de los derechos humanos en su país; el que hacen otros interlocutores, como puede ser la sociedad civil, instituciones nacionales de derechos humanos y la Academia y el que prepara el Sistema de Naciones Unidas presente en el país. Ese es el proceso en el que estamos ahora. El informe de otros interlocutores de la Argentina tiene que estar presentado en marzo de 2017; por lo cual, nosotros promovemos que las organizaciones de la sociedad civil y la Academia también presenten su informe sobre cuál es la situación, por ejemplo, sobre el derecho a la salud en la Argentina. Y creo que los paneles que van a tener a continuación, van a ser muy importantes y un gran aporte para ese informe.

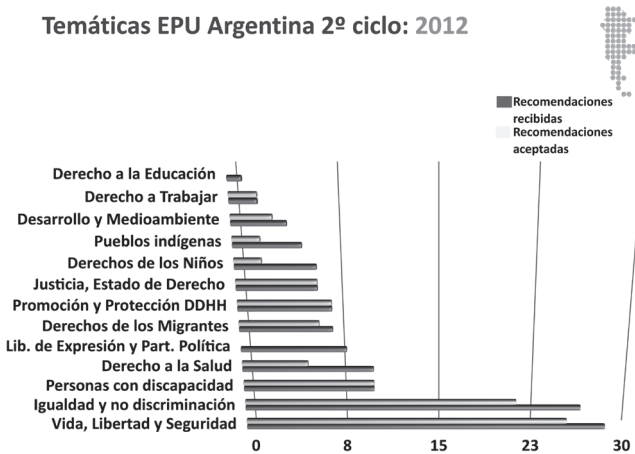
**Comparación recomendaciones EPU 1er y 2º ciclo:
Países que han completado 2º ciclo**



Ahora, quiero que vean una comparación de las recomendaciones que han recibido los diversos Estados entre un primer ciclo y otro. Les muestro que la Argentina, en el primer ciclo, ha recibido alrededor de 21 recomendaciones y en el segundo, 119. ¿Por qué creen que hubo mayor cantidad de recomendaciones en el segundo ciclo? Uno quizás, a primera vista, podría pensar que la Argentina está incumpliendo sus obligaciones internacionales en derechos humanos y por ello entonces, tuvo más recomendaciones en el segundo ciclo que en el primero. Si uno mira a los otros países, observa que a la mayoría le ha pasado lo mismo. Esto no se debe tanto a una mayor violación de los derechos humanos, sino que es causado porque los Estados están apropiándose de este mecanismo y sintiéndose más cómodos para recomendar a sus pares, cosa que no pasaba en el primer ciclo. No hay que dejar de tener en cuenta que también, se trata de un sistema con componentes políticos y diplomáticos, por lo cual, las recomendaciones, en general, estarán en línea con la política exterior que tenga cada uno de esos países. ¿Cuáles son las medidas que se les exigen a los Estados en la región? Políticas públicas. En general, en la región, tenemos un marco normativo importante. El gran problema de nuestra región es la falta de implementación de ese marco. No es algo que solo le ocurre a la Argentina. Pero como señalábamos, la Argentina recibió 119 recomendaciones en el segundo ciclo, que fue en 2012. El

Estado argentino respondió aceptando la mayoría de las recomendaciones –algo que suele repetirse en la región–, ha tomado en cuenta algunas, en otras ha manifestado que ya están parcialmente cumplidas y ha rechazado otras. En esta oportunidad, casi 79 recomendaciones giran en torno a la necesidad de políticas públicas. Después, le sigue la legislación, la institucionalidad –que tiene que ver con contar con instituciones, o fortalecerlas–, la capacitación y la estadística.

Temáticas EPU Argentina 2º ciclo: 2012



En la filmina verán cuáles son las temáticas sobre las que se le ha recomendado a la Argentina. Miren en qué lugar está el derecho a la salud. Aparece en tercer lugar de importancia. No es un dato menor. ¿Por qué hay temáticas que aparecen más en las recomendaciones que otras? Eso tiene mucho que ver con la información que se le presenta al Consejo de Derechos Humanos. Es decir, si ustedes trabajan en el ámbito de la salud y están viendo cuáles son los desafíos o qué cosas faltan, una posibilidad es la presentación del informe EPU y hacer recomendaciones a la Argentina. ¿Y por qué insistimos en esto? Porque el EPU es importante para tener una guía sobre todo el mapa de los derechos humanos y sobre qué temas tenemos que trabajar más.

Veamos algunas de las recomendaciones en materia de salud que le fueron hechas a la Argentina en el 2012: políticas públicas, garantizar la salud sexual y reproductiva con el objetivo de proteger mejor los derechos de las mujeres y prevenir la mortalidad materna –esa es una re-



comendación que se ha repetido a varios países—, reforzar los esfuerzos tendientes a reducir la tasa de mortalidad infantil, aplicar de forma efectiva, la guía técnica para la atención de los abortos no punibles, así como adoptar medidas para que los niños con discapacidad sean incluidos en el desarrollo del sistema educativo y de planes del seguro de salud y continuar implementado programas y medidas destinados a garantizar el derecho a la salud y a la educación.

Todas estas recomendaciones han sido aceptadas por el Estado argentino. ¿Qué quiere decir esto? Que el país, el año próximo, va a tener que explicar cuáles han sido los avances, y también, declarar cuáles han sido los desafíos que ha enfrentado al momento de tratar de implementar esas recomendaciones que le han hecho los Estados. Como habrán visto, muchas de las recomendaciones son sumamente amplias. Sin embargo, tenemos que ver esas recomendaciones a la luz de las que han hecho los órganos de tratados; es decir, los comités, que son los que tienen la expertise en el tema. Tendríamos que complementar esas recomendaciones con las que ha hecho el comité de derechos económicos, sociales y culturales en materia de salud a la Argentina. Con seguridad, van a ser mucho más específicas y técnicas de lo que van a ser las recomendaciones del EPU porque no olviden que quienes las redactan son políticos de los Estados y no necesariamente técnicos. Y una de las medidas legislativas recomendadas a la Argentina en el EPU 2012 era considerar la posibilidad de ratificar el convenio marco de la OMS para el control del tabaco. Esa fue una de las medidas que se le recomendó a la Argentina en materia de salud también. Para terminar, quiero decirles que nosotros como Naciones Unidas consideramos que esta herramienta es importante, no solo porque tiene la legitimidad de que fue el propio Estado, que aceptó esas recomendaciones y se comprometió a implementarlas en un plazo de cuatro años y medio, sino que nos permite tener una guía, una orientación de cuáles son las políticas públicas, medidas legislativas o de institucionalidad en materia de derechos humanos que están faltando o que pueden ser mejoradas. Y creo que la jornada de hoy va a servir para detectar en forma efectiva, esos avances, así como cuáles son los desafíos que aún quedan pendientes en derecho a la salud. Como bien decía Maureen (Birmingham), el derecho a la salud, como derecho humano, no se concentra solo en el acceso a la atención médica, sino que abarca muchos otros derechos y muchas otras libertades de los seres humanos.

Para terminar, veamos cuál es la relación de los objetivos del desarrollo sostenible (ODS) y el EPU. Tanto los ODS como los derechos humanos están intrínsecamente relacionados. Quizá hayan escuchado esa frase que dice: *Sin derechos humanos no hay desarrollo sostenible; sin desarrollo sostenible no hay posibilidad de ejercer los derechos humanos*. Esto es así. Y esta Agenda lo plantea muy claramente. Entonces, la implementación de estos diecisiete objetivos tiene que ir acompañada con ese enfoque de derechos humanos. Asimismo, los derechos humanos generan condiciones para la implementación de la agenda; pero a su vez, esos ODS pueden contribuir sustancialmente a la realización de los derechos humanos. En este contexto, las recomendaciones del EPU que vimos pueden tener ese doble propósito de fortalecer la implementación de los derechos humanos en el país, así como también, contribuir a ese desarrollo sostenible, ya que el fin siempre es no dejar a nadie atrás. Y eso implica que nuestro foco de atención tiene que estar sobre los grupos más vulnerables o vulnerabilizados, como pueden ser los pueblos indígenas, los niños, las niñas y las personas con discapacidad, entre otros. Ese debe ser nuestro foco de atención en el marco de la implementación de la nueva Agenda global 2030. Muchas gracias y si hay alguna pregunta, estoy a su disposición.

Debate con el público

Un participante le pregunta a Valeria Guerra acerca de la violencia ejercida sobre los equipos de salud. Ella contesta:

Creo que si usted tiene información al respecto, sería muy importante que la incluya en este informe; y quizás, los Estados hagan una recomendación específica en ese sentido. También puede haber una violación de derechos al personal sanitario y sería importante resaltarlo. La verdad es que yo no tengo información y no sé si los colegas de la OPS la tendrán, pero si este fuera el caso, me parece pertinente presentar el informe en el EPU, con el fin de que se realicen recomendaciones sobre este tema.

Pregunta del Doctor Pagés: Mi pregunta va dirigida a cómo ustedes están pensando en esta oportunidad de trabajo que se ha abierto, en lograr una mayor consistencia entre lo que podríamos considerar las recomendaciones más pertinentes en el contexto y la coyuntura actual de este país. O sea, las recomendaciones que vimos en su última lámina, creemos que son muy generales y abstractas. ¿Cómo se puede lograr consistencia entre eso y lo que planteaba la doctora Birmingham? Porque acá, estas recomendaciones están demasiado centradas en los servicios. ¿Cómo conseguir recomendaciones que tengan un enfoque mucho más abarcador en línea con lo que la doctora Birmingham presentó en su disertación?



Respuesta de Valeria Guerra: Contestando a su última pregunta, lo que están analizando ahora los Estados es la necesidad de que las recomendaciones no sean tan amplias, por el problema con el que se encuentran cuando vuelven a sus países para tratar de implementar esas recomendaciones, se preguntan, por ejemplo ¿qué quiere decir continuar adoptando programas de salud? Entonces, lo que ahora están pidiendo los Estados para este ciclo que comienza en marzo es que las recomendaciones sean mucho más específicas. Pero para que esas recomendaciones sean más específicas, también es necesario que la sociedad civil y la Academia recomienden más específicamente; es decir, que traten de incluir en sus informes, recomendaciones específicas para el Estado, quizá también resaltando disparidades territoriales existentes. Por ejemplo en las recomendaciones

recibidas por la Argentina en el segundo ciclo del EPU son muy pocas las que hacen alusión a un territorio específico donde una determinada problemática es mucho más importante que en otros territorios. Creo que tanto la sociedad civil y el sistema de Naciones Unidas, podríamos realizar recomendaciones más específicas, para que luego, la implementación pueda ser, quizá, más efectiva, y en temas del derecho a la salud no solo hacer referencia a cuestiones de acceso a la atención de servicios médicos, sino también a su relación con otros derechos, como una vivienda adecuada o la educación sobre cuestiones relacionadas con la salud.

Otro oyente hace otra pregunta: Yo quiero hacer una pregunta. En las recomendaciones en las distintas áreas que fueron mencionando, algunas fueron más generales y otras más específicas. Ahora, teniendo en cuenta la coyuntura que vive la Argentina en este momento, con una situación muy compleja de vulnerabilidad, sobre todo, en Rosario, quisiera saber si hay alguna recomendación sobre el tema de las adicciones y la drogadependencia.

Guerra le responde: Cabe aclarar que esas recomendaciones fueron hechas al Estado argentino con anterioridad. De hecho, no hay recomendaciones recientes sobre ese tema. Entonces sería importante incluirlo, dado lo que usted manifiesta sobre la situación actual, además, de tratarse de una población vulnerable. Se podría plantear esa situación para que sea una recomendación específica del estado argentino el año entrante. Pero sería muy bueno que presenten un informe sobre el estado de situación respecto de los usuarios de drogas, a fin de que otros Estados realicen recomendaciones específicas sobre ese tema.

El mismo participante le pregunta si no toman en consideración los documentos de la Iglesia, de la Universidad Católica Argentina (UCA) o los otros que a esta altura ya son de dominio público.

Guerra le responde: Ustedes pueden acercar la información, a través de la presentación de un informe en el que hagan referencia a esos documentos. Eso puede servir para reflejar la situación de vulneración de derechos que ustedes están manifestando.

El doctor Julio Bello toma la palabra: A mí me tocó participar en la evaluación del tema de la niñez en el 2001, en una situación similar a la actual, donde había un gobierno que se estaba yendo y noso-

tros estábamos llegando. En esa oportunidad, me pareció que la evaluación es como un como sí; que tanto de Naciones Unidas, como del gobierno, se responde. Hay un juego de satisfacción burocrática, pero no de búsqueda de la verdad; o sea, se produce un informe que es respondido por funcionarios de Naciones Unidas y eso se da como cumplido y avanza. En el 2001, uno de los que participó en la evaluación de la Argentina después fue elegido por Naciones Unidas para formar parte del Comité; y a partir de esa experiencia, cambió el sentido del Comité, y Naciones Unidas se plantó frente a los gobiernos y empezó a preguntar. Mis preguntas son: ¿En la Argentina, qué institución es la responsable de la construcción de la respuesta? ¿Y después, hay una relación permanente entre la respuesta y la evaluación, aparte de preparar el informe?

Guerra le responde: Él se estaba refiriendo al Comité de los derechos del niño que está dentro de los mecanismos convencionales. Pero la lógica de los comités es distinta que la del EPU, porque en los comités, los participantes son expertos en el tema. Por eso, las recomendaciones son bastante más específicas técnicamente, con preguntas más concretas en el diálogo interactivo que tienen con el Estado. El EPU es un examen entre Estados y sus recomendaciones tienden a ser más amplias.

Con relación a cómo nosotros damos seguimiento al tema, Naciones Unidas trabaja con el gobierno argentino en la implementación de muchas de las recomendaciones y tenemos un trabajo armado desde el Sistema de Naciones Unidas sobre cómo, de alguna manera, podríamos contribuir con proyectos, actividades y programas para que el Estado pueda, al menos, dar seguimiento e implementar esas recomendaciones, por lo que yo diría que, si bien tiene que haber una voluntad política para hacerlo, el informe no debe quedar guardado en el cajón de un funcionario, sino que hay que sacarlo y hacer un seguimiento para ver cómo se implementan las recomendaciones. En nuestro trabajo, tratamos de hacer un seguimiento de esas recomendaciones; de hecho, dentro del marco de cooperación entre el gobierno argentino y Naciones Unidas, se explicita cómo nuestra colaboración puede contribuir al seguimiento e



implementación de las recomendaciones recibidas por los mecanismos de derechos humanos. Aquí, en la Argentina tenemos un trabajo para tratar de contribuir a la implementación de esas recomendaciones. Con respecto al órgano responsable de dar la respuesta, para el EPU, por lo general, viaja una delegación a Ginebra, que está conformada por autoridades del Ministerio de Relaciones Exteriores, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y algunos otros Ministerios que correspondan y son determinados por el gobierno. Pero no necesariamente esa delegación es la que va a dar la respuesta de aceptación o no a determinada recomendación. Muchas veces, lo que hacen los Estados es volver al país, porque puede haber cuestiones que la delegación no puede responder o porque necesite alguna autorización política de otros Ministerios, que quizá no hayan sido parte de dicha delegación. Entonces, hacen una consulta y elevan la respuesta.

El doctor Artaza agradece la participación de todos.

Panel 1

Acceso y cobertura universal en salud: materializando el derecho a la salud ¿dónde estamos, adónde vamos?

Coordinador:

Oswaldo Artaza

Participantes:

- Julio Bello. *Asociación Argentina de Salud Pública.*
- Rubén Torres. *Rector de la Universidad ISALUD.*
- Eduardo Amadeo. *Diputado nacional. Miembro de Comisión de Salud Honorable Cámara de Diputados. Ex secretario de Acción Social.*

El coordinador Oswaldo Artaza presenta a los disertantes

Bueno, vamos a tener una mesa con personas que tiene una vasta experiencia y aquí, ninguno necesita presentación. El doctor Rubén Torres, rector de esta universidad, con amplia experiencia en el campo de los sistemas de salud de nuestros países; el doctor Julio Bello, de conocida trayectoria e integrante del equipo de la Asociación Argentina de Salud Pública, con la cual la OPS está trabajando hace rato; y el doctor Eduardo Amadeo, Diputado nacional y miembro de la Comisión de Salud de la Honorable Cámara de Diputados y quien fuera secretario de Acción Social, lo que le permite poder darnos una visión desde esa área.

La doctora Maureen Birmingham, en el bloque inaugural, presentó una transparencia donde se enfatizaba que no era suficiente con declarar el derecho a la salud; y que había que materializarlo. También nos señaló que *salud* es un concepto muchísimo más amplio que la mera



ausencia de enfermedad, y que por lo tanto, cuando hablamos de materializar el derecho, no solo tenemos que pensar en la atención médica, sino en el amplísimo universo de las condiciones para la vida plena, para que el goce de la salud se exprese, para que florezca lo humano y pueda expandirse en toda su potencialidad. No es menor el desafío. Cuando hablamos de salud, estamos hablando de un desafío que vale la pena, que es importante luchar por ello, ya que abre un mundo de posibilidades. Y como especie humana, es valioso que nos comprometamos a facilitarlas. Este desafío –como derecho– es un objetivo relativamente nuevo en la historia de la humanidad, ya que los derechos humanos aparecieron muy recientemente. Y aún, una sociedad de derechos no está plenamente instalada. Está en construcción. Y en el espacio de salud, es aún más joven respecto de las búsquedas para materializarla. ¿Cuáles son los caminos?, ¿cuáles son las herramientas? ¿Cuáles son los medios más eficientes para que esto pase de la declaración, de la lírica, de la prosa, al hecho, al hecho? Esto es un reclamo de la ciudadanía; y por lo tanto, es la responsabilidad de todos ir posibilitándolo. Y en esa búsqueda, los Estados miembros de la OPS se comprometieron a la estrategia de acceso y cobertura universal de la salud, como una manera práctica de materializar el derecho. Y no estuvo exento del debate. Ustedes saben que la OMS estuvo posicionando el concepto de cobertura universal durante muchos años. Y en un informe, explicó de manera gráfica, para acercarlo a la comprensión de todos, qué significa la cobertura universal, a través de un cubo con tres vectores: uno, que señala quiénes están cubiertos, otro, que indica los servicios que se les proveen y el tercero, que muestra cuánto es la protección financiera, o sea, cuánto es el gasto de bolsillo directo de las personas. Esa apreciación del concepto en las Américas, fue tema de mucha discusión y resistencia. Se asoció con la mera protección desde el punto de vista financiero, solo con arreglos estructurales que posibilitaran afiliación a los sistemas; y, por lo tanto, como dijo la doctora Birmingham, hubo un movimiento dentro de las Américas que señaló que la cobertura podría ser necesaria, pero nunca suficiente. Y la distancia entre lo necesario y lo suficiente lo cubre una sola palabra: el acceso, el acceso efectivo, entendiéndolo como la posibilidad cierta de que las personas puedan resolver integralmente sus necesidades. Esto agrega una tensión nueva y es a eso a lo que los países se comprometen cuando suscriben esa resolución de acceso y cobertura universal, que ahora se ha ido abreviando con el

nombre de *salud universal*, que por lo demás, no es tan distinto del concepto de *salud para todos*. Muchos preguntan cuál es la diferencia entre salud para todos, –que era el lema surgido en Alma-Ata, como la propuesta para materializar el derecho a la salud–, con este nuevo concepto de salud universal. Quizá no esté en el propósito o en el objetivo. Ambos podrían ser los mismos. Lo que sí ha cambiado de forma notable es el contexto. Porque es evidente que las necesidades de las personas y de las comunidades han cambiado de modo radical en las últimas décadas; así como han cambiado mucho las tecnologías de las que dispone el ser humano; Y han variado de forma evidente, los aspectos políticos, sociales y culturales con respecto a lo que las personas, hoy en día, entienden y comprenden, sus expectativas. El mundo de lo que esperan las personas es notablemente distinto al mundo de las expectativas de hace 30; 40 o 50 años. Y eso es totalmente determinante de lo que hoy, las sociedades entienden y exigen por derecho. Desde ese cambio de contexto, esas cuatro líneas estratégicas que vamos a pasar a discutir ahora, no son menores, sino grandes desafíos. La doctora Birmingham las señaló. No voy a repetirlas. Simplemente me refiero a ellas para provocar la discusión y para que recuerden que guardan relación respecto de contar con más recursos disponibles, de que las personas estén dispuestas a aportar más recursos para la salud de las poblaciones. Y cuando se constata que las personas no van a estar dispuestas a aportar más recursos, si no están convencidas de que esos recursos son usados en forma adecuada, la competencia por los recursos es muy fuerte; el costo de oportunidades de cualquier recurso es evidente; y, por lo tanto, la ciudadanía, al no estar involucrada en el conocimiento de cómo se usan los recursos, la posibilidad de disponer de ellos, disminuye.

Con respecto a la transformación de los sistemas, hay que reconocer que los construidos para la enfermedad hoy están fracasando en todo el mundo y no pueden responder a las nuevas necesidades en el actual contexto. Eso lo sa



bemos desde hace muchas décadas, pero no ha habido una capacidad para generar el cambio del paradigma. Hay una distancia entre el diagnóstico y la posibilidad cierta de hacer los cambios.

En cuanto a la rectoría y la gobernanza, creo que no es posible entender a la sociedad como se puede entender a un regimiento; en el cual, el rector es el señor general que da una instrucción que todos cumplen. Las sociedades son, cada vez más diversas y plurales; y la ciudadanía reclama por democracias menos formales y más reales; y por lo tanto, ejercer la rectoría en la pluralidad, sobre todo en países que son suma de países, que además, tienen estructuras políticas complejas, como la Argentina, que al ser un país federal, tiene sistemas fragmentados y segmentados. Y que esa fragmentación y segmentación es un reflejo de cómo está estructurada la propia sociedad. Eso es algo que tampoco puede resolverse con facilidad, ni por decreto; sino que obedece a causas histórico-sociales de larga data. ¿Cómo ejercer allí la rectoría? ¿Cómo no dejar en manos del mercado cosas donde el mercado no tiene experiencia y es probadamente ineficaz, ineficiente e inadecuado para resolver o tomar decisiones con respecto a temas, como pueden ser, disposiciones sobre alimentos o sustancias que son dañinas para la salud? Y queda el tema de las determinantes sociales. Hace mucho tiempo que se sabe que el resultado del bienestar está determinado —en más de un 70%— por el nivel del desarrollo, el nivel de la distribución de la riqueza, el nivel de justicia que los países alcancen, expresados en cosas tan básicas como el acceso a la vivienda, la educación y el empleo digno. Todos sabemos eso hace mucho y hay evidencia muy sólida para ello. Pero, a su vez, trabajamos en estanco; las políticas sociales no tienen suficiente coherencia; muchas veces, el sector Salud está atrincherado en los hospitales, con dificultades para dialogar con los otros sectores. Este es el panorama, este es el desafío. Y las dos grandes preguntas son: para materializar el derecho a la salud, ¿dónde estamos? —y cuando nos preguntamos eso, hay que tener en cuenta un tiempo, una historia, una geografía—, y ¿hacia dónde vamos? Esta pregunta lleva por intención llevarlos a pensar en las oportunidades y los desafíos en la Argentina, de cara al 2017 y al EPU. Ahora, sin más, quiero invitar al doctor Julio Bello, de la Asociación Argentina de Salud Pública para que haga su exposición.

Palabras del doctor Julio Bello Financiamiento y eficiencia en el gasto.

Es para mí un gusto y un honor estar acá en esta casa y en esta mesa y frente a todos ustedes, reflexionando sobre estos temas que nos ha propuesto la OPS.

Para saber adónde vamos, quizá sea importante analizar de dónde venimos, por aquello de las raíces y los frutos.



Me parece interesante recordar cómo se estructuró y cuáles fueron las bases del ordenamiento en salud de nuestro país. A mi entender, en la Argentina, la salud siempre, desde sus orígenes, formó parte de los derechos propios de los ciudadanos. No es lo mismo la introducción en América Latina de los españoles a la presencia de las poblaciones llegadas a los EE.UU. provenientes de Inglaterra. Estos llegaron con una ideología más individualista, más protestante, en el sentido de que vinculaban la enfermedad con el pecado y a la salud con la salvación; y declamaban que en el trabajo estaba la posibilidad individual de salvarse y poder formar una sociedad.

En cuanto a los hispanos, si bien llegaron con la espada y mataron a unos cuantos –y no se puede hablar de salud en ese caso–, también es cierto que vinieron también con la cruz. Con monjes y con sacerdotes, quienes lo primero que hicieron fue atender a esa población que los conquistadores, los dueños de las espadas, dejaban de lado. Y fue un lugar común, la construcción de lugares para atender a los enfermos, a los pobres y a los locos. Era parte de la habitualidad de la construcción de nuestro país. Eso se manifiesta más adelante, con la creación de la Sociedad de Beneficencia, que también se crea desde los ricos de la sociedad para atender a los pobres en una mirada responsable. No sé si en todas partes del mundo fue así. Acá fue así. La Sociedad de Beneficencia reemplazó en muchos lugares a la acción de los religiosos –terminó siendo estatiza-

da por Rivadavia— significó la presencia del Estado en la atención de los más vulnerables. Si bien no siempre recibían la misma calidad de atención en el confort, accedían a la misma calidad de atención profesional. Es que los mismos profesionales que atendían a las clases pudientes de nuestro país, eran los que trabajaban en la Sociedad de Beneficencia, donde atendían gratuitamente. Así se fue conformando una manera de atender a la población, donde los mismos profesionales médicos atendían por la mañana a los pobres y a la tarde, a los que iban a su consultorio. Y la forma de financiamiento era esa: con lo que ganaban a la tarde, atendían a la mañana. Y a nadie se le ocurría pensar que la atención del paciente de la mañana era una atención de peor calidad profesional. Todos nosotros nos formamos en el hospital público y la idea que teníamos era que había mejor medicina y mayor exigencia en el ámbito de las salas del hospital público que las que ofrecía el sanatorio de la esquina. Había una triple gratuidad: de atención (de prestación); de aprender; de enseñar. De ese escenario salimos nosotros. Cuando la sociedad argentina se complejizó, y no fueron solo los criollos los que demandaban servicios de salud, sino una gran inmigración que fue llegando en la segunda parte del siglo XIX, los inmigrantes trajeron su forma de cobertura de salud y se crearon las mutuales. Las mutuales fueron la manera de organizar su atención, a semejanza de lo que los criollos hacían en los hospitales. Fue una atención desarrollada en paralelo con los hospitales, pero fue también, una atención de libre accesibilidad.

En la obra de teatro *M'hijo el doctor* de Florencio Sánchez se manifiesta la tensión que aparecía entre un hijo médico y el padre italiano de origen humilde y muy trabajador. Así se fue creando una atención similar, una en consultorio por la tarde, donde se cobraba; y otra, más o menos gratuita por la mañana en los hospitales. Eso quedó instalado por muchos años. Pero trajo algunas consecuencias no queridas. Cuando los médicos dejaron de ser hijos de familias pudientes para convertirse en hijos de



• inmigrantes, necesitaban usar la profesión
• para vivir. No tenían una familia que los
• sostuviera. Y ahí aparece el tema de cómo
• empezar a trabajar y ganar unos pesos a
• partir del trabajo de la mañana. Y surge,
• con temor, la forma de retribución a los
•

profesionales en los hospitales. La primera forma fueron becas, ya que no se animaban a decirles que era un sueldo, porque los profesionales mismos veían mal que les pagaran para atender en los hospitales. Esa estructura conservaba, en la base, el derecho a la salud. Todos debían ser atendidos. Me atrevo a afirmar que históricamente, en nuestro país, no hubo gente en la calle sin ser atendida. Podían atenderte mal, podían estar sucias las sábanas en el hospital, podía pasar que hubiera que hacer una cola en la guardia, pero la experiencia era buena para poder afirmar esto. Yo no tengo la experiencia ni el recuerdo de que hubiera gente sin atender. Todos eran atendidos. Y en cuanto a la calidad, no puedo asegurar que la calidad en el sanatorio X fuera mejor que la del hospital H, por el contrario, ateneos, pases de sala discusiones clínicas fue lo habitual.

Más tarde, la complejidad fue dificultando esta relación. Y de hecho, apareció el desplazamiento de ese derecho a la salud por el valor creciente del dinero y del lucro en el sistema. Y eso fue contaminando todo, con esa idea –que no sé si es buena o mala, que creo que es de los psicólogos–, de que siempre hay que pagar lo que uno recibe; y que si uno no paga la prestación, la asistencia no es valorizada por el paciente.

Yo fui testigo de cuando, como gran ejemplo del progreso, se empezó a cobrar el agua en la Argentina. Antes, Obras Sanitarias cobraba una tarifa bimestral, que no tenía que ver con el consumo real del agua. Con el teléfono pasaba lo mismo. La compañía telefónica cobraba un abono que era independiente de la cantidad de llamadas que uno hacía. Esta modernización tiene una lógica de mercado más que de servicio. Esto, de alguna manera, se manifestó, luego, en la complejidad de las instituciones. Y terminó en esta sectorización de nuestro sistema de salud entre un sistema privado, otro de obras sociales y un tercero de salud estatal. Todo eso ocurrió a partir de una transformación política.

Cuando llegó el peronismo, en 1946, comenzó la presencia sistemática de los seguros de salud de las obras sociales, que en un principio era para los trabajadores y después, para toda la familia del trabajador. Esas más de doscientas obras sociales significaron un acceso de los obreros y su familia a la salud “privada”. La idea era que tuvieran la misma atención médica que los patrones. Y era la misma atención porque se atendían en la misma clínica o sanatorio. De hecho, los primeros que se dieron

cuenta que ahí aparecía un núcleo importante de financiación distinto del Estado fueron los estimados colegas. La gente de la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires (FEMEBA) fue la primera que dijo: acá nadie crea una vinculación personal entre el médico y el financiador, sino que la relación del financiador va a ser con la Federación, va a ser con el grupo médico organizado. Entonces tomaron para sí la administración del dinero y mediaban entre el paciente que pagaba la cuota y el profesional que cobraba. No fueron los gremialistas los que inventaron esta fuente de recursos. Fuimos nosotros, los profesionales. Como elemento “ético” se planteaba, el pago por prestación y la libre elección del profesional.

Otras formas de financiación, capitación, cartera fija, fueron de tardía aplicación y en la medida que los núcleos profesionales perdían poder político ante los gremios y luego frente a las financiadoras comerciales

Esa estructura, poco a poco, fue deformándose hasta lo que en 1975, denominé una inversión de la solidaridad; citada por el diputado Dr. Plácido Noziglia en la discusión sobre el seguro de salud, realizada por la Cámara de Diputados. Esta “inversión de la solidaridad” suponía, que desde la población más pobre, más marginada o más crónica, se generaba un flujo de recursos que iba a sostener a las obras sociales; y esas obras sociales utilizaban esos recursos para sostener a los sanatorios para la atención de los pacientes privados. Me explico: la obra social financiaba la atención de patologías habituales y simples como una apendicitis o una hernia; y los partos. Y pagaba a los sanatorios. La obra social no atendía salud mental, alta complejidad ni enfermedades crónicas. Pasó mucho tiempo hasta que esos servicios llegaron a incorporarse a las obras sociales. Y hasta entonces, todo eso quedó a cargo del hospital público, que fue desfinanciándose. Y pasó a contar con el aporte de las cooperadoras, el pago directo del paciente en el lugar de consumo –pago directo que podía ser dinero, la placa, el instrumental, la toalla, las sábanas o medicamentos–; uno llegaba al hospital y tenía que hacer un aporte voluntario a las cooperadoras o llevar los elementos faltantes.

Veán ustedes que había un flujo real de recursos de la población que iba al hospital, el hospital que asumía los costos de la atención a la población cubierta por las obras sociales, que a pesar de haber pagado la cuota, no podían atenderse en las obras sociales. Y ese dinero era utilizado para atender a los pacientes que tenían en los sanatorios de la actividad priva-

da. Así se ve en forma clara que se estableció un flujo inverso de solidaridad, donde los más pobres, los más marginados y los más crónicos, aportaban recursos que permitían que el sistema financiara al sector privado. Eso fue así durante un lapso prolongado. Hubo discusiones, problemas y cortes de servicios. La situación era crónica: cuando no se les pagaba en tiempo y forma a los privados y se cortaban los servicios, entonces, aparecía el hospital público del que se decía –usando una reminiscencia tanguera– “que sufra mucho, pero que nunca muera”. Es que el hospital era el que sostenía todo el sistema para que funcionara. Si el hospital dejaba de atender, nos quedábamos sin atención de la población.

Más tarde, apareció una reactivación del hospital. Pero, a mí me parece que insensiblemente nos fuimos desplazando de un sistema basado en el paciente, a otro basado en el lucro o en la ganancia.

Cuando yo organizaba cursos de Administración de Salud en la Fundación Favalaro y hablaba de Salud Pública y accesibilidad, mis alumnos me miraban raro, como si dijeran: ya empezó este con la Salud Pública. Ellos querían que les hablara del negocio, de costo/beneficio, de forma de organización eficiente; lo cual era entendible. Pero yo, en mi formación, en mi ideología, durante años organicé mi pensamiento diciendo que la atención de la salud era gratis; y de grande me di cuenta de que no es gratis. El asunto es quién la paga. Y pienso que no debe pagarla el paciente porque es un impuesto a la enfermedad. Hay que pagar cuando uno está sano y en producción. Y cuando uno no puede producir porque está enfermo, el acceso debería sea sin costos personales.

Lo cierto es que eso siempre nos preocupó y en los últimos años, la gran discusión aparece centrada en los medicamentos de alto costo. He asistido a reuniones de especialistas donde se discutían los precios de las drogas oncológicas. Y recién en esta reunión apareció la pregunta de qué pasa con la accesibilidad de las personas a la salud. Y no solamente al servicio de salud, sino a la salud concebida en forma más amplia. Esta reacción a lo que nosotros concebimos desde un inicio como un derecho en nuestro país, se ha reavivado en estos momentos. Nosotros, con algunos amigos, hicimos una convocatoria para fortalecer una entidad que había muerto de inanición en los 70, que era la Asociación de Salud Pública. Con poca esperanza, convocamos a conocidos a una reunión. Creíamos

que íbamos a contar con cincuenta participantes, pero tuvimos doscientos, que llenaron la Academia de Medicina y se mostraron muy preocupados por el tema. Y el problema se nos vino encima. Nos preguntamos qué hacemos con doscientas personas calificadas y con alto compromiso para desarrollar de nuevo, el tema de la Salud Pública con una perspectiva distinta a la mera prestación de servicios o costo de los servicios. Créase o no, esto es lo que está ocurriendo en estos momentos, cuando aparece una serie importante de personas e instituciones, esta misma reunión, en donde estamos pensando como centro de la conflictividad el acceso de las personas al sistema de salud, incluida la prevención y la promoción, así como los factores determinantes, donde el trabajo y la educación tienen un lugar preponderante.

Creo que esta es una línea de pensamiento importante para poder reflexionar Cuáles son las herramientas que tenemos para volver a poner en el centro del sistema de salud a las personas y no al negocio, sin negar que el sistema debe ser financiado.

El problema es quién lo financia, cuándo y cómo. Decimos no al camino de la cooperadora que cobra al que va a consumir un servicio, y no al impuesto al enfermo. Queremos algún sistema de salud que signifique una posibilidad de un acceso libre, vinculado a la necesidad. No a “lo que tenemos para el que lo quiera usar”. Recordemos a Camilo Marracino y afirmemos un sistema donde se brinde “lo necesario para el que lo necesita”, incluyendo a la prevención y la promoción junto a la asistencia. Avancemos en la discusión de protocolos y en la articulación intersectorial con educación, trabajo, etcétera.

En esto no estamos solos. El papa Francisco dijo el otro día en África, que la salud no es un bien de consumo, sino un derecho universal; y por lo tanto, el acceso a los servicios sanitarios no puede ser privilegio de unos pocos. Y después señaló lo que tratamos antes, que el sistema capitalista centrado en el lucro desplaza del eje de la atención a las personas y a las familias. Este quizá sea el desafío de la gente de Salud Pública y sea la evaluación que tendríamos que hacer respecto del sistema de salud argentino. ¿Estamos volviendo a poner a las personas y a las familias en el eje del sistema o miramos para otro lado y seguirá siendo el lucro y la ganancia el único eje que dé fuerza y sentido a nuestras tareas?

Palabras del doctor Rubén Torres, rector de la Universidad ISALUD La transformación del sistema, estructurado en redes integradas basadas en la estrategia de la atención primaria de la salud.

Mientras escuchaba lo que exponía muy bien Julio, me acordaba de una película del cine negro francés, que marcó un hito en la historia de la cinematografía. Se llamó *El halcón maltés* y tenía una escena final que era espectacular. Para los que no la



vieron, les cuento que el halcón maltés era una suerte de ícono político. Cuando el detective que lo descubre se lo devuelve a quienes le habían encomendado el trabajo, estos le preguntan de qué material está hecho el halcón, porque como lo habían estado buscando y había pasado por situaciones de violencia a lo largo de la película, se pensó que podría tener un valor enorme, de oro. Y le responden que el halcón está hecho de los sueños, de los sueños de todas las personas. Hoy, Osvaldo (Artaza) hablaba sobre esos sueños y después, Julio (Bello) lo ratificaba, al referirse al sueño que los sanitarios tenemos respecto de la salud. La herramienta para transformar esos sueños en realidades es la política.

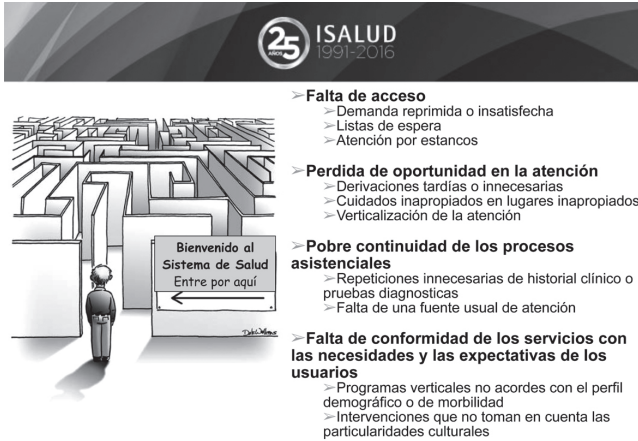
En estos minutos, voy a intentar conectar la idea de la cobertura universal, que hoy es la expresión política de nuestro actual gobierno, con la situación real de salud y derechos en la Argentina. Como ustedes saben, el ministro de Salud ha planteado la estrategia de cobertura universal de salud como el eje central de la política sanitaria. Expresada en ese cubo que presentó Osvaldo, que muestra quiénes están cubiertos, qué servicios reciben y cuánto se paga por ellos, si sitúan la atención en la definición de cobertura universal, que destierra esa lógica de que aparentemente no es más que una cobertura formal, para ser una cobertura efectiva, y si se plantea que todas las personas estén recibiendo servicios sanitarios de calidad, y si se tiene en cuenta que en la Argentina, el problema de la cobertura no es un problema del sistema sanitario argentino, sino que el problema está en las diferentes calidades de atención.

	Seguridad Social Nacional (289 O. Sociales)	Otras Obras Sociales	Obras Sociales Provinciales (24)	PAMI (INSSJyP)	Medicina prepaga	Sector Público (Nacional provincial y municipal)
Beneficiarios	Obligatorio: trabajadores formales y familiares a cargo Monotributistas Adherentes Servicio domestico Jubilados	IOSFA* (637/2013) S.P. F. Policía Federal O.S. Universitarias (30) O.S. P. Legislativo O.S. Poder Judicial	Empleados públicos provinciales, jubilados, y familiares a cargo. Adherentes	Jubilados y pensionados nacionales, cónyuges, hijos y otros. May. 70 años. Veteranos de Malvinas	Privados individuales; y por opción de cambio de la seguridad social nacional (individuales y corporativos)	Todos los argentinos
Financiamiento	Cotizaciones sociales (Aportes y contribuciones salariales. Trabajadores activos)*	Cotizaciones sociales (Aportes y contribuciones salariales. Trabajadores activos)*	Cotizaciones sociales (Aportes y contribuciones salariales. Trabajadores activos)*	Cotizaciones sociales (Aportes y contribuciones salariales. Trabajadores activos y pasivos)	Prima de bolsillo Cotizaciones sociales (Aportes y contribuciones salariales. Trabajadores activos) + pago de bolsillo	Rentas generales
Población	16.903.319**		6.606.172	4.465.624	1.800.000 ¹	42.435.154
Cobertura de seguros			29.975.115 (70,2%)			12.660.039 (29,8%)
PMO	SI	NO	NO	NO	SI	NO

Como pueden ver en la filmina, el 70% de los argentinos tiene una cobertura vinculada a un seguro social, a través de las obras sociales en sus distintas versiones, el PAMI, en el caso de las personas de la tercera edad, y de la medicina prepaga o seguros privados. El 30% restante está cubierto por el sistema nacional de salud configurado por su estructura nacional, provincial y municipal. Pero el problema es que tenemos que saldar la brecha de desigualdad que existe en esa cobertura. Porque es muy distinta la condición del que se atiende en uno u otro servicio; y eso no depende de la calidad técnica de los profesionales y del personal de salud, sino de uno de los componentes de la salud universal, que es el modelo de gestión y de atención que cada uno de esos sistemas tienen. Y eso marca una diferencia que, como vamos a ver, puede terminar en mayor enfermedad o muerte para algunos de los que se atienden en unos de esos sectores.

No voy a perder más de unos segundos en hablar de una tontería que no justifica, como vamos a ver al final, que un argentino que nace en Santiago del Estero tenga condiciones de vida o de muerte diferentes a las de un argentino que nace en Tierra del Fuego. Cuando hablamos de la famosa fragmentación con la que aburrimos los sanitaristas, decimos que la Argentina está muy remarcada por tres tipos de fragmentación:

una que es la territorial, vinculada básicamente a la estructura jurídica de la Argentina, donde los indicadores dependen del desarrollo económico de cada región y cada provincia opera con su particular restricción presupuestaria y con sus políticas sanitarias. La Argentina no tiene un sistema de salud, sino veinticuatro; cada uno de los cuales opera con sus individualidades. Tenemos una fragmentación de derechos, que se plantea cuando cada sector de la población –como muy bien planteaba Julio– tiene un derecho a un nivel de atención diferente en función de su capacidad económica y de su ubicación en el mercado. Y después tenemos una tercera fragmentación que es la de regulación, que es la más grave de todas porque es la que marca la intervención del Estado para poder subsanar el peso de las otras dos fragmentaciones; y cuando hablo de una fragmentación de la regulación, lo digo porque la lógica de la intervención del marco regulatorio argentino repite la fragmentación del mercado. Es decir, tenemos una ley para cada provincia, otra ley nacional y una tercera municipal. Y ninguna de las tres actúa conjuntamente entre sí. Tampoco voy a perder más que unos segundos en recordar lo que hemos trabajado mucho tiempo en la OPS, pero todos los que hacemos Salud Pública planteamos –y a veces lo digo en tono de broma y un poco en serio también–; cuando era funcionario de la OPS y recorría los países hablando de los sistemas de salud, de la importancia de la atención primaria y de las redes integradas, me sentía como un apóstol en tiempos de Cristo, ya que uno va, repite esas cosas, todos lo escuchan con muchísima atención, pero después, el resultado es que nadie aplica las cosas que escucharon. Y el balance final es ese que ustedes ven en la filmina: el paciente termina ubicándose frente al sistema de salud de esa manera, de pie y paralizado frente a un laberinto de opciones. Y esto que parece gracioso no lo es, porque en términos de cobertura universal eso implica falta de acceso, pérdida de oportunidades de atención, pobre continuidad de los procesos asistenciales y falta de conformidad con los servicios por las necesidades y expectativas de los usuarios. Respecto de lo que Julio planteaba recién, de que cuando se llamó a reconfigurar la Asociación de Salud Pública Argentina, a él le sorprendió que mucha gente viniera, creo que en términos de la prestación de servicios pasa algo parecido. Si nosotros llamáramos a la gente y le preguntáramos qué servicio de salud quiere, es muy probable que esté más cerca del modelo de la atención primaria que del modelo que tiene actualmente.



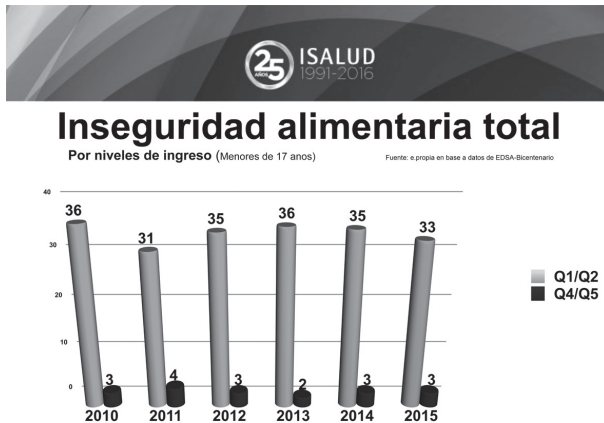
El otro aspecto que tiene que ver con la lógica de derechos y de la cobertura universal, es que tiene un problema clave en una de las tres dimensiones de la cobertura universal. Nosotros no tenemos problemas en la cantidad de población cubierta, tenemos relativos problemas en cuánto se paga por los servicios, pero tenemos un brutal problema en los servicios que están cubiertos. ¿Por qué digo esto? Porque de los subsectores que se ven en la filmina, hay solo dos subsectores que tienen garantizados un conjunto de prestaciones –llamado programa médico obligatorio (PMO)– al cual están afiliados, a través de su obra social o de un seguro privado. El resto de los argentinos, desde el punto de vista jurídico, no tiene garantizado un conjunto de prestaciones. Eso equivale a decir que los más pobres de los argentinos, los más desvalidos de todos, aquellos que están bajo la responsabilidad del sector público nacional, provincial y municipal, no tienen garantizada una canasta de prestaciones. Esa es una vulneración profunda a la igualdad de derechos del conjunto de los argentinos. Acá tengo que referirme a que existe otra vulnerabilidad, a mi entender, mucho más violenta, que consiste en que el conjunto de los argentinos que están asegurados por una obra social, durante su vida activa tienen derecho a cambiarse de obra social cuando esa entidad no le presta el servicio que les corresponde. Ahora, cuando más necesitan del servicio, que es cuando están en la tercera edad, en ese momento no tienen derecho a cambiarse de obra social. Esa es una brutal vulneración de los derechos de la tercera edad en la Argentina.

	Seguridad Social Nacional (289 O. Sociales)	Otras Obras Sociales	Obras Sociales Provinciales (24)	PAMI (INSSJyP)	Medicina prepaga	Sector Público (Nacional provincial y municipal)
Beneficiarios	Obligatorios: trabajadores formales y familiares a cargo Monotributistas Adherentes Servicio domestico Jubilados	IOSFA* (637/2013) S.F. F. Policía Federal O.S. Universitarias (30) O.S. P. Legislativo O.S. Poder Judicial	Empleados públicos provinciales, jubilados, y familiares a cargo. Adherentes	Jubilados y pensionados nacionales, cónyuges, hijos y otros. May. 70 años. Veteranos de Malvinas	Privados individuales; y por opción de cambio de la seguridad social nacional (individuales y corporativos)	Todos los argentinos
Financiamiento	Cotizaciones sociales (Aportes y contribuciones salariales. Trabajadores activos)*	Cotizaciones sociales (Aportes y contribuciones salariales. Trabajadores activos)*	Cotizaciones sociales (Aportes y contribuciones salariales. Trabajadores activos)*	Cotizaciones sociales (Aportes y contribuciones salariales. Trabajadores activos y pasivos)	Prima de bolsillo Cotizaciones sociales (Aportes y contribuciones salariales. Trabajadores activos) + pago de bolsillo	Rentas generales
Población	16.903.319**		6.606.172	4.465.624	1.800.000 ¹	42.435.154
Cobertura de seguros			29.975.115 (70,2%)			12.660.039 (29,8%)
PMO	SI	NO	NO	NO	SI	NO

El otro aspecto desde el cual quiero enfocar esta situación es el de los objetivos del desarrollo sostenible (ODS) y en la lógica en que lo presentó Maureen (Birmingham), –que me parece maravillosa y se lo acabo de decir– de que por las características de nuestra sociedad, la idea de salud para todos es prestaciones para todos. Esto está muy metido en la sociedad argentina. Cuando decía hoy muy bien Osvaldo (Artaza) que las prestaciones de salud son necesarias, pero no suficientes, yo agregaría que para la sociedad argentina, las prestaciones de salud son suficientes, pero en muchos casos, no son necesarias para conseguir salud, aunque parezca una paradoja.

Con respecto a los ODS, quiero referirme a tres aspectos que tienen que ver con ese enfoque de salud, no como prestaciones: uno está relacionado con el planteo de hambre cero, algo que el señor presidente de la Nación ha relacionado de algún modo, con la propuesta de pobreza cero; el otro, tiene que ver con la salud y el bienestar, en el sentido amplio del concepto salud –que Maureen planteó hoy perfectamente–; y el tercero, está asociado a uno de los componentes de los determinantes sociales, que es el acceso a cosas elementales como son el agua y el saneamiento en la Argentina, que tienen mucho que ver con esto. Vamos a ver alguno de los indicadores sobre el tema, básicamente, en esta dimensión de dere-

chos, que tiene que ver con lo que propone la oficina del alto comisionado de Naciones Unidas: la alimentación adecuada, la cobertura de salud y el acceso a servicios básicos. Analicemos la alimentación adecuada en este cuadro. Aquí se muestra para menores de diecisiete años en la Argentina y por el nivel de ingreso, cuáles son las condiciones de lo que se llama *inseguridad alimentaria total*. Estamos hablando de familias de las cuales no se sabe si por su ingreso y por su condición de vida pueden acceder a una canasta alimentaria básica para sostenerse.



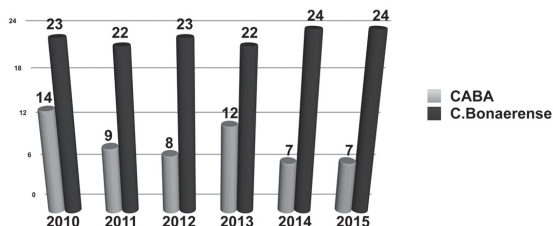
Miren lo que pasa en el país, en el quintil 1 y en el quintil 2. Se muestra el porcentaje de las personas que están en condiciones de inseguridad alimentaria; y miren lo que pasa en el quintil 4 y 5. Todos son argentinos, pero las diferencias son brutales entre un sector y el otro. Si lo vemos en otra dimensión, que ya no es el acceso, sino la condición de dónde viven esos argentinos que tienen hambre, tomando la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense, que es la representación del conjunto de la pobreza argentina. Fíjense ustedes: esta es la condición de inseguridad alimentaria en la Ciudad de Buenos Aires. Y esta, la del conurbano bonaerense. No estoy hablando de lo más profundo de la Argentina, sino del lugar más profundo de la pobreza en el país, que queda a siete kilómetros de acá.



Inseguridad alimentaria total

Por lugar de residencia (Menores de 17 años)

Fuente: e.propia en base a datos de EDSA-Bicentenario

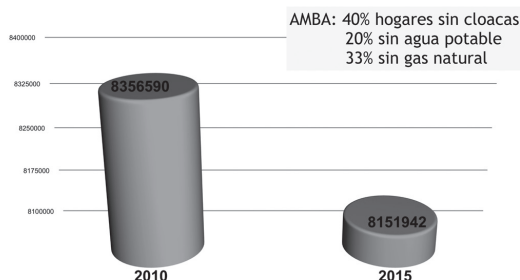


El otro aspecto es el acceso a servicios básicos, tales como cloacas y agua potable. Miren la carencia en conexión a esos servicios en cantidad de personas. Por la perspectiva del cuadro, parece que hubiera una gran diferencia entre el 2010 y el 2015. Cuando miran la cifra de arriba, se dan cuenta de que, prácticamente, esa condición no cambió. Y además, quiero aclararles que estas personas viven en lugares urbanos. No están siendo tomadas en cuenta las personas que viven en estados rurales, lo que incrementaría la inaccesibilidad a los servicios básicos. Y otra vez, si nos alejáramos siete kilómetros de acá, nos encontraríamos con que en el borde del área metropolitana de Buenos Aires y en el primer cordón del conurbano bonaerense, el 40% de los hogares no tienen cloacas, el 20% no tiene agua potable y el 33% no tiene gas natural.



Carencia en la conexión a servicios básicos

Cantidad de personas en hogares urbanos



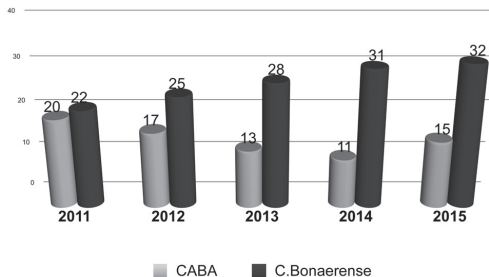
Y fíjense que esta irregularidad se repite hacia adentro de cada una de las provincias argentinas. Esas son las diferencias, en cada una de las provincias que ustedes ven ahí, entre el lugar de esa provincia que tiene mayor cantidad de hogares con algún baño o algún espacio para eliminar sus excretas, respecto de la población que tiene la menor cantidad de ellos. Veán que en provincias que son, en teoría ricas, como Córdoba y Mendoza, la diferencia es de 10 a 20 puntos entre hogares que tienen acceso a la elementalidad de poder eliminar sus excretas.

La tercera dimensión de derechos la vamos a ver en el tema cobertura de salud, desde la perspectiva con que Maureen la planteó; es decir, del acceso a los servicios, pero también del acceso a condiciones de vida saludable. Una forma de medirlo es ver la población que desde hace más de un año no consulta al médico. Fíjense que acá está la población total de mayores y menores de 18 años. En la Argentina, hasta el año pasado, había un 25% de los menores de 18 años que hacía un año que no iba al médico. Y me permito recordarles que en la Argentina existe un programa que se denomina Asignación Universal por Hijo (AUH) y una de las condiciones para permanecer en él es el control sanitario. Entonces, o nos equivocamos cuando pusimos las condiciones, o no controlamos que se cumplan. Fíjense lo que pasa en los mayores de 18 años. Si esto lo desagregamos por nivel de ingreso, que es otra forma de ver la desigualdad, fíjense lo que pasa, otra vez, en el quintil 1; donde la profundidad es mayor y llega al 34%; respecto del quintil 5. Y observen lo que pasa entre la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense.

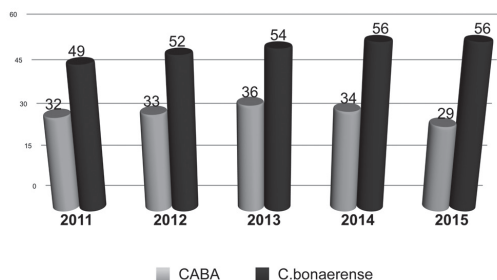


No consulta al médico desde hace más de un año

% según lugar de residencia. Fuente: propia en base a datos de EDSA-Bicentenario



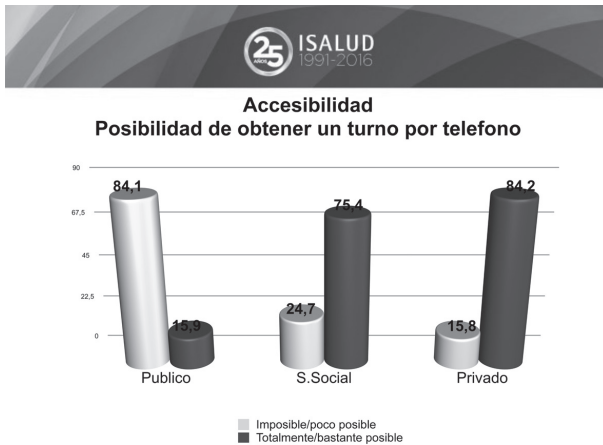
Veamos la atención de la salud bucal, las visitas al odontólogo. Casi el 50% de los menores de 18 años no va al odontólogo hace más de un año. Si eso lo planteamos en función del nivel de ingresos, vean qué pasa en el quintil 1 y qué pasa en el quintil 5. Y si lo hacemos por lugar de residencia, observen las diferencias si se vive en la Ciudad de Buenos Aires o se vive en la provincia de Buenos Aires.



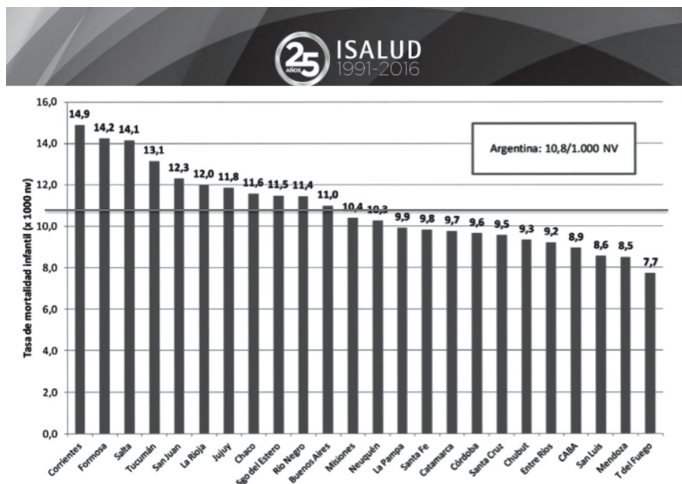
Y esto podemos verlo desde el punto de vista de condición saludable, no de acceso a los servicios. Una de las condiciones en que en nuestra encuesta de factores de riesgo, la salud es más deficitaria es en la falta de actividad física. Fíjense cuál es el porcentaje de ese déficit en los mayores de 18 años, según sus niveles de ingreso. Vean qué pasa entre los más pobres, donde el 84% no realiza actividad física regular. Eso es un 20% más del promedio de la Argentina, y miren qué distinto es para los más ricos. Y acá no estamos hablando del acceso a las prestaciones de salud. Estamos hablando, exclusivamente, de la posibilidad de acceder a una condición de actividad.

Una tercera forma de medir esto es analizar la posibilidad de obtener un turno por teléfono. Y por qué digo esto. Porque si bien es un índice muy pobre, de alguna manera mide la calidad de vida. Una persona que no puede acceder a un turno telefónico, que tiene que ir al hospital y esperar cinco horas para conseguirlo, pierde medio día de trabajo. Y posiblemente, eso signifique que su hijo no pueda comer ese día. Fíjense

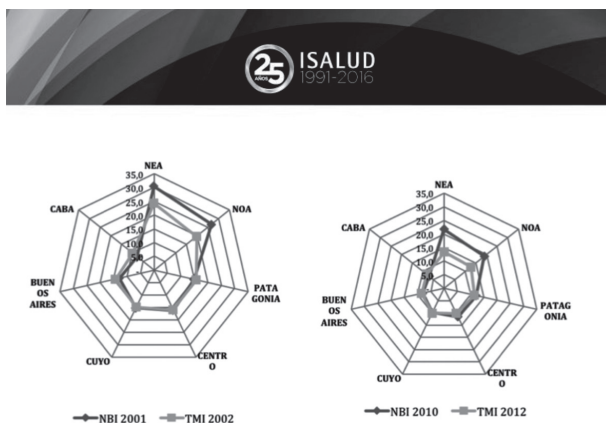
cuál es la diferencia. En el sector público, para el 84% de las personas es imposible o poco posible conseguir un turno telefónico. En el sector de la seguridad social y en el sector privado, cambia radicalmente. Eso es claramente un problema de gestión. Para eso no se necesita ni plata –porque el teléfono es muy barato en la Argentina–, ni se necesita nada más que decisión política y capacidad de gestión. Una cosa es muy barata y la otra es imposible de conseguir en el mercado.



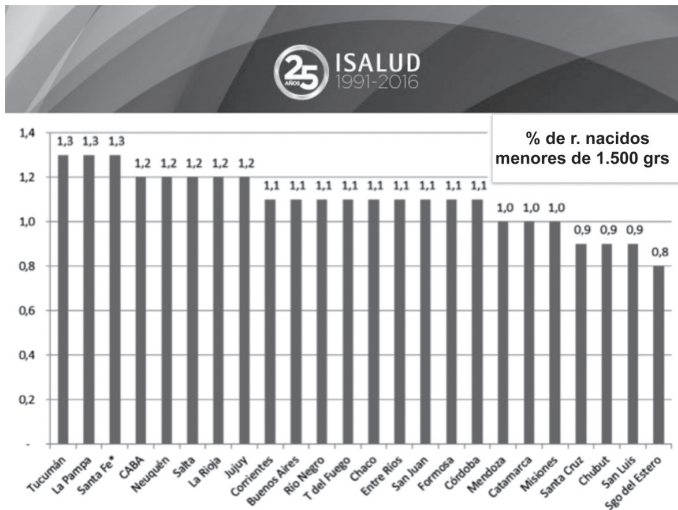
La otra forma de medir las condiciones de salud en la Argentina es por los indicadores habituales, como la tasa de mortalidad infantil. Esa es la tasa de mortalidad infantil. La línea gris marca el promedio de la Argentina. Fíjense que hay once provincias que hace más de treinta años que están por encima de ese promedio y nunca lo han bajado. Este cuadro muestra abajo, en forma clara, las provincias que tenían la menor tasa en esos años, y arriba, las que tenían las mayores tasas. Fíjense que en los últimos cuarenta años en la Argentina, no ha habido modificaciones. Si bien es cierto que la mortalidad infantil bajó, es muy diferente nacer en Corrientes o en Formosa, que nacer en Tierra del Fuego o en Buenos Aires. Eso, en algunos casos, puede significar de cinco a siete veces de diferencia entre un lugar y otro. Esta perspectiva la enlazo con la situación económica.



Fijense en ese cuadro. Ahí ustedes pueden ver la relación entre los pobres NBI (con las necesidades básicas insatisfechas), que es la línea más clara, en las distintas regiones del país, y cómo eso está relacionado con la tasa de mortalidad infantil. Vean que en el 2012, con mejoría económica en cada una de las regiones, la tasa de mortalidad infantil siguió acompañando exactamente, las condiciones de ingreso económico de cada una de las provincias. Esto hace referencia a esa fragmentación territorial de la que hablaba al comienzo.



La otra forma, y ya que estamos en la semana del prematuro, fijense en el porcentaje de los nacidos con menos de 1.500 gramos y en las edades de las madres menores de 20 y de 15 años. Vean que hay notables diferencias entre las provincias. Ese cuadro refiere a las mamás que son analfabetas o tienen educación primaria incompleta en cada una de las provincias. Sabemos que este indicador de la educación de los padres tiene una relación lineal con la mortalidad materna y con la infantil. Esto no se soluciona desde el Ministerio de Salud de la Nación. Y vean por qué les digo que la mortalidad infantil en la Argentina ha descendido, pero las relaciones no han disminuido. Hay velocidades en la disminución de esa mortalidad cuando uno analiza otra serie larga; y eso tiene que ver con un problema de gestión y con la falta de decisión acerca de cuáles son los ejes de una política sanitaria. En este cuadro, vemos las distintas y más frecuentes causas de mortalidad infantil: lo que está más oscuro, es la variación que esos indicadores experimentaron –la velocidad con la que descendieron– entre el 2002 y el 2006. Y la zona gris muestra lo mismo entre el 2006 y el 2012, donde ha habido una reducción de la velocidad de la disminución de los factores de riesgo, lo que está hablando de que tener políticas definidas y capacidad de gestión, cambia en forma clara la evolución de esos indicadores.



El otro aspecto tiene que ver con la protección financiera. Creo que es importante ver cuánto se paga de bolsillo por la salud. En la Argentina, entre el 2005 y el 2012, ha habido una disminución del gasto de bolsillo. Dentro del gasto privado, la asignación está vinculada al pago de primas de seguros privados. Pero globalmente, el gasto directo ha disminuido en la Argentina, lo que no ha disminuido es la diferencia entre los distintos niveles de ingresos. Es decir, los pobres siguen siendo más afectados por el gasto de bolsillo que los ricos. Y eso tiene que ver con el diseño de las políticas.

Por último, el mismo informe sobre el estado de la salud en el mundo que da lugar a la lógica de la cobertura universal habla de tres problemas: el recurso insuficiente, excesivos pagos directos en el punto de atención y el uso inadecuado o ineficiente e inequitativo de los recursos. Miren, el capítulo 4, habla de la definición que Maureen nos citaba esta mañana: Más salud por el mismo dinero. Entre el 20% y el 40% de los recursos de salud se pierden por diferentes causas de ineficiencia; y entre ellos, hay cuatro causas que son comunes: la mezcla inadecuada de la provisión de servicios de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación; la falta de motivación de los trabajadores de la salud —que podría estar relacionado con lo que hoy, un colega preguntaba sobre el tema de la violencia hacia los profesionales—; el tamaño exagerado de los hospitales y el gasto excesivo en medicamentos y tecnología. Para la sociedad argentina, muchas veces, las prácticas que en teoría, traen alguna innovación, son suficientes, aunque no sean necesarias para brindar un diagnóstico.

Teniendo en mente la idea de la desinversión en salud, muy declamada por el profesor doctor Juan Gervas, un médico de familia de España, me permití poner esas cosas que él sostiene y que ustedes pueden leer ahí, y que deberían leer muchos de los argentinos; y aprovechando que está el diputado Amadeo, digo que también deberían leer los Diputados antes de votar las leyes que votan. Gervas afirma que la desinversión en salud termina favoreciendo a las clases más privilegiadas, en lugar de favorecer a las menos acomodadas.

Quiero citar a Karel Vasák, un jurista checo muy importante, quien elaboró una teoría, para lo cual clasificó los derechos humanos, como ahora los conocemos, en derechos humanos de primera, segunda, ter-

cera y cuarta generación. Entre los segundos estaba el artículo 12 de la Declaración del Pacto Internacional: el derecho a la salud, a la asistencia médica, a la cobertura sanitaria universal. Entre los de tercera generación, aparecían otros derechos como por ejemplo, los derechos de los consumidores. Yo me permito recordarles –me encantó que Julio (Bello) lo mencionara– que la salud no es un bien de consumo. En la Argentina, la ley que regula los servicios de medicina prepaga, en el artículo 1º, tiene a la salud como un bien de consumo y pone como órgano regulador a la Oficina de Defensa de los Derechos del Consumidor. Habría que decirles a los amigos legisladores que redactaron eso –no es el caso de Eduardo (Amadeo), quien no estaba en la Cámara en ese momento–, que habría que revisar, a la luz de los derechos, si podemos seguir afirmando que la medicina prepaga es un bien de consumo.

Y para cerrar, les digo que si nosotros queremos alcanzar cobertura universal en salud, hay un librito, que les aconsejo que lean, que está ahí y que editó la OMS en el año 2003. Me parece una de las cosas más brillantes que escribió la OMS en los últimos años. Lleva por título ***Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud***. Ese librito dice algunas cosas que me gustaría leerles. Dice: “*Para alcanzar cobertura universal de salud, un país debe moverse en dos dimensiones: la primera es definir cuáles son los servicios prioritarios. En segundo lugar, hacer que alcancen a todos los ciudadanos. Y en cada una de esas dimensiones, hay que enfrentar una decisión crítica: qué servicios expandir primero, y una decisión ética: qué incluir en primer término. Pero hay una decisión que es inaceptable y es que se extienda la cobertura de mediana y baja prioridad antes de alcanzar cobertura universal para los servicios de alta prioridad*”. Por eso lo cité a Karel Vasák, porque en la Argentina se están garantizando derechos de cuarta y de tercera generación cuando en una provincia, veinte de cada mil chicos que nacen se muere antes del año. Entonces, si queremos tener derechos universales, lo primero que tenemos que garantizar es que esos chicos que se mueren en esa provincia, tengan la misma probabilidad de muerte que los que nacen en Buenos Aires o en Tierra del Fuego.

Y cierro con una narración: un conjunto de obispos están discutiendo acerca de las acciones que la Iglesia debería tomar; pero podría ser también, una discusión secular. Les dicen que tiene que ser una acción ilusio-

nante, inesperada, nítida, que por sí sola le devuelva el respeto a la gente. ¿Qué se les ocurre? Y los obispos responden con claridad: Respetémoslos. Si nosotros queremos respetar a los argentinos, una nación no puede ser sostenible si el lugar donde nace una persona define cómo va a vivir y cómo va a morir. Definamos esto y para ello, no es una argumentación válida que somos un país federal y que las provincias se reservaron el derecho a la salud. Eso que lo discutan los abogados. Y vayan a preguntarles a las madres de los chicos que nacen en Formosa, si eso es discutible a nivel de la salud. Muchas gracias.

El doctor Osvaldo Artaza presenta al diputado Amadeo.

La salud no es un bien de consumo. Si bien la Argentina tiene cobertura para todos y todas, no es la misma. Eso nos coloca en una exigencia ética en el momento de tomar decisiones, lo que termina generando decisiones justas. Todo esto requiere de acción política. Y no estamos hablando de la pequeña política, sino de la grande, la que coloca en primer lugar y en centro al ser humano. Y para escuchar sobre este tema, qué mejor que escuchar al diputado Eduardo Amadeo.

Palabras del diputado nacional Eduardo Amadeo, miembro de la Comisión de Salud de la Honorable Cámara de Diputados y ex secretario de Desarrollo Social.

Fortalecimiento de la rectoría y de la gobernanza en un país federal y en un sistema fragmentado.

Como ustedes saben, yo no soy un sanitarista, sino que me considero un amigo de la casa; de modo que entro a este tema por la ventana. Pero Rubén (Torres) me dio la punta para hablar de la cobertura universal y de los determinantes de la salud. Cuando hablamos de los



determinantes sociales de la salud, pensando en (Ramón) Carrillo, lo que tenemos que empezar a entender es que estamos hablando de una discusión sistémica, con todo lo que implica esa palabra: la interacción entre partes de un conjunto de manera orgánica y con un determinado objetivo. Entonces, para trabajar sobre la cobertura y los determinantes de la salud, voy a hablar pensando que estoy escribiendo el Informe de la Argentina para el 2017.

Me parece que lo primero y esencial que hay que hacer es mirar cuáles son los componentes del sistema y cómo interactúan entre ellos. Y aunque parezca obvio, el primer determinante es la definición de qué estoy hablando cuando hablo de pobreza. ¿Estoy hablando de la línea de pobreza? Esa es una denominación inventada por un ingeniero naval inglés en el siglo xviii, llamado Charles Booth, quien tenía sus oficinas en Londres, frente al río Támesis, desde donde veía cómo el agua subía y bajaba respecto del nivel de los barcos, y allí pensó en la línea de flotación y la asoció con la línea de pobreza. Es una definición importante, necesaria, pero primitiva para el objeto del que estamos discutiendo, sobre todo partiendo del planteo de Rubén (Torres) y de (Ramón) Carrillo.

Entonces, lo sistémico tiene que ver con una definición multidimensional de pobreza, que se va enriqueciendo cada vez más. Amartya Sen—el premio Nobel de Economía—agregó la idea de las capacidades y otros avanzaron aún más construyendo el índice de desarrollo humano.

Y no solo se avanzó en ampliar los componentes de la definición de qué es ser pobre y no ser pobre, sino en otras definiciones más complejas como por ejemplo, introducir la perspectiva del trayecto de vida. De nada me sirve la foto de lo que sucede con los niños, los adolescentes y los adultos como un insumo para la política pública, si no los pensamos en términos del trayecto de vida. Es muy fácil y cómodo decir que uno tiene una concepción multidimensional de la pobreza, pero es mucho más complejo y relevante desagregar los componentes y operar sobre ellos. Entonces, lo primero es ser capaz de medir la pobreza, sus fenómenos asociados y hacerlo de modo que podamos seguir su evolución en el tiempo.

Y cuando digo medir, en el caso de la Argentina, es un avance enorme poder tener datos confiables, complejos y sustentables en el tiempo. Y si nosotros tuviéramos que escribir el informe, diríamos que estamos ha-

ciendo un esfuerzo serio. Nuestro amigo Jorge Todesca –actual director del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) – lo está haciendo, pero todavía estamos lejos de poder tener algunas herramientas. Pero tenemos que avanzar en ese tema porque es algo esencial.

Además de medir y de tener claros los conceptos, tenemos que tener conciencia de la situación compleja que hay en todo el país; por eso me parece muy importante que Rubén (Torres) haya remarcado una y otra vez, las dimensiones en términos de Nación y provincias, porque si hay algo que caracteriza a la Argentina es el de ser dos países.

La capacidad del Estado para actuar y corregir en cada lugar es muy disímil. Hay espacios enormes del territorio nacional donde no se sabe cómo planificar, operar y evaluar, donde no existen recursos humanos capacitados ni computadoras, ni encuestas ni capacidad para elaborarlas lo que es un componente no suficientemente difundido de la inequidad.

El otro tema que se relaciona con la mirada sistémica de la pobreza es tener conciencia respecto de la posibilidad de acceso a los bienes públicos de calidad. Ya Rubén lo demostró. Para mí, si hay algo que lamentablemente caracteriza a la Argentina es la inequidad en el acceso a los bienes públicos. Y la idea de bien público, con lo genérica que es, es muy fuerte, porque nos habla desde el agua y las cloacas hasta el acceso a la justicia, el acceso a la protección del Estado y la educación. Vayan ustedes a los tribunales de familia en Lomas de Zamora, en la provincia de Buenos Aires, y van a ver las colas de madres jóvenes esperando durante horas para que les sean reconocidos sus derechos a la paternidad y a la alimentación. Tenemos un problema dramático en ese aspecto, tanto como el acceso a la protección de la policía. La mirada sistémica tiene que entender todo esto y lo que está pasando respecto de la provisión del Estado de los bienes públicos de calidad. Acá hay una discusión muy interesante que se dio durante los últimos años, y que tenemos que profundizar sin te-



nerle miedo, que tiene que ver con el tema de la inclusión, la calidad y la equidad. Hay muchas áreas donde se dice que ha aumentado muchísimo la inclusión, pero si las miramos con atención constataremos que no han mejorado ni la calidad ni la equidad.

Por lo tanto, inclusión sin calidad es inequidad. Un caso clarísimo es la educación. Todos los que estamos acá podemos decidir la mejor educación para nuestros hijos y movernos en función de la información que tenemos. Y podemos decir que nuestros hijos están yendo a una escuela de calidad, con todo lo que ello implica. Pero los ciudadanos más pobres no cuentan con la posibilidad de acceder a la mejor escuela y probablemente sus hijos estén condenados a una educación pobre para pobres, lo que marca el resto de su vida.

El otro punto que quiero tocar está relacionado con que esta mirada sistémica tiene que incluir también la cuestión de la asignación de los recursos en el Poder Ejecutivo y en el Legislativo. Me anticipo a decir que en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, pierdo la mitad del tiempo atajando las demandas sectoriales de cuanta persona pasa por la puerta y cree que su deseo –no solo sus necesidades– es un derecho; y por lo tanto, seguimos fraccionando el sistema de salud con demandas simplemente escandalosas e inequitativas, como fue en su momento, la ley de fertilización asistida. Entonces, el primer paso para la discusión y para el informe es si vamos a construir una sociedad donde todos tengan acceso equitativo e igualitario a mejorar los determinantes sociales de la salud.

Otra discusión que está apareciendo enhorabuena, es que se hace inevitable pensar en un nivel mínimo de ingresos, que ordene esas inequidades que mostró Rubén, pero que además, sirva para resolver un problema que está en la agenda de todo el mundo, como es el de los diferentes accesos a las oportunidades de trabajo, en función del cambio tecnológico.

Y cuando hablo de mercado de trabajo, hablo de empleo, de obra social y de acceso a la salud. La Argentina tiene que discutir el asunto del piso del ingreso, aunque tenga un problema fiscal terrible.

Nosotros hemos logrado instalar y ejecutar algunos aspectos, que creo que han planteado un inicio en el camino para resolver esta cuestión. El primero, pensándolo en términos de trayectos de vida, es la cuestión del inicio de la vida, la niñez. Bien sabemos que uno de los mayores desafíos de las políticas sociales es romper con los condicionantes de nacimiento; o sea, conseguir que las personas no vean su vida limitada por las restricciones que heredaron. Entonces, me parece muy positivo que hayamos priorizado el esfuerzo por hacer masivo el acceso a la asignación universal

por hijo (AUH), expandiéndola a casi un millón de personas por diversos medios, encontrando a los que no están dentro de las bases de datos, permitiendo a los pequeños contribuyentes que tengan asignación universal; y algo muy interesante e importante, es sostener el acceso a la AUH para los zafreiros y los trabajadores temporarios (el cañero tucumano o el zafreiro misionero, entre otros) que de otro modo, la perdían ni bien terminaban el trabajo, a pesar de que ellos son los más pobres de los pobres.

El segundo tema que tiene que ver con la niñez, nos convocó ayer, cuando dimos media sanción a la ley que establece la escolaridad obligatoria a los tres años. Hay una discusión sobre si el Estado debe intervenir o no. A mí me parece que es muy importante que se establezca, como principio de política pública, que haya que acercar a los niños a la educación a los tres años, lo cual implica un esfuerzo fiscal y operativo considerable.

Además, hemos hecho una importante asignación de recursos en este presupuesto para armar una red de contención a través de centros integradores comunitarios. Quiero hacer un comentario sobre este tema, acerca de una restricción fiscal que hay, que tiene que ver con la cantidad de recursos disponibles para desarrollar políticas de cercanía. Sobre cada \$100 que el sistema tiene destinados a lo social —este año es el nivel de gasto social más importante de la última década, es el 64% del presupuesto—, para acciones focalizadas solo quedan \$8. El resto pasa de largo. Por lo tanto, hay un problema grave para poder hacer acciones focalizadas muy cercanas en cuestiones ligadas con mejor alimentación, trabajo con las madres, porque el sistema se ha universalizado. Y está muy bien que se haya universalizado; pero la buena política social está requiriendo mucha cercanía por los niveles de vulnerabilidad de quienes tenemos enfrente. Pero el dinero se va en pensiones y en AUHs. De modo que esta es una discusión compleja que hay que dar también.

Otro problema tiene que ver con cuestión de la adolescencia, pensado en términos de trayecto de vida. Acá es vital una profunda reforma del sistema educativo, algo muy complejo y largo, donde más allá de los días de clase, el nivel de ausentismo docente y el funcionamiento del sistema de promoción, hay cuestiones muy claras en términos de los contenidos, probablemente en algunas dimensiones, que no son las propiamente educativas, sino que están relacionadas con las habilidades cognitivas, que

son vitales para los chicos, para su integración al mundo del trabajo. Hace poco vi una encuesta muy interesante que explica las razones por las cuales las empresas que buscan aprendices, rechazan a algunos. Además del problema gravísimo de las carencias que ya conocemos en Matemática y Lengua, muchos no tienen estructuras culturales básicas que les permitan formar parte de un ámbito de trabajo: la puntualidad, el respeto por las estructuras y la idea de la relación: saber que para llegar a B, primero hay que pasar por A. Los chicos no saben eso y, por lo tanto, se les hace muy difícil formar parte de un espacio de trabajo. Ahí hay un déficit que debe ser parte de la reforma del sistema educativo. Los jóvenes que tienen problemas de educación tienen niveles de productividad muy bajos, entonces, están condenados a repartir pizza con una bicicleta y, por lo tanto, la construcción de sus vidas es muy compleja.

Y acá aparece otro tema que no quiero dejar de mencionar, que tiene que ver con la construcción de sus familias. El tema de la inestabilidad de las parejas, el embarazo adolescente o temprano y el abandono de los chicos son cuestiones que hay que abordar. Hay cataratas de información que demuestran cómo la relación entre los problemas básicos de la formación vital de los chicos y la construcción de la pareja, el embarazo adolescente y los problemas posteriores, afectan la salud. Entre ellos, está el drama de la violencia intrafamiliar y la de género. Pensar que vamos a resolver el problema de la violencia de género aumentando las penas es mirar para otro lado. La epidemia de embarazos adolescentes que estamos teniendo, asociada a la fragilidad en la construcción familiar es un fenómeno muy complejo en términos de los determinantes posteriores de salud. Al respecto, acaba de salir una encuesta muy interesante del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), realizada en ocho países de América Latina, que demuestra cómo en los hogares monoparentales femeninos, el porcentaje de vacunación cae porque la madre no puede ocuparse del hijo porque no tiene tiempo ni energía para llevarlo a vacunar. Fíjense ustedes cómo se relaciona una cosa con la otra.

También hay que trabajar mucho la cuestión del primer empleo. En la economía, tenemos un problema estructural muy complejo, que es el altísimo nivel de informalidad y un sistema muy discriminador hacia los jóvenes. Yo no veo una solución rápida. Pero sí quiero plantear esta cadena que va desde la marginalidad de los adolescentes hasta las consecuencias

en términos de salud, de la familia y de ellos mismos. Esto es un ejemplo de mirada sistémica que hay que tener.

El otro tema que hace a la salud está relacionado con la masiva intervención que es necesaria en términos de hábitat. Una cuestión de primer grado de la sanidad es la relación del agua con la salud y en la Argentina, pues tenemos una situación dramática de inequidad en el acceso a los recursos. Yo vivo en un barrio cerrado y me da una vergüenza terrible pensar lo que pago por mis servicios; y del otro lado de mi alambre, veo a las familias llevando las garrafas. Eso exige una mirada muy compleja desde el punto de vista de la distribución de los recursos.

El otro tópico, en términos de trayectos de vida es la cuestión de los adultos mayores, donde hay un trabajo enorme para hacer. Hemos aprobado la pensión universal para ellos: a partir de algún momento del año próximo, van a tener acceso a una pensión básica. Y hay una discusión muy trascendente respecto del PAMI y de la cuestión de los medicamentos. Es una pelea que tenemos que dar todos, pues estamos manejados por un sistema oligopólico escandaloso, lleno de complicidades entre el sector público y el privado, que ha permitido que se armaran imperios industriales basados en la exacción de la renta a los pobres a través de los medicamentos. Y esta es una discusión política que ya estamos dando. Los Diputados vamos a presentar una denuncia en la Comisión de Defensa de la Competencia contra los laboratorios. Es una pelea muy fuerte que hay que dar, porque si no, el PAMI va quedando, como tomado entre dos pinzas, entre los medicamentos oncológicos biológicos carísimos y por otro lado, este sistema terrible que permite que sean los laboratorios los que fijen toda la cadena de decisiones del sistema. Este nivel de precios no se puede soportar.

Esta mañana vi un informe de la OMS sobre los determinantes de la salud, que ahora agrego sobre la mesa para complejizar todavía más la discusión. Es muy interesante porque se refiere al impacto que causa el estrés cotidiano sobre la salud. Recordarán ustedes que en ocasión de las grandes crisis que hemos tenido, a fines de los 80 y en diciembre del 2001, las consecuencias sobre la salud fueron muy claras y se verificó un



aumento de las enfermedades. Por lo tanto, conseguir una sociedad estable y previsible, donde se reduzca el estrés vital, donde no tengamos crisis macroeconómicas brutales, como las que hemos tenido los argentinos, es un garantía de mejor vida y salud; sobre todo, para los más pobres, que son las principales víctimas, porque son los primeros en perder el empleo y los últimos en recuperarlos, son los que gastan más rápidamente sus ahorros, son los más vulnerables a las crisis, y eso, en forma inmediata se traduce en peor salud o peores condiciones de vida.

No puedo olvidar el tema de las adicciones. Debería haberlo considerado en la primera parte. Nosotros estamos con un compromiso político muy fuerte con este tema, pero no les voy a explicar a ustedes cuáles son las consecuencias directas e indirectas sobre la salud. Aquí hay que tener en cuenta la dinámica y la estabilidad familiar de los más pobres. Un adicto en una familia pobre es una bomba de tiempo que afecta terriblemente a todo el conjunto.

Y llegando al final, agregué un par de temas más, que ahora los tomo de la OMS, pero hace unos años, yo escribí esto en un libro que se tituló País rico, país pobre. Uno es el tema del transporte, donde hay una inequidad brutal por donde uno lo mire, que afecta la calidad de la vida dentro de la familia, la posibilidad de estar cerca y el poder ocuparse de los hijos. Una mirada de equidad tiene que poder ocuparse de estas cosas.

Mi último punto iba a ser la cuestión de la integración del sistema de salud. De ese tema yo sé poco y nada. Escucho y leo lo que me llega a la Cámara de Diputados. Creo que hemos avanzado en algunos temas importantes, el primero es el Instituto de Evaluación de Tecnología. Y eso que nos ayuda muchísimo, en lo cotidiano, es motivo de peleas. Si ustedes quieren ver lo que es un ring, vengan a la comisión de Salud de la Cámara, cuando se discuten las infinitas demandas de los diversos sectores. La semana pasada tuvimos fibromialgia, albinismo, HIV y otras. En total, fueron diez casos de diversas enfermedades que vienen a pedir integración al PMO, más plata, etcétera. Y cuando uno intenta ponerle a eso condiciones de equidad, se complejiza todo. Yo me pregunto ¿por qué le tengo que pagar la fertilización asistida a la nieta de la señora de Fortabat? ¿O a una señora de 65 años que quiere embarazarse porque le resulta divertido?

El otro día vino gente de cardiopatías congénitas. La ley, que estaba escrita por un proveedor de equipos de medición de esa patología, establecía que todas las embarazadas tienen que hacerse un análisis de cardiopatía congénita de sus hijos aun cuando el feto no tenga ningún síntoma de la enfermedad y describía el equipo que había que comprar. Y vinieron veinte señoras, con hijos que lloraban, para ingresar una ley escrita por un proveedor de equipos. Perdonen el anecdótico, pero lo que pasa es que esta es una discusión muy profunda. Es que este es un sistema fraccionado por eso de que todo deseo se convierte en un derecho. Y esto solo puede resolverse con algo que a mí me supera y con el que ustedes trabajan todos los días, que es la integración del sistema de salud.

Y finalmente, con respecto a la cobertura universal de salud, yo no puedo opinar en cuanto a sus características técnicas. Yo escucho. Pero me parece que es un buen intento para desfragmentar el sistema, juntarlo, tener un sistema de *clearing* y empezar a caminar por ese lado. Les digo que este año, el esfuerzo desde el punto de vista presupuestario es enorme. El 64% del presupuesto nacional se va en gasto público social. Es el de mayor nivel de los últimos diez años: seguridad social está en +3,4%; vivienda en +3%; promoción social en +2%. El esfuerzo lo vamos a hacer, pero poder conseguir los resultados es largo y complejo, porque detrás de todo esto hay una estructura extremadamente fragmentada con cuestiones culturales muy complejas. Y cuando digo fragmentadas, veo las provincias, cuyos niveles de capacidad de ejecución de esos fondos son absolutamente inequitativas, diferentes y algunos casos, uno siente que se va a tirar la plata; y en otros, la van a aprovechar. Me parece que transformar esto va a ser una de las cuestiones más complejas en términos de lograr equidad territorial. Muchas gracias.

Toma la palabra el doctor Artaza y anuncia un espacio para preguntas.

Interviene un participante que dice: Uno de los grandes sanitaristas argentinos propuso que para evitar toda esa inequidad que tenemos, que da lugar a que cada provincia haga lo que se le ocurre y mal hecho, que el Ministerio de Salud sea el que maneje todo y el que proponga todo para el país. ¿Existe alguna posibilidad de que hagan algo semejante?

El doctor Amadeo le contesta: La Argentina es claramente un país federal y constitucionalmente, no se puede hacer. Pero a pesar de la Constitución, se han tomado una cantidad de decisiones muy importantes: la primacía que se les da a los consejos federales, el esfuerzo para que las provincias mejoren. Y hay que seguir por ese camino.

El participante le responde: Pero si analizamos la diferencia de lo que nos acaban de contar de lo que es una provincia y otra, esa proposición que habían hecho es fabulosa.

Toma la palabra el doctor Torres: Voy a disentir con mi amigo Eduardo (Amadeo). Creo que hay herramientas que se desaprovechan desde el punto de vista político y que no tienen los límites jurisdiccionales provinciales. Hay catorce millones de argentinos que están bajo la cobertura de una obra social nacional, que tiene un mecanismo de distribución de ingresos y otro de control de la regulación, que es absolutamente federal, como es la Superintendencia, para la cual, por ejemplo, se pueden plantear políticas de compras de medicamentos y políticas de modelo de atención que puedan utilizarse en todas las provincias, independientemente de la distribución territorial. Lo mismo, para el PAMI, que reúne cuatro millones y medio de afiliados. Es decir, que con una simple decisión política, casi veinte millones de argentinos (casi la mitad de toda la población) podrían tener un modelo de gestión, de atención y de compra de medicamentos que los abarque, eludiendo el bloqueo territorial. Para eso, se necesita la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación, lo que significa que el ministro de Salud pueda manejar la Superintendencia de Servicios de Salud y el PAMI; o sea, que tenga poder de gobernanza sobre esas dos entidades.

Otro participante dice: Yo voy a aprovechar la generosidad que ustedes tuvieron de ser políticamente incorrectos para ser peor que ustedes. Voy a hacer dos preguntas. La primera es: en el contexto de profunda inequidad, de esa división entre las dos argentinas, la restricción fiscal y el pleno crecimiento del gasto público, en un rato vamos a tener de cien a ciento cincuenta mil personas reclamando por una generación de puestos de trabajo y algo mucho más importante, la generación de una obra social propia de quien fuera beneficiario de ese trabajo. Me gustaría pedir la opinión, al respecto. La segunda es en relación con la cobertura universal de

salud anunciada desde el Ministerio. ¿En qué medida lo que se anunció hasta este momento podría aportar a esa desfragmentación o a mejorar las condiciones generales del desempeño de esos temas?

Le responde el doctor Amadeo, quien intenta decir una ironía respecto del sistema de salud chileno, pero el participante le pide que no hable de los chilenos, que hasta ese momento, habían tenido una participación extensa.

Yo no estoy en condiciones profesionales de poder opinar sobre el funcionamiento interno del sistema. Fue un decreto del presidente Macri que iba a generar un sistema de *clearing*, que permitiera avanzar en un mayor nivel de integración; y por lo tanto, además, generar políticas para compensar diferencias. Pero respecto de la mirada fina, tal vez otra persona pueda agregar algo.

Interviene el doctor Bello: Respecto del proyecto de cobertura universal, da la impresión de que es una caja vacía. (*Se escuchan fuertes aplausos*). Tiene la virtud de que podemos llenarla porque es una caja vacía de un gobierno democrático. Y para eso estamos acá nosotros. A mí no me angustia que esté vacía. Al contrario, prefiero que sea así. El problema es que lo que parecería haber no es muy confiable. Yo estuve en la Academia de Medicina cuando se presentó y ahí, el responsable de la Superintendencia de Servicios de Salud dijo que la ventaja era que iba a haber catorce millones de credenciales para la gente que no tiene cobertura y entonces, si alguien va al hospital y no está el servicio, puede ir a la clínica de al lado y se lo dan. A mí, eso me pareció peligrosísimo porque el eje está en la recuperación del hospital público como sostén del sistema. Creo si no, lo que va a pasar es lo que ocurre: se va a hacer una inversión en el sector privado para atender tonteras, y el sector público va a estar destinado a dar todo lo que da pérdida, lo que es complejo, lo que es malo, y seguramente, no va a recibir los beneficios de los catorce millones no cubiertos que se van a manejar con la tarjeta. A mí me parece que hay una gran posibilidad, y cuando digo esto del vacío, lo digo con seriedad y con simpatía para que la caja pueda ser llenada. Y por eso estamos reunidos acá. Esta reunión es la gran virtud de esa propuesta. Lo que hay adentro, hay que mirarlo con pinzas y tener cuidado de que no sea de nuevo, que en lugar de las personas, lo que esté puesto ahí, y

con poder, sean los negocios. Esto que dijo Rubén (Torres) respecto de los medicamentos es claro. Ese mecanismo funciona para todo nuestro sector. Entonces tenemos que estar muy atentos y ver qué vamos a poner en esa propuesta que en sí misma, me parece importante.



Interviene el doctor Torres: Coincido con Julio. Creo que ninguno de nosotros puede estar en desacuerdo con la cobertura universal. Ahora, ¿cómo se llena esa caja vacía hoy? Bueno, esa es una definición política en la cual todos tenemos que ayudar y tratar de que sea la mejor posible. Yo voy a volver a disentir con mi amigo Eduardo. Creo que el componente del *clearing* del sistema es un componente central, pero pienso que es el menos prioritario, ya que hoy no hay establecido un sistema de *clearing*, sino una ley en vigencia que nunca fue reglamentada, por lo que no se cumple. Si se reglamentara, permitiría aumentar ese sistema de *clearing*. Entonces, esto forma parte de una decisión política de tomar la historia de lo que sucede. ¿A qué me estoy refiriendo? Tenemos una ley de hospital de autogestión que establece con claridad cuál es el mecanismo de cobro a las obras sociales y a los hospitales públicos. Y existe la ley 315 del 2005, que está en plena vigencia y nunca fue reglamentada por decisión del gobierno de ese momento, que permite que esa misma situación se aplique a la medicina prepaga y a los prestadores privados de salud. Entonces, si hay decisión política para esto, es *clearing* para un conjunto muy grande de argentinos, casi veinte millones, que podría aplicarse a partir de mañana. Creo que acá también, hay un problema cultural. Una cosa es decir: vamos a hacer que haya *clearing* en los hospitales. Después tendríamos que decir qué van a hacer las corporaciones médicas de prestadores del interior con esa situación. Porque cuando el director del hospital de Salliqueló es el mismo dueño de la única clínica de Salliqueló, evidentemente existe un problema de competencia desleal para recuperar un fondo para el hospital público. Ese es un tema que habrá que discutir.

El doctor Artaza se dirige al doctor Amadeo: Dado que hiciste una ironía con respecto a Chile (se escuchan risas), quiero hacer una reflexión de las lecciones aprendidas a cómo llenar las cajas, porque las cajas son construcciones sociales, por suerte, porque si fueran la imposición de un

iluminado, serían peor. Veamos el vaso medio lleno de que hay posibilidades de construir. Durante la dictadura en Chile, el gasto público de salud –que el presidente Allende había conseguido llevar al 3% del gasto público– bajó durante el gobierno militar de Pinochet al 1,9%. En consecuencia, eso generó un daño enorme a toda la estructura del viejo servicio nacional de salud. La filosofía que había detrás era que se quería desarrollar el sector privado. Nacieron las ISAPRE –instituciones de salud previsional que funcionan a través de un sistema privado de seguros– y el concepto ideológico era que pasábamos de un sistema de salud de tipo Beveridge, a uno de mercado de seguros privados (ISAPRE) para todos, que iba pasar de ser de libre competencia de seguros y libre competencia de prestadores. Eso fue un cambio de paradigma. Pero no se produjo, porque hoy día en Chile, solamente el 18% de la población está en el ISAPRE, mientras el 80% restante está en el Fondo Nacional de Salud, en el sector público. Pero una vez recuperada la democracia, la decisión fue reinvertir en el hospital público, algo así, como decía Julio (Bello), como proponernos a volver a creer en el hospital público. Y se triplicó el presupuesto, pero la productividad ni siquiera aumentó el 15%. Si uno mira el número de consultas de especialidades, son prácticamente las mismas que antes. Las filas y las listas de espera fueron iguales. Cuando se tomó la decisión de decirles a las chilenas y a los chilenos que ya que no se podían garantizar todos los derechos en la lógica de la ética de las decisiones justas, se vio cuáles eran las enfermedades más prevalentes y a ese conjunto de problemas se les dio una garantía real. Cuando eso se hizo ley, nos encontramos con el problema de quién iba a dar la prestación. Entonces, ahí llegó la desconfianza de que, efectivamente, el sector público fuera a responder de forma cabal. ¿Por qué, adónde había ido el grueso de ese dinero? Se fue en renovación tecnológica, en renovación de infraestructura, pero la mayor parte fue para aumento de salarios. ¿Por qué? Porque el sector público está, de alguna manera, cooptado por los que trabajan allí y de forma fundamental, por el gran poder que tiene el cuerpo médico. Entonces, el gran debate en Chile era si se abría o no el sector prestador privado para poder dar garantía.

Por ejemplo, una vez, se vio que se habían acabado las listas de espera de diálisis. Efectivamente, era una garantía que se cumplía, un derecho que se materializaba, pero una denuncia en la prensa señaló que cerca

de un 20% de las personas que estaban en diálisis no tenían fundamento para estar allí. ¿Y por qué estaban?, según los denunciantes porque el nefrólogo indicaba que necesitaban diálisis y ese nefrólogo tenía algún tipo de participación en la sociedad que hacía la diálisis. Entonces, vean ustedes las luces y las sombras, y quiero expresarlo desde la experiencia de haberlo vivido, y demostrarles que en estas cosas, hay que empezar a escapar de la trampa del dogma y entender que si uno está de verdad con el corazón y con la cabeza en la atención de las personas, tiene que ver que ni uno ni lo otro, ni A ni B son totalmente perfectos, sino que uno tiene que analizar cómo aprovechar lo bueno de aquí y lo bueno de allá, colocando en el centro de interés a la persona. Y ahí está lo complicado, porque uno se encuentra con una cantidad de paradigmas, resistencias, intereses, que se suman y al tema de la política: cómo uno genera gobernanza para lograr que los distintos sectores incumbentes, con intereses legítimos y contrapuestos –porque las empresas no son criminales, sino que quieren hacer sus negocios– se sienten unos frente a los otros y se consiga esa armonía, ese balance, es la construcción de la política, que ponga por sobre todo encima a las necesidades de las personas y comunidades. (*Aplausos*)

Panel 2

Derecho a la salud y ciudadanía

Coordinador:

Eugenio Zanarini

Participantes:

- Daniel Arroyo. *Ex vice ministro de Desarrollo Social*
- Silvia Gascón. *Directora del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR)*
- José Luis Bichara. *Presidente de la ONG Vida sin droga y miembro del Centro de estudio en drogadependencia y sociopatías (CEDROS) de Universidad ISALUD. Sobre drogadependencia y salud mental.*

Zanarini presenta a los integrantes del panel:

Vamos a comenzar esta mesa con las palabras del doctor Daniel Arroyo, ex viceministro de Desarrollo Social de la Nación, especialista en temas sociales, quien va a hacer una introducción y una charla marco; para después, escuchar los temas específicos que tratarán los otros miembros de la mesa.



Palabras del doctor Daniel Arroyo

Buenos tardes a todos. Es un gusto poder estar aquí para plantear algunas ideas en torno a la tarea que hace la universidad ISALUD y a este encuentro sobre salud y derechos humanos en la Argentina del 2017.

Comenzaré esta presentación desde una mirada de lo social. No soy un hombre que vea las cuestiones desde la perspectiva de la salud, sino de lo social; y entonces voy a hacer lo siguiente, que espero que pueda ser útil: voy a resaltar lo que a mí me parece que son hoy, los siete deter-

minantes sociales más críticos que impactan sobre la salud y sobre varias cuestiones. No vean lo mío como alguien que puede discutir sobre el sistema de salud, y sí como alguien que ve problemas sociales, tendencias y dificultades, y que entiende que eso repercute sobre la salud.

El primer determinante social que es clave para mi modo de ver, es que hay un nuevo sujeto social en la Argentina, que es el que vende droga. Si uno va a cualquier barrio, va a encontrar una maestra, un gasista, un plomero y el que vende droga. Y acá se da una cuestión importante y es que el que vende droga gana más plata y es al que le va mejor en el barrio. Hay una nueva forma de movilidad social en la Argentina, que es ese alguien del barrio, que vende droga y que está mejor.

El ciclo en los grandes centros urbanos es el siguiente: un pibe está hacinado en la casa y se va a la esquina. En la esquina consume paco u otras sustancias, porque si no consume, no se integra al barrio. Cuando consume tiene un problema de salud por la adicción y debe plata, está endeudado. Y cuando se endeuda hay un vivo que se le acerca para venderle cualquier idea para cancelar esa deuda. El ciclo es: hacinamiento, adicción y endeudamiento. Diría que ahí está el primer elemento clave que termina conjugando con la problemática de salud.

En lo que yo conozco de la Argentina, faltan centros de atención de adicciones. Una mamá que tiene un hijo adicto hoy rebota en todos lados. No tiene adónde llevarlo y termina llevándolo a la comisaría porque no tiene otro lugar. Y esa es casi la peor salida posible, porque no ha cometido ningún delito, sino que tiene un problema de salud, de adicción. Tiene una dificultad. Me parece que este es el primer determinante social que, entiendo, impacta sobre la salud. Hay una nueva realidad social, un nuevo modo de movilidad social ascendente, hay una nueva forma de interacción en el barrio, que es la compra de droga. En este sentido, estamos en una tercera etapa. La primera es el aumento del consumo. Es evidente que se consume más droga y más alcohol. La segunda etapa es que el que vende droga se instala en el barrio y es un actor central. La tercera es el dominio del territorio. Hay lugares donde el Estado no entra porque lo domina tal grupo o tal otro. Me parece que esto cruza claramente, la problemática social con la problemática de salud, les complica más la vida a los más pobres, no porque la adicción sea un problema de la pobreza,

sino porque no hay espacios donde atenderse. Es un fenómeno que se ha extendido y va creciendo, y no es solo una cuestión de los grandes centros urbanos, sino que también se observa en localidades pequeñas. Diría que hay un determinante, una problemática social, que a mi modo de ver, cruza con la de salud.



La segunda etapa tiene que ver con el mercado del trabajo. La Argentina tiene el 35% de trabajo informal. Uno de cada tres argentinos son gasistas, plomeros, carpinteros, gente que hace changas, una señora que cose ropa en su casa. Todos ellos tienen varias dificultades, sin duda, pero una importante es que no tienen acceso al sistema de seguridad social. No tienen obra social, no tienen jubilación, no tienen vacaciones pagas. Están en una situación precaria y terminan tomando crédito a cualquier tasa de interés y de cualquier manera. Como en la Argentina el sistema fue concebido a través del recibo de sueldo del trabajo formal, allí se agregó todo el sistema de seguridad social. Cuando se hizo eso, había un 95% de trabajo formal. Tenía mucho sentido. Pero hoy, tenemos un 35% de informalidad laboral. Ahí tenemos un problema serio. Y diría que, en ese sentido, hay mucha gente, que representa a un tercio del país, que trabaja con dificultades y de manera precaria. Esa gente no solo tiene dificultades para acceder a la salud, sino que sufre una tensión constante por su mal vivir. A mí me parece que esto provoca una implosión social en la Argentina.

No hablo de explosión, sino de implosión. Hay mucha gente que revienta para adentro. El que anda mal, vive tenso, no tiene trabajo, llega a su casa, se pelea con su mujer y después, termina generando situaciones críticas y complicadas. Es el malestar cotidiano el que termina impactando en la salud. He recorrido muchas guardias de hospitales del conurbano bonaerense en distintas localidades y en diferentes horarios; y creo que en parte, el tema de la violencia y de los conflictos domésticos es el reflejo del mal vivir, de la implosión social y de las dificultades que uno ve en cualquier guardia de hospital, sobretodo, los domingos.

El tercer determinante, para mí, el más crítico de los tres, es que hay un millón y medio de jóvenes que no estudian ni trabajan. Esos pibes que están en la esquina perdidos, fuera de todo, complicados, que entran y salen, están un tiempo en la escuela, no consiguen mantenerse y se quedan afuera, están un tiempo haciendo alguna changuita, no logran sostenerse y se quedan afuera. Desde mi punto de vista, creo que lo que les quema la cabeza a las personas es estar hacinadas, no tener lugar, viajar mal o no tener trabajo. La suma de las tres está en Rosario, en el conurbano bonaerense, en Córdoba, en San Miguel de Tucumán. El fenómeno de conflictos fuertes golpea a todos, pero, sobre todo, a los jóvenes.

Pero aquí hay que mencionar una cuestión central, y que tiene que ver con la importancia de los valores en la Argentina. Siempre hay un pibe que trata de estudiar, trabajar y cambiar de situación, pero rebota en todos lados. Y le pasa que ve al que vende drogas termina siendo un actor central y que muchas veces le va mejor, eso termina desacomodando todo. Pero pese a esto, ese pibe busca alternativas por todos lados; y no se desanima, sobre eso debemos trabajar.

Creo que hay dos lugares centrales que tienen legitimidad en nuestro país: la escuela y el centro de salud. Y pienso que no hay más. Hoy la escuela está por arriba del centro de salud, es lo único universal y lo único que tiene legitimidad en la Argentina, que el pibe que se queda y que dice que lo que aprendió el año pasado, lo vuelve a ver este año, sabe que está en un lugar cuidado, que el padre que se queja, sabe que en la escuela están haciendo algo nuevo para sus hijos. Y el centro de salud es la otra referencia en el país, para un joven, para un barrio, para un lugar. A riesgo de generalizar, me da la impresión de que hay poca articulación entre ambos en términos generales, que hay fuertes dificultades, pero hay que tener en cuenta de que los jóvenes creen en muy pocas cosas: en la escuela, aunque se quejen; y en los que los atienden en el centro de salud, aunque también se quejen, porque sienten que en ambas instituciones les están prestando algún servicio concreto.

No creen en mucho más, ni en la política, ni en las organizaciones sociales en general; algunos, muy puntualmente, en la religión. Para mí, escuela y centro de atención primaria en salud tienen un rol central que va mucho allá de sus fines. Como yo veo eso, busco que tanto la escuela

como el centro de salud hagan un montón de cosas. Cualquiera que esté del otro lado puede decirme: Bueno, pará. Nosotros tenemos que dar clases y enseñar. No nos tires este problema. Y lo mismo me pueden decir los que atienden el centro de salud. Pero insisto en que lo único que tiene legitimidad es la salud y la educación. Y eso, cualquiera que quiera reconstruir el tejido social en la Argentina, que quiera pensar en darles una oportunidad a los jóvenes, debería tenerlo en cuenta.

Otro determinante en materia de salud es la pobreza estructural. Estamos complicados y si no hacemos nada, todo se va a complicar más. Tenemos uno de cada tres argentinos que es pobre (32% de pobreza), pero en los menores de 14 años, uno de cada dos chicos es pobre (47% de pobreza). Eso solo va a empeorar porque los chicos van a crecer y como hay más pobreza en los chicos que en los más grandes, si no cambiamos, si no generamos otras políticas, si no encaramos otras acciones, la lógica indica que a medida que esos chicos crezcan, cada vez va a haber más pobres. La pobreza estructural requiere de otras políticas. Nuestro país tiene mucha política social. Hay nueve millones de personas que reciben dinero todos los meses a través de los distintos programas sociales. Tienen una cobertura alta de asistencia alimentaria y en materia de salud. Pero eso convive con un 32% de pobreza y con un 20% de desocupación en los jóvenes. No quiero extenderme mucho, pero quisiera hacer una síntesis del proceso de la política social en la Argentina para plantear la idea de que me parece que la política social está agotada. Alfonsín encará el Plan Alimentario Nacional (PAN), el primer programa social de la vuelta a la democracia. Se llegó a entregar cajas de alimentos a 500.000 personas. Menem creía en el derrame. Achicó el Estado y fortaleció el sector privado, pero extendió la cobertura social y llegó a más gente. De la Rúa creía en la tercerización. Dijo que había que trabajar a través de organizaciones sociales. Y amplió la cobertura. En la crisis del 2001, la Argentina tuvo el 57% de pobreza, el 28% de desocupación y Duhalde puso en marcha el plan de Jefes y Jefas de Hogar Desocupados que llegó a 2.200.000 personas. Kirchner puso en marcha la articulación entre lo económico y lo productivo, el crédito y el micro emprendimiento. Cristina Kirchner puso en marcha la asignación universal por hijo (AUH) y termina su gobierno con 8.000.000 de personas que reciben dinero todos los meses a través de planes sociales. El actual gobierno extiende la AUH

a los monotributistas y hoy hay 9.000.000 de personas que reciben dinero todos los meses. Independientemente del valor que cada uno le dé al gobierno, si le parece bien o mal, si es de derecha o de izquierda, si está bien o mal intencionado, lo único objetivo es que cada gobierno fue aumentando la cobertura social. Arrancamos con 500.000 personas y llegamos a 9.000.000 de personas. Y con esa cifra, tenemos 32% de pobreza, 35% de trabajo informal y casi 20 % de desocupación en los jóvenes. Para mí, eso quiere decir que el problema no son los planes sociales, que el problema está en la estructura económica, en el mercado laboral, que hay un problema más estructural que los planes sociales en la Argentina y eso impacta sobre la vida cotidiana, sobre la presión sobre el sistema de salud y sobre el mal vivir constante. Lo que trato de plantear es que estamos con un paradigma agotado, que la política social está agotada en el país, que a nadie debería ocurrírsele sacarle los planes sociales a las personas que los reciben porque habría una guerra civil, pero con el aumento de los planes sociales, no solucionamos el tema. Tenemos que construir otra idea, otro paradigma, otra mirada de mayor integración entre el área de Salud, el área de Desarrollo Social y el área de Educación.

Un último punto que quiero expresar es que me parece que hay un desafío central en articular las lógicas de los Ministerios y de las áreas. Educación es un sistema y si el ministro de Educación de la Nación dispusiera que el día 17 de agosto, para el acto que recuerda el fallecimiento del general San Martín, todos los chicos tienen que ir vestidos de rojo, hay un sistema que se comunica a través de maestros, directores, inspectores; y un chico, en la última puerta de su casa en un ámbito rural del interior de la Argentina, se va a enterar por la maestra que tiene que ir vestido de rojo; y ella lo va a ayudar para que pueda hacerlo. En Salud, también hay un sistema, menos organizado, pero un sistema al fin, con referencias, con las provincias, con los mecanismos a través de los cuales los directores, los distintos hospitales y los distintos efectores están relacionados. Desarrollo Social no tiene sistema. Cuando una organización no tiene un sistema, es flexible y actúa con rapidez. Cuando lo tiene, está más organizado, pero es más lento para moverse. Cambiar una pauta en el sistema educativo, cambiar un contenido lleva su tiempo.

¿Qué quiero decir con esto? Que hay que articular el valor de las lógicas. El valor de las áreas sociales es que son rápidas. El valor de las áreas

de Salud es que son sustentables, sostienen y van al núcleo del problema. El valor de las áreas de educación es que llega a la familia, que sabe que la educación es quien le va a dar mejores oportunidades a sus hijos. Cómo interactuar esos juegos de lenguaje, esas lógicas y esas interacciones es una tarea compleja. He estado mucho tiempo en el gobierno. Me queda claro que quien está en Desarrollo Social cree que todo lo puede hacer porque decide y lo hace, mientras que los que están en Salud y Educación creen que nada se puede hacer, porque para cambiar algo hay que tener cinco años de discusión con todos. Seguramente, en el medio, está la posibilidad. Y creo que entender las lógicas de las otras áreas nos daría la oportunidad de tener mayor integralidad en las políticas.

Otro punto es que no hay una Argentina, sino que hay cuatro. Hay una de la pobreza estructural y otras de los que no tienen lo mínimo, de los que no tienen piso de material, de los que son pobres porque sus padres y sus abuelos también fueron pobres. Esa es la pobreza intergeneracional. Hay una segunda Argentina, que es la Argentina vulnerable, integrada por la gente que hace changas, que tiene trabajo en negro, que tiene trabajo informal, que no puede ir a un banco porque no tiene nada para demostrar porque no tiene recibo de sueldo, pero tampoco puede ir al Ministerio de Desarrollo Social porque no es pobre, y que su vida está asociada a la construcción o al sector textil, y cuando se enfría la construcción está peor, y cuando mejora, le va mejor. También hay una tercera Argentina de clase media, con obra social, jubilación, con recibo de sueldo, y una cuarta Argentina de clase alta. Y esencialmente, diría que las únicas dos cuestiones que son transversales, incluso en las cuatro argentinas, que tienen modos de lenguaje distintos y contradicciones fuertes, son las problemáticas de seguridad y la de adicciones. Son las únicas dos que las cruzan. Y ahí es donde yo veo un elemento clave para la salud. No hay muchas cosas que lleguen a las cuatro argentinas que están desenganchadas con tensión, con conflictos y con miradas absolutamente antagónicas.

Para finalizar quiero dejar una mirada optimista. A pesar de que la situación es muy crítica, soy optimista, porque entiendo que todo depende de lo que sepamos y podamos hacer y encaremos en los próximos años. Y en ese sentido, creo que estamos en un período de transición. Hay un autor que se llama (Antonio) Gramsci, que seguramente muchos de us-

tedes habrán leído, que dice que las épocas de transición son las épocas en donde lo viejo no termina de morir y lo nuevo no termina de nacer, que uno está ahí, que se da cuenta que lo que está haciendo no alcanza, pero no le encuentra la vuelta a lo que tiene que hacer. La Argentina está en esa etapa. Y eso nos obliga a todos a crear e inventar. A los que están en el ámbito académico, a construir ideas, paradigmas, nuevas miradas. A los que están en la gestión, a romper esquemas y hacer las cosas de otra manera. A los que están en una organización social, a hacer lo que no han hecho, porque haciendo lo que se ha hecho, tenemos lo que tenemos.

Estamos frente a una nueva oportunidad de generar un cambio y que eso nos obliga a todos a hacer algo distinto y a construir los esquemas del siglo xxi. Terminó diciendo que hay una Argentina del siglo xxi: integrada por el que está vinculado en la industria del software, el que está en la implementación de valor agregado a la soja, el que está trabajando en la industria del conocimiento. Y Argentina tiene gente del siglo xx, la señora que cose todo lo que puede en su casa con una máquina vieja, hace pocas remeras y gana poca plata, porque está en el mundo de las changas; y también, tiene argentinos del siglo xix, como el pibe que tiene secundario incompleto, que está perdido en el conurbano bonaerense o en cualquier centro. El gran desafío es integrar, articular a toda esa gente, y no pensar que la única Argentina que funciona es la del siglo xxi, y que las otras tienen que arreglarse como puedan. Las únicas dos cuestiones que pueden integrar a todas son la salud y la educación y ahí, es donde me parece a mí que hay un desafío grande para adelante. Muchas gracias.

Toma la palabra el doctor Eugenio Zanarini: Me parece que es muy interesante la mirada de Daniel (Arroyo) sobre los determinantes sociales. Ahora continuamos con la magister Silvia Gascón, que es una fundadora de esta casa, directora del Centro de Estudio de Envejecimiento Activo y Longevidad (CEAL) y miembro de *Help Age International*, y hasta hace poco, fue directora de nuestra maestría de servicios de gerontología y es una destacada especialista en temas de ancianidad.



Palabras de la doctora Silvia Gascón Salud y vida digna en el adulto mayor

Buenas tardes a todas y a todos. Gracias Eugenio, gracias a ISALUD y a todos los organizadores de esta jornada. No siempre uno tiene la oportunidad de hablar frente a los que no están tan convencidos. En general, los gerontólogos



hablamos para gente que sabe qué pasa con el envejecimiento, que sabe que no es un tema del futuro, sino un tema del presente, porque ya nuestra sociedad está envejecida. Así que muchísimas gracias por esta oportunidad.

Últimamente estoy utilizando esta lámina para empezar porque, de alguna manera, el tema está instalado. “No hay nada más potente que una idea a la que le llegó a hora”. Y al envejecimiento le llegó la hora. Tuvimos esta semana tres jornadas y en las tres, estuvo presente el tema del envejecimiento. Es que personas

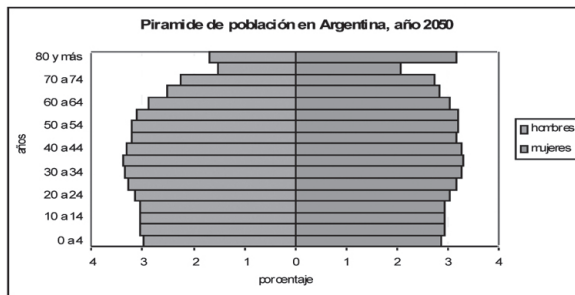


UNIVERSIDAD
ISALUD

**NO HAY NADA MAS
POTENTE QUE UNA
IDEA A LA QUE LE LLEGO
LA HORA**

mayores de 65 años hubo toda la vida, y siempre las sociedades han tenido algunos recursos para ayudarlas a envejecer con dignidad, ya sea a través de ahorros, a través de las familias extensas con siete hijos que se turnaban para atender a una abuela o un abuelo, que a lo mejor, después de los 60 vivía dos o tres años más. Y también, estaba el voluntariado, las organizaciones sociales y las órdenes religiosas. Lo que pasa ahora, es que no solo envejecieron las personas, sino que envejecieron las poblaciones. Nosotros decimos que una población está envejecida cuando más del 7% supera los 65 años. Y en realidad, ustedes podrán ver en este mapa, que prácticamente el mundo está envejecido. Y ya no se trata solamente de los países desarrollados que fueron ricos y después enveje-

cieron como consecuencia de la riqueza. Los países más pobres, los que están en los continentes desiguales como América Latina están envejecidos. Estas son algunas cifras que quería compartir con ustedes en relación con lo que significa la evolución de la población mayor de 60 años en el mundo. Miren el grado de crecimiento: pasamos de un 8% a un 11% de población envejecida. En América Latina, según la CEPAL, pasaremos de 60 millones en el 2010 a 190 millones en el 2050. ¿Es una buena noticia o estamos enfrentados a un tsunami en este momento? Nosotros creemos que es una buena noticia. Todos queremos vivir más años, el tema es cómo los vivimos. El envejecimiento se produce, básicamente, por una reducción de la tasa de natalidad y un aumento de la expectativa de vida. En esta pirámide del 2050, podemos ver cómo, a largo de los años, la base se va angostando y la cúspide se va ensanchando. Es para que vean que muchos de nosotros estaremos allí, por arriba de los 90. Esperemos.



En el año 2050 y quizá, para siempre, va a haber más personas mayores de 60 años que niños menores de 14, y esto no se ve reflejado en las políticas públicas y está mucho menos reflejado en la formación de los profesionales de las facultades de Medicina, de psicología, de arquitectura, de derecho. Casi nadie se acerca, aunque sea medianamente al tema del envejecimiento poblacional. Yo les digo a los chicos de la facultad de Medicina de La Plata: ustedes van a atender a más personas grandes que a niños, ¿qué saben del envejecimiento normal o de las patologías de la vejez? Lo que está pasando hoy es lo que llamamos la revolución de la longevidad, porque el grupo de personas mayores que más creció es el

que tiene más de 75 y 80 años. Entonces no es solo que hay menos niños, sino que hay viejos cada vez más viejos. Y esto genera un desafío importantísimo para las políticas públicas porque hasta los 75/80, la mayoría de nosotros envejece bien, con dos a cuatro enfermedades: tener un poco de hipertensión, diabetes o artrosis, para nosotros, es envejecer en forma saludable. El tema es después.

Cuando yo nací, en el año 1946, la expectativa de vida de una niña era de 62 años. Una beba que hoy nace en la Argentina tiene una expectativa de vida de 80 años. Y todos nos preguntamos si esto es un éxito de la sociedad o es un fracaso. Hoy el PAMI tiene casi 4.000 personas de 100 años ¿Quién se va a hacer cargo de estas personas que van a vivir después de los 80, a lo mejor, 10 o 20 años más? ¿Se va a hacer cargo la familia, el mercado, el Estado? ¿Vamos a seguir considerando a las personas mayores como beneficiarios que están esperando que les llegue el plan social, la asignación o somos ciudadanos activos que contribuimos, que participamos? En realidad, el problema del envejecimiento surge porque no se producen las otras revoluciones que tienen que acompañar la *revolución de la longevidad*. Y yo que soy de los años 60 y 70, cuando digo la palabra revolución, sé lo que quiero decir. Quiero decir dar vuelta las cosas, transformar profundamente, quiero decir que el sistema de salud no puede seguir ocupándose solamente de las enfermedades agudas, porque lo más típico de las personas mayores son las enfermedades crónicas, que tienen características diferentes, que no se atienden en los hospitales y que no se curan, se cuidan. Entonces, ahí hay que hacer un cambio absoluto. Tenemos que saber que no van a alcanzar nunca los recursos, si no apelamos a las propias personas mayores, al autocuidado; si no apelamos a la fuerza que tiene la gente cuando se reúne con otros con problemas similares y se ayudan a cuidarse entre ellos, como hacemos con los amigos; si no tenemos asociaciones de pacientes; si no formamos profesionales para que trabajen en la comunidad; si no somos capaces de hacer medicina basada en la evidencia; y sobre todo, si no creamos servicios socio-sanitarios, porque las personas mayores envejecemos y queremos envejecer dentro de nuestras familias, en nuestras casas; y para eso, hacen falta políticas que atiendan a eso. Cualquier cosa que hagamos, por más inteligente que sea, que maneje una sola pieza de este rompecabezas no alcanza.

Por eso hablamos de la revolución de la longevidad. Esto daría para mucho y sería un gusto compartirlo con esta mesa en profundidad, pero en forma rápida, diré que estamos abordando un escenario del siglo XXI con modelos del siglo XIX. En lo previsional, seguimos con la misma edad jubilatoria. Acabo de dar un curso prejubilatorio a los aeronavegantes que se jubilan a los 50 años. A esa edad, esos hombres se van a la casa. Las mujeres, también. Deben tener una expectativa de vida de 90. Van a vivir 30 años más. Para este sistema de seguridad social —que se inventó para muy poca gente, que después de jubilarse vivía 3 o 4 años más— es un desafío. Ahora no hay familias numerosas con 6 o 7 hijos y muchos nietos. Ahora hay familias ensambladas, mujeres integradas a la vida laboral y varones que no se ocupan de los cuidados familiares.

Con respecto a la visión del ciclo de envejecer, seguimos como antes: una edad para crecer, una edad para educarse, una edad para trabajar y otra para estar jubilados. En el medio de eso pasan un montón de cosas; y siempre hay necesidad de seguir aprendiendo.

Estamos en un país, dentro de un continente, que es el más desigual del mundo. Desigual tiene que ver con esas cuatro argentinas, a las que se refirió Daniel (Arroyo), con esos poquitos argentinos de altos ingresos y todos los otros que están en las otras tres argentinas.

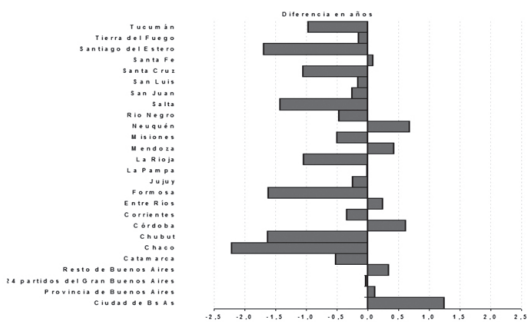
Tengo un amigo que dice que para entender la pobreza hay que entender la riqueza, hay que entender cómo algunos poquitos acumulan tanto para poder entender cómo tantos no tienen nada. Vivimos en este mundo de diferencias, que como bien dijo Daniel, no se resuelve con políticas sociales. La pobreza es un tema de la distribución de los recursos económicos. No es un tema de políticas sociales, por mejor que las hagamos y por más inteligentes que seamos.

Estos mismos determinantes sociales de la salud —y uso la palabra determinantes porque antes eran condicionantes, pero ahora la propia OMS ha dicho que todas esas cuestiones determinan cómo voy a crecer, de qué me voy a enfermar y cómo me voy a morir—; y en el caso de las personas mayores son más importantes todavía, porque han actuado a lo largo de sus vidas y modelado lo que son hoy. Son estos determinantes sociales los que tienen que ayudarnos a pensar en el diseño de las políticas que vamos a desarrollar.

En la Argentina, el envejecimiento poblacional es sumamente heterogéneo, como son nuestras provincias. Mientras la Ciudad de Buenos Aires tiene un 22% de personas mayores, las provincias más pobres del norte tienen un 7 o un 8%. El otro día, alguien me decía que el principal consumo de los pobres son años de vida. Y esto es así. Mi amiga Claudia Jaroslavsky me pasó una filmina del Ministerio de Salud en la que nos muestra la inequidad en años de vida después de los 60 años. Es un indicador poco usado en los sistemas de salud, que muestra tantas inequidades como la mortalidad infantil. Los aliento a que lo utilicen más.



Diferencias en la esperanza de vida a los 60 años de las jurisdicciones respecto de la esperanza de vida del total del país. Año 2000-2001



Fuente: Fassio, A. y Martínez, R. (2009) Estado de situación de la salud de la población de adultos mayores en Argentina. Documento de Trabajo. Ministerio de Salud de la Nación y OPS

Finalmente, ¿cuáles son los ejes para conseguir envejecer con dignidad y con salud?

En primer lugar, como siempre, y más en esta casa, partimos de un marco de valores. Cualquier política, para que tenga las características que Daniel nombró, sobre todo, la intersectorialidad, la transversalidad, la integralidad, tiene que partir de un marco de valores que es lo que nos dice que vamos por acá, o vamos por allá, menos de esto no, hasta acá. Y nosotros, en el campo gerontológico, hace tiempo que empezamos a trabajar en lo que se llama el enfoque de derechos; es decir, considerar que las personas mayores siguen siendo ciudadanos, que los derechos son vitalicios, no se terminan con la edad; y que, aunque pasen los años, se-

guimos manteniendo intactos todos los derechos. Y hay tres ejes, con los que se está trabajando en todo el mundo: el primero es el envejecimiento activo; el segundo es la dependencia y los cuidados de larga duración y el tercero son los entornos, y dentro de ellos, las ciudades amigables.

El envejecimiento activo tiene cuatro pilares: tenía tres y hace dos años, el doctor Kalache –quien es el creador del concepto de envejecimiento activo y va a estar con nosotros la semana que viene en el Congreso de Salud Global–, le agregó el cuarto. Él planteó que para envejecer activamente hay que tener acceso a la salud, que en este caso es acceso a cuidados domiciliarios, a la asistencia a centros de día, a una variedad de instituciones basadas en la comunidad que hoy casi no existen. También requiere participación, estar activos, estar incluidos, ser escuchados, tener seguridad, tener un ingreso que alcance para sus necesidades económicas, que son más altas por la incidencia del transporte y los medicamentos; y ahora, hemos sumado la educación. La educación es otro derecho y un componente básico del envejecimiento activo. El otro día fui al mecánico y me dijo que no sabía arreglar mi auto. “Tuve que enviar a mis hijos a hacer un curso” –me dijo– porque no estoy capacitado para arreglar autos electrónicos. Ese mecánico no puede seguir en el mercado si no se capacita. Hoy, en todas las profesiones, las personas necesitamos seguir aprendiendo, ni hablar de Internet, como un medio básico para todas las personas mayores. Sin embargo, y pese a que muchos de nosotros seguimos dando testimonio de que acá estamos y acá seguimos, el concepto general de la vejez sigue siendo deficitario y está más centrado en las carencias, en lo que no se es. No se es joven. Definir a alguien por lo que no se es, es la base de un prejuicio que condiciona todas las políticas y todos los hechos de la vida, es como definir a un *negro* como a un *no blanco*; o a un *musulmán* como a un *no católico*; o a una *mujer* como un *no varón*. Es definirlo por lo que le falta; y ahí, ya lo puse en el lugar de beneficiario que no tiene nada, nada para aportar. Entonces empiezan los prejuicios que discriminan y se asocia a las personas mayores con los enfermos y los discapacitados. Son pura carencia. Y esta forma de entender la vejez influye en la formulación de políticas públicas. A veces, se dan sobre prestaciones. A veces llevamos al cine, al teatro o a hacer una excursión a gente mayor que puede pagarse esa salida, yendo con otra generación. Gastamos plata de más en cosas que no hacen falta. Y no quiero hablar de

las sobre prestaciones en el campo de la salud, cuando me ponen un yeso que no necesito y me queda el brazo duro. Ojo con eso. Otra cosa es la infantilización de los adultos mayores que hace el personal de salud. El otro día fui a acompañar a una amiga y de repente, le preguntan: ¿trajiste el carnecito? Y mi amiga me miraba asombrada, como diciendo: ¿qué pasa?, ¿me convertí en una niña de golpe? Entonces, le pregunté por qué le hablaba así a mi amiga. Esa es otra forma de discriminar. Otro problema es el clientelismo. La gente cada vez participa menos en los centros de jubilados porque están hartos de que se los use políticamente.

Y finalmente, está la ineficiencia en el uso de los recursos. Acá hay mucha gente de los Ministerios de Salud que conocen el tema: La ocupación, en los hospitales de agudos, por parte de personas que están ahí porque son pobres, no porque estén enfermos. Y también en las residencias se internan personas mayores porque son pobres y no porque son dependientes. Eso es un avasallamiento contra la libertad, es algo que hay que cambiar rápidamente. La dependencia o la enfermedad son problemas de diferente naturaleza que la pobreza y requieren dispositivos de atención diferentes.

Sin embargo, hay un grupo de personas mayores que hemos llegado a la tercera edad, con mejor formación, porque hemos tenido mejor acceso a la educación, hemos vivido de niños el Estado de bienestar. La mayoría de las personas mayores tienen vivienda propia. Son los jóvenes de los años cincuenta que pudieron tener acceso a ella. Los mayores de 80 tienen una cobertura de seguridad social muchísimo más elevada, casi un 15% más alta que la de los adultos mayores más jóvenes. Y tienen un mejor nivel adquisitivo. No obstante, no todas las personas envejecen así. Y acá me quiero detener. La idea del envejecimiento activo es buenísima. Es verdad que el 80% de las personas mayores envejecemos bien. Pero hay personas que no envejecen bien. Y no es por culpa de ellas. No es porque sean pobres o vagas. Y ahí es donde aparece el verdadero desafío de la política pública y, a mí entender, es la principal asignatura pendiente que queda para definir las políticas públicas. Son las personas que están en situación de dependencia. Porque a medida que los años pasan, aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas, que suelen traer discapacidades. Un estudio que hizo la OPS hace un tiempo, muestra que 2 de cada 3 personas reportaron, las 6 enfermedades crónicas frecuentes: el 30% ha-

bía sufrido al menos una caída; el 20% presentaba deterioro cognitivo; y el 18% tenía síntomas depresivos. Las personas vamos a vivir más años, pero con enfermedades y con discapacidad. Y vamos a requerir servicios socio-sanitarios de larga duración, que van a tener que estar centrados en lo que las personas mayores prefieren, no solo en lo que necesitan. Y por supuesto, van a requerir de personal preparado, que sepa de personas mayores y que sepa de gestión.



Como decía Daniel, hay cosas que se inventaron hace mucho, y pienso que algunas no sirven, y hay otras que no las hicimos nunca. Por ejemplo, la atención primaria de la salud, desde que empecé a trabajar en estos temas, hace cuarenta años, escucho lo mismo, y todavía seguimos con un sistema centrado en la complejidad. O la famosa educación pública, tan querida. Y hoy, hasta los chicos más pobres, cuando pueden, eligen las escuelas parroquiales de los barrios. Entonces, ¿cómo hacemos para recuperar todo eso? Ahora, hace tiempo estamos hablando de la importancia de los cuidados de largo plazo. Son cuidados que se dan durante mucho tiempo, a veces por personas preparadas y otras, por cuidadores informales (familiares, amigos, vecinos) para que las personas puedan envejecer integradas en sus familias y comunidades, envejecer en su casa. Hay como una escalerita que va de lo preventivo hasta pequeños hogares y residencias. Todo esto tiene que estar en el barrio, en la comunidad. A medida que aumenta la dependencia, aumenta la complejidad de los servicios y las horas necesarias y por supuesto los costos. Hoy, para una persona que se cayó y se quebró la cadera y tiene que estar en la cama, y se le hacen escasas, la única opción es la residencia geriátrica. Nos faltan todas esas instituciones en el medio. Hay, pero pocas y muy caras. Entonces, ¿quién cuida a las personas mayores? Las familias. Y cuando digo familias, digo mujeres, hijas, esposas. Tenemos esposas de 85 años que están cuidando a sus maridos de 90. Y cuidar quiere decir ayudarlo a bañarse, a ponerse las medias, darle la comida. Tenemos mujeres de 65/70 años que están cuidando a sus padres y a sus nietos, porque sus hijos volvieron a sus casas, porque no estudian ni trabajan. O se divorciaron y se quedaron sin casa. Esa gente no da más. Y el sistema que tenemos es un “sistema

familiarista” que plantea a la familia la obligación de hacerse cargo de sus mayores dependientes. Eso no resiste más. Tenemos que proponer sistemas alternativos que ayuden a que las personas mayores puedan vivir en sus casas, tengan el apoyo afectivo de la familia –ya que eso no se sustituye con nada– pero que también cuenten con el apoyo de políticas públicas que ayuden a que las personas puedan estar contenidas, apoyadas, rehabilitándose, desarrollando su potencial cognitivo y creativo. Son servicios socio-sanitarios porque conjugan lo sanitario y lo social, y son de base comunitaria, porque deben estar en el barrio donde está la gente.

Para que las personas mayores puedan seguir incluidas y participando, necesitan entornos favorables, ciudades que sean amigas de las personas mayores. Hay un programa que desarrolló la OMS, que desde ISALUD hemos aplicado en algunas ciudades y que ahora estamos repitiendo en la propia Ciudad de Buenos Aires, que propone que una ciudad amigable debe tener en cuenta el espacio físico, las veredas, el transporte, la comunicación, los servicios sociales y de salud, pero también el respeto, la inclusión social. En el caso de La Plata, los principales problemas que la gente grande encontró son los mismos que acabamos de encontrar en la ciudad de Buenos Aires, los mismos que encontramos en Chaco, cuando lo hicimos, los mismos que encontramos en Lezama, una ciudad del interior de la provincia de Buenos Aires. ¿Qué dice la gente? Ahora, si quiero salir a caminar porque el médico me lo recomienda, no puedo, porque las veredas están hechas pedazos. La gente de los barrios más pobres, que no tiene dinero para tomar un taxi, y tiene más de 75 años no sale de su casa. Miren si es importante el tema. Otra limitación es el transporte. La gente dice que es difícil subir porque tienen escalones altos, paran lejos del cordón de la vereda y ni bien subís, arrancan. Temen por su seguridad. Obvio. Solo en Recoleta, la gente dijo que salía a la noche. En todos los otros barrios de la ciudad, la gente dice que no sale después de las siete de la tarde.

Y respecto de la salud, les cuento que la ciudad de La Plata tiene siete hospitales públicos. Y la gente dice: para atenderme, son muchos los trámites, hay que esperar demasiado, hay que llegar a la madrugada y puede ser que no te den turno. Todas estas cosas van en contra de la inclusión de los mayores. Otro tema es la calidad de las viviendas. En el Chaco vimos viviendas de dos pisos, donde la gente grande quedó arriba, sin ascensor, y no puede bajar ni salir. El chico que más los visita es el que les lleva los medicamentos.

Bueno, finalmente, después de esto vienen las soluciones. ¿Cómo encontramos las soluciones? Y ahí aparece mi amigo el sapo, el sapito funcionario, o el sapito ONG, o el sapito universidad, que se mete en su cueva, que trabaja solo, que se cree que está seguro porque está ahí escondido porque nadie lo ve ni lo molesta. Y que entonces no puede hacer nada, porque –como decía Daniel– solos no podemos. Hace falta trabajar con otros. Nuestro principal desafío, entonces, es evitar la política de los sapos. La política tiene que ser intersectorial, tiene que tener en cuenta varias jurisdicciones, lo público y lo privado juntos, gobierno y universidad, menos o y más y. Y hay que trabajar en red porque esa modalidad rompe la lógica de los sectores que separan necesidades de los programas que bajan sobre la gente, en vez de subir, porque la gente que está en el territorio es la que hace las cosas bien y sabe cómo. Entonces, en La Plata no pudimos con los sapitos, no pudimos con el gobierno municipal. El Intendente quería, pero los sapitos fueron más fuertes. Y entonces empezamos a armar lío, como dijo el papa Francisco. Nos inventamos nuestra propia boleta de campaña –fue muy lindo. No tengo tiempo para contarles–, la gente salía a la calle y les decía a los conductores de los vehículos que por favor, estacionen cerca del cordón, que esperen a que las personas mayores se sienten antes de arrancar.

En este momento estamos tratando de lograr una convención que defienda los derechos de las personas mayores, así como otros grupos tienen sus propias convenciones. Esta convención no fue posible en el ámbito de Naciones Unidas. Se aprobó en el ámbito de la OEA. Seis países latinoamericanos la firmaron, pero solo dos la ratificaron: Costa Rica y Uruguay. La semana pasada fui invitada al Senado para discutir diez leyes sobre adultos mayores. Les pregunté por qué no aprobaban la convención. Discútanla y apruébenla. Ya está. Es un elemento jurídico que tenemos y que nos hace falta porque la dignidad humana es inviolable, la edad y la dependencia no puede ser un motivo para restringir un derecho humano como es la atención y la asistencia. Por eso, las políticas públicas son instrumentos en los que tenemos que confiar para ayudar a que los derechos humanos se realicen. Creo que finalmente, llegó la hora de asegurar inclusión social para todas las edades. Muchas gracias.

Palabras del Prof. Mgter. José Luis Bichara, presidente de la ONG Vida sin droga y miembro del Centro de estudio en drogadependencia y sociopatías (CEDROS) de Universidad ISALUD
Drogadependencia y salud mental.

Buenas tardes. Me toca un tema que hoy ya fue mencionado por cuatro expositores. Respecto de la drogadependencia y la salud mental, voy a hablar sobre el derecho a la salud. Estamos ante una problemática que en la Argentina, en los últimos



años, se ha tornado en una situación sumamente crítica. En primer lugar, voy a dar un pantallazo para saber dónde estamos parados porque se viene una ola muy preocupante. Desde la exposición de Maureen (Birmingham) esta mañana hasta la de Raúl Torres, la de Daniel Arroyo y la de Silvia Gascón, se ha estado relacionado la situación de salud, de educación y de pobreza, porque como bien decía Daniel, el tema de las adicciones es una de las problemáticas que son transversales a todas las clases sociales de nuestro país. La droga no pregunta ni a quién le rezás, ni a qué colegio vas –si es que asistís a uno–, ni cuánta plata tenés en el banco – ni si estás bancarizado.

En esta tarde voy a comenzar haciendo un poco de “marketing” sobre CEDROS. Quiero decirles primero que hace casi treinta y un años que trabajo en esta problemática. Estoy en CEDROS de la universidad ISALUD. Realicé un magister con rango doctoral, hice la Maestría en Adicciones, he sido funcionario de la provincia de Buenos Aires y a partir de mi experiencia es que quiero generar una reflexión. Estamos trabajando en CEDROS con esta misión que tenemos acá en ISALUD con la idea de generar un espacio – liderado por especialistas de diferentes áreas– donde surjan ideas.

Estamos haciendo una investigación en todo el país, con más de veinte universidades. La semana que viene se hace el 4.º Congreso La-

inoamericano y del Caribe. Queremos dar un aporte de la realidad que estamos viviendo en este momento.

La Argentina pasó de ser un país de tránsito, a un país de consumo. Y hoy somos un país narcotraficante. Somos el segundo país de Latinoamérica en exportación de cocaína. Algunas drogas sintéticas se elaboran totalmente en la Argentina y en el caso de la cocaína, una parte viene de afuera y otra parte se termina de elaborar acá en las famosas cocinas. Hace algunos años, en el país no había carteles de la droga y ahora, sí. Hay más de diez en todo el país conocidos con nombre y apellido.

Estamos en una situación muy compleja. Y si bien voy a pasar algunos gráficos, es para mostrar no solo donde estamos parados, sino para relacionarlos con el derecho a la salud y a la construcción de ciudadanía. Es que lo que se viene es una oleada muy fuerte para que haya más droga todavía en el país. Y hay sectores muy importantes que compran determinados discursos que voy a ir mencionando.

Recién hablaba Daniel (Arroyo) de la situación que nosotros tenemos en estas cuatro argentinas respecto de la pobreza e indigencia. Lo voy a pasar rápido. Hay más del 30% de pobres en el país, más del 50% de chicos que no terminan la escuela secundaria, hay más de 1.500.000 de los famosos ni/ni, que ni estudian ni trabajan. La percepción de la venta de drogas en los barrios se ha incrementado un 55% entre 2002 y 2015, sobre todo en aquellos con situaciones de vulnerabilidad social. En los últimos años, hemos tenido todos los datos del INDEC, del observatorio de la Universidad Católica Argentina (UCA), de Naciones Unidas. Y todos los datos que tenemos hablan de un incremento enorme del consumo de sustancias tóxicas de todo tipo y de venta de droga. Ustedes saben que en el tema de la drogadependencia hay dos áreas o dos polos: el de la oferta y el de la demanda. Sobre el polo de la oferta se trabaja en la represión y la lucha contra el narcotráfico, que no es lo que nos compete ahora pero tengo, desde hace mucho, propuestas concretas sobre cómo luchar contra este flagelo; y sobre el polo de la demanda se actúa con la prevención y la asistencia de los consumidores. La prevención apunta, fundamentalmente, al abanico de la población que no se droga para que no se drogue, a los que están en riesgo, para que no entren; los que están iniciándose, para que no continúen, y los

que ya consumen, para que hagan un tratamiento adecuado. Y vamos a ver que hay obstáculos para hacer esto: desde la ley; que le dificulta a la familia, la internación de los chicos; hasta discursos como, por ejemplo, hablar de un consumo no problemático. Menciono esto porque tiene que ver con la construcción de soberanía, porque nos ha llegado ahora un borrador de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), donde se está elaborando un plan nacional sobre adicciones –bienvenido sea–, que no es de prevención ni de asistencia, sino que es un plan sobre consumo problemático. Pero cuando hablamos de consumo problemático, tenemos que suponer que hay un consumo no problemático. Y hablar de un consumo no problemático de drogas es una cosa en Barrio Norte; pero en el resto del país, es otra. Y desde el ámbito universitario, donde estamos trabajando esta problemática, tenemos que alertarlo y decirlo.

Según el observatorio de la UCA, en el ámbito de Buenos Aires y el conurbano bonaerense, hay casi 300.000 casos de jóvenes de entre 14 y 25 años que consumen alcohol y otras drogas. Respecto de la evolución de venta de drogas, en el conurbano bonaerense, tenemos un nivel de un 13 a un 16%, mientras que en las villas de asentamiento del Gran Buenos Aires, el nivel asciende de un 48 a un 75%. Y doy estos datos –que por otro lado son públicos–, porque es a esta población a la que se le está diciendo que existe un consumo no problemático, y que se puede consumir droga hasta determinado límite porque tiene un uso recreativo, otra frase, que los que estamos en el ámbito de las adicciones, vemos que se está usando cada vez más. De hecho, se están organizando congresos de prevención sobre consumo problemático. Y reitero: Hay un fundamento importante que tiene que ver y está relacionado no solamente con el aumento de la venta, sino también, con el aumento del consumo. Lo mismo está sucediendo con el tema de la marihuana. Hace poco, dando una capacitación a inspectoras e inspectores de San Nicolás, una localidad de la provincia de Buenos Aires, una de ellas me interroga sobre la marihuana porque tiene un hijo adolescente; y me cuenta que una mamá vecina de su edad había escuchado que la marihuana tiene efectos anticonvulsivos; y como su madre tenía episodios de convulsiones, provocados por un tratamiento para el cáncer, fue a comprar porro a un *dealer* del barrio y se lo dio a la abuela. Y esta per-

sona es una mujer de clase media educada. Y me imagino a la señora de 80 años fumándose un porro porque la hija se lo consiguió dado que se está instalando el mensaje de que la marihuana cura.

Lo que quiero transmitir es que estamos hablando de un gran negocio que está sustentado por la salud, la enfermedad, la vida o la muerte de nuestros chicos.



Doy otros datos: la mayoría de la gente de las villas del conurbano no ha tenido control médico alguno en el último año, mientras que el 81% sabe dónde conseguir la droga. Apenas un 7% participó en programas de rehabilitación. Esto es lo que está sucediendo hoy en la Argentina. Hay una relación estrecha entre el consumo de la droga y la participación en actividades ilegales vinculadas con el sistema penal. Es altísima. Ustedes saben que el consumo de droga está relacionado, también, con los accidentes, con la inseguridad. Cuando los drogadictos están con el síndrome de abstinencia, hay cambios en la química cerebral, que los lleva a que —en situaciones de mucha vulnerabilidad e indignancia—, consigan droga de cualquier manera. Lamentablemente, hay pocas estadísticas sobre los ingresos de droga dependientes a las guardias de los hospitales. Y si bien se hacen los controles por consumo de alcohol, no se hacen por consumo de marihuana. Y la gente que fuma marihuana tiene un riesgo mucho más alto de tener un accidente, que los que toman alcohol.

Con respecto al paco, sabemos que el inicio se hace a edades cada vez más tempranas; ahora, en algunos lugares, está entre los 7 y los 8 años. Según datos de la SEDRONAR, que ya tienen cuatro años, el 1,6% de la población escolar del país consiguió paco alguna vez. Con respecto de la marihuana, casi el 16% de los estudiantes ha experimentado una vez en la vida con ella. También hay una campaña muy fuerte, estructurada con mucho dinero que no viene de afuera, sino que es de acá, para legalizarla. Para los chicos, la marihuana está naturalizada. Créanme que los alumnos del secundario y de la universidad me plantean que es casi como una aspirina. No hay conciencia del riesgo. Y me voy a adelantar a lo que se va a presentar en el congreso de la semana próxima, para el cual tuve el honor de asesorar en la parte técnica de esta investigación

sobre adicciones y sobre la parte metodológica en la investigación propiamente dicha. Se trata de una encuesta acerca de qué formación tienen en adicciones, los alumnos de veinte universidades del país, de las carreras de psicología y enfermería, que están a tres meses de recibirse. La muestra se hizo con novecientos alumnos de un total de mil doscientos. No les voy a dar los resultados así vienen al congreso, pero el conocimiento, las creencias y la percepción del riesgo que tienen es sumamente deficitario. En algunos casos, afirman que no hay riesgos.

En los últimos años, la Argentina se ha transformado en un país de consumo. Podemos afirmar, entonces, que estamos ante una epidemia de drogas. Hace muchos años que vengo alertando sobre esta situación. Hace poco, la Conferencia Episcopal Argentina emitió un documento en línea con los que viene exponiendo el papa Francisco acerca del tema, que tiene que ver con un proyecto de muerte de los chicos, con una ausencia de proyectos de vida. Y hace un tiempito, la pastoral de la Conferencia Episcopal, coordinada por el padre José María Di Paola –con quien trabajamos en forma conjunta en algunos proyectos– ha solicitado que se declare la emergencia nacional en adicciones. Respecto de la normativa vigente, tenemos una ley que incluye las adicciones como un problema de salud mental y equipara a los centros de rehabilitación con los manicomios. Vale aclarar que la drogadicción es una patología bio-psico-socio-espiritual –abarca la totalidad del ser humano– que tiene un origen multicausal. Y lo cierto es que hay muchísimas dificultades para los familiares de chicos adictos para conseguir la internación. Ante esta situación, hay una vulnerabilidad de derechos. El decreto reglamentario de esa ley toma a la salud mental y a las adicciones como monovalentes. Y entonces, no se van a poder abrir más centros de rehabilitación como los que nosotros conocemos. Los adictos tendrán que tratarse sí o sí en hospitales. Y esto nos lleva a la necesidad de modificar la ley, porque un país en donde en los últimos años entró muchísima droga y además, se está produciendo, hay mucha pobreza e indigencia y faltan políticas preventivas eficaces, tampoco se le está dando una respuesta adecuada a los chicos que están consumiendo drogas y a sus familias, que están angustiadas porque no tienen dónde internarlos. Frente a esto, a través de supuestos especialistas, se nos está diciendo que hay un consumo no problemático de adicciones y que hay

un consumo recreativo. Entonces, yo me pregunto qué comprenderán por un consumo no problemático, los 150.000 jóvenes del conurbano bonaerense que están viviendo situaciones de altísimo riesgo por fumar paco. ¿Cuántos gramos de cocaína, cuántos porros, cuántas dosis de anfetaminas significan un consumo no problemático? ¿Qué le digo a mi hijo, qué entienden los chicos de los sectores de mayor vulnerabilidad cuando desde los medios de comunicación, y ahora desde el Estado se les dice que hay un consumo no problemático? Una cosa es plantearse a un estudiante de Filosofía o de Psicología de Recoleta –que está estudiando a Kierkegaard, a Heidegger o a Lacan–; y otra cosa es estar en la villa La Cava, en el Chaco o en Berazategui –donde estuve ayer–, o en La Matanza.

Como desafío para 2017, este borrador del plan que les mencioné considera a la persona que consume droga como un paciente y un sujeto de derecho. En el texto del plan, estaba excluida toda relación de la adicción con la salud en sentido amplio. No figuraba la palabra paciente y la adicción no estaba considerada como una patología, aunque lo es, con toda las complejidades de la misma; y que, por lo tanto, el individuo que la padece es un enfermo que necesita un tratamiento.

Vemos que la construcción de las categorías de ciudadano y ciudadanía es un proceso complejo que incluye derechos y obligaciones. Se desarrolla en el tiempo y debe procurar el bien común y del individuo. Entonces, y para terminar, cuando hablamos de derechos, también tenemos que hablar del derecho a la prevención que tiene nuestra población. Y creo que hay que incluir, también, el derecho al tratamiento de los consumidores de drogas, teniendo en cuenta las características polivalentes de esta patología. Deberían elaborarse políticas públicas adecuadas preventivas y asistenciales. No realizar esto es antieconómico, porque se va a sobrecargar todo el sistema de salud. Entonces, son sujetos de derechos no solamente los que tienen obra social, ni solo los que salen en los medios porque hubo una pseudotragedia, como el hecho que sucedió en Costa Salguero. Por el consumo de distintas sustancias tóxicas, a diario, mueren chicos en todo el país. Como no pasa en Costa Salguero, no sale en todos los medios. Hablar del derecho a la salud, a la prevención, al tratamiento, en este contexto de nuestro país, es el camino para ir construyendo soberanía entre todos, cada uno desde

su sector, de manera equitativa y justa, una Argentina como nosotros y nuestros hijos merecemos. Muchas gracias.

El doctor Eugenio Zanarini hace comentarios sobre las ponencias de la mesa: Por lo que hemos escuchado, parecería que esta Argentina, que como decía Silvia (Gascón), atiende las cosas con recetas del siglo xix, además, se quedó en ese siglo. Lo que dijo Daniel (Arroyo) me impactó mucho porque este país, en el siglo xix y buena parte del xx, creció y se desarrolló sobre la base de que la única manera de avanzar y tener movilidad social era estudiando y trabajando; y hoy Daniel nos dice que hay chicos que están convencidos de que la única manera de tener movilidad social es vendiendo droga. A mí me sonó muy fuerte.

Lo que mencionó Silvia sobre que vamos a ser cada vez más sanos y más viejos, o más viejos y más vitales, con lo que después dijo José Luis (Bichara) va a llevar a que la pirámide que mostró Silvia se siga ensanchando arriba y angostándose en la base. Silvia está pretendiendo que cuidemos a nuestros ancianos y está muy bien, pero veamos que no somos capaces de cuidar a los chicos de 10 años. Por último, creo que hay que rever algunas cosas. Silvia comentó que los aeronavegantes se jubilan a los 50 años; en la provincia de Buenos Aires, los médicos se jubilan de la función del Estado a los 50 años. Imagínense, un cirujano debe tener la mejor mano a los 50 años; y lo mandan a la casa. Y lo mismo pasa con las enfermeras, con lo cual, no solo tenemos recetas viejas como decía Silvia recién, sino que las aplicamos y las perfeccionamos terriblemente. Bueno, dejo la cháchara y abrimos una ronda de preguntas.

El doctor Mario Glanc le pregunta a Daniel Arroyo: Las sociedades que llegaron a este nivel de inserción del narcotráfico fracasaron en las políticas para combatirlo e incluso, para morigerar sus efectos. Desde ese punto de vista, y habida cuenta de lo que Latinoamérica viene haciendo en ese punto y los diagnósticos, ¿qué se está pensando en términos de estrategias concretas en este país de tanta inequidad?

Daniel Arroyo le contesta: Yo creo que no es con la policía que se corta la venta de-



droga, que hay que crear una fuerza especial por fuera de la policía. Pero no es ni con la conversión de la policía, ni con la participación de la Justicia como va a dejar de venderse droga en los barrios. Cortar la venta de drogas es un tema complejo y difícil que hay que resolver. En segundo lugar, hacen falta doscientos centros de atención de adicciones. La diferencia entre la palabra y el hecho es el presupuesto. Veamos el del año próximo a nivel nacional. La Secretaría de Comunicación, la que publicita los actos de gobierno, tiene \$2.100 millones de pesos; la SEDRONAR, 700. Tiene tres veces más que la que atiende el problema central de la Argentina. En ese sentido, creo que hay que arreglar el presupuesto para construir los doscientos centros de atención de adicciones. Acá hay que armar una red con 20.000 tutores con el cura, el pastor, la maestra, el técnico del barrio, que vaya casa por casa. Los jóvenes solo creen en lo que ven, y ven solo lo que está en el barrio. En el aspecto social, hay que articular a los jóvenes con la escuela y con el trabajo. Después viene la cuestión del control de las fronteras y del lavado de activos, que requiere una decisión clara de política pública. Yo diría que gobierne quien gobierne, hay que hacer tres políticas de Estado básicas: La primera es que todos los chicos tienen que terminar un secundario con calidad. La segunda es que no se puede vender droga en los barrios. La tercera es que no se pueden dar créditos usurarios. No puede ser que el prestamista del barrio esté dando créditos al 150% anual, porque a la gente, eso les revienta la cabeza, se endeudan y todo se complica. Habría que atajar por lo menos esas tres dimensiones. Y aunque no veo que se esté yendo en esa dirección, creo que es lo que hay que hacer.

Interviene el Prof. Mg. José Luis Bichara: En los países donde han fracasado las políticas antidrogas, no se han hecho todos los esfuerzos que había que hacer. Esa es la realidad. Una de las formas de reducir esta problemática es trabajar fuerte sobre la demanda. Con el tema de narcotráfico, hay que trabajar ver para cómo sacarles el negocio. Tal vez no se erradique del mundo, pero se van a ir a otro lado. Acá vinieron porque se empezaron a recortar otras cosas en otros lados y aquí estaba abierta la frontera. Lo que va a haber es un corrimiento, salvo que haya una estrategia mundial para erradicarlo de todo el mundo, lo cual hoy por hoy lo veo difícil, ya que son intereses muy grandes lo que están en juego. Hay que sacarles el control a las policías; crear una Agencia

Federal de lucha contra el Narcotráfico que haga mucha inteligencia, crear una fuerza de élite para el enfrentamiento y cortar el negocio con juzgados y fiscalías especializadas. Más que ir detrás de la droga y cargamentos hay que ir detrás de su dinero. Pero hay que trabajar mucho más aún sobre la demanda. Los países que han invertido mucho esfuerzo y dinero en la lucha contra los narcotraficantes han fracasado. La prevención es la reina del discurso y la cenicienta de los recursos. En una conferencia pregunté si se acordaban de alguna campaña de prevención y me citaron campañas viejísimas, como los dibujitos de “Fleco y Male” cuando estaba el Dr. Mioli y de Sol sin Drogas, que quedaron en el olvido. Más allá de si eran buenas o malas, no se repitieron. ¡No hubo más campañas! Entonces, con su presupuesto, que apenas le alcanza para su auto sustento, una institución tan importante como la SEDRONAR se está mirando su propio ombligo. Es necesario tomar una decisión política de querer modificar la realidad en serio. Las políticas de Estado tienen que ser bien concretas, bien puntuales y diseñadas a largo plazo. Ahora, si hablamos del consumo problemático, del uso recreativo y empezamos a provocar confusión entre la marihuana medicinal y el porro, no sé si es el camino adecuado.

Interviene el doctor Zanarini y dice: Y recordemos que sin lavado, no hay negocio.

Toma la palabra el doctor Julio Bello: Me pareció interesantísima la mesa con dos o tres afirmaciones que, por más que son conocidas, iluminan bastante, una es la de Silvia en cuanto describe la antigüedad de las herramientas, y cómo se van perfeccionando en un modelo de antigüedad; otra que me llamó la atención es que empezamos a ser un país de paso; después, de consumo y ahora ya somos de tráfico. Esto no es producto de un gobierno. Me parece que hay un problema de la sociedad, que varios de la sociedad están entregados al negocio de la droga. La pregunta es ¿cuáles serían las causas que nos llevaron a ese cambio de situación?

Le contesta el Prof. Mg. José Luis Bichara: Es cierto. Esto se produjo en los últimos veinte años. Hace 25/30 años, no había maras. La gente no los conocía. Recuerdo que hace unos años escribí un artículo donde decía que si no se modificaban determinadas características públicas en

la Argentina, íbamos hacia el modelo de Colombia. Hoy, la Argentina es lo que era Colombia en los años 80. Colombia empezó a tomar políticas de Estado concretas, tomó el toro por las astas, y el narcotráfico se fue.

Acá recibimos carteles colombianos, mexicanos, peruanos, etc., con nombre y apellido, porque nadie entra a ningún país, si en ese país no lo dejan entrar. Lo mismo pasa en los barrios. Si doña Rosa o todos saben dónde está el *dealer* que vende, si la gente tiene esa información, si un medio de comunicación o el ciudadano común lo ve, es lógico pensar que la policía y los dirigentes locales que se dedican a hacer inteligencia tienen que saberlo. Además, la población civil en general también hace denuncias. En ningún lugar, el narcotráfico ha ingresado si no les han dicho: muchachos, pasen. Y hoy, en distintas instancias judiciales, hay pruebas de esas connivencias o de aportes de campañas. Y por último, creo que hemos naturalizado la muerte y la palabra sicario. Y hablar de sicarios, de muerte y de enfrentamiento de bandas, ahora es un título chiquito en el interior del diario. Hace treinta años, era nota de tapa. Eso significa que esto vino y está entre nosotros. Gracias.



Interviene la doctora Claudia Madíes: Quiero decir algo cortito. Conozco a Julio y sé por dónde viene la pregunta. Coincido con lo que dijo Luis. Y creo que hemos naturalizado muchas cosas, como la desconfianza, la corrupción, que parecían imposibles de ser pensadas como naturales. Pero mi preocupación es ¿Por qué se va al consumo? ¿Por qué consumen los jóvenes? ¿Es porque no creen en nadie? Porque tampoco creen en la Iglesia, ni en la educación, y ni hablar de la justicia o de la política. Entonces, los que entran acá, entrarán porque verán un camino llano para entrar, con todo eso que hemos sabido destruir a lo largo de estos años, y que ahora tenemos que empezar a pensar cómo lo reconstruimos. Entonces, lo primero es la confianza.

Interviene Daniel Arroyo: El Estado es un desastre en la Argentina, pero eso es lo que evita que el narcotráfico financie la política, porque es tan poroso el Estado, que es el Estado el que financia la política. Tenemos un brutal problema de infraestructura. Eso es lo que nos da la oportunidad de generar trabajo los próximos años. El narcotráfico es un

lío en medio de un lío donde nada funciona. Ese es el esquema. Porque está claro que el problema en el centro de atención de la salud es porque no hay insumos. Está claro que la escuela tiene los vidrios rotos y no tiene gas porque no le alcanza el presupuesto. Y está claro que cada uno hace lo que quiere. En este contexto, el mismo tipo que vende droga también la lleva como puede porque está en el medio del lío, como todos. No es que esté más organizado. Es un actor central que la pelea en un lugar, donde todos la reman del mismo modo. En ese sentido, tenemos un avance del narcotráfico, es evidente que se producen drogas en la Argentina, que el que va lavando drogas va pagando la coima, y cuando paga la coima, le da el vuelto a alguien en droga, y ese la fragmenta y la manda a los barrios para transformarla en billetes. Y es cierto que aun, siendo país de tránsito nos complica la vida a todos, pero así como es difícil que un centro de atención de salud funcione en la práctica o que funcione bien una escuela, hay una dinámica de desacomodo que nos da una oportunidad si el Estado se organiza bien. Pero yo no comparto la idea de un poder de narcotráfico blindado y organizado en la Argentina, porque no es así,

Una participante le dirige una pregunta a Silvia Gascón: Así como la Argentina fue primera en dar seguridad social a los adultos mayores y tiene buenas jubilaciones –respecto de los países de la región– ¿qué iniciativas innovadoras se están implementando?

Silvia Gascón le responde: Mirá, para empezar, tenemos el PAMI, que con todos sus problemas, es la única institución en toda Latinoamérica que está destinada a brindar servicios socio-sanitarios a personas mayores, que muchas personas –incluidas algunas de esta casa de estudios – piensan que debería desaparecer. Yo creo que hay que mejorarlo, hacerlo más eficiente y más transparente. Cuando yo entré a PAMI, en el año 1984, ya existía esta escalerita (*que muestra en la lámina*). En este país hemos hecho y dicho de todo. Y la verdad es difícil entender por qué no podemos tener mejores resultados. La verdad es que nosotros, en expectativa de vida estábamos arriba de Chile y de Uruguay. Ahora estamos debajo. O sea, que hemos estado retrocediendo. Y siempre hay iniciativas locales. Vengo de Neuquén, donde vi a un grupo de profesionales interdisciplinarios que han armado un servicio de cuidados domiciliarios que no lo tiene ni la ciudad de Buenos Aires. Claro que Neuquén tiene su historia de programas comunitarios. Pero

después se ven iniciativas locales, como por ejemplo: lugares donde se han armado viviendas colectivas de personas mayores que han vendido su casa, que armaron una fundación, que viven todos juntos en una casa-hospital, que tienen servicios; y no son los countries fabulosos que hay en el Gran Buenos Aires, ni las excelentes residencias para mayores, que cuestan \$ 60.000 por mes. Entonces, las cosas están. Hay que subirlas a la red y mostrar que la gente está en los barrios, la mayoría trabaja y trata de estudiar y progresar. Eso es lo que hay que subir y tratar de bajar a los que hacen las cosas mal.

El doctor Artaza toma la palabra: Vamos a dejar con ustedes, a alguien que no necesita presentación alguna, al Ministro de Salud más longevo de América Latina, porque mientras las estadísticas señalan que la vida media de un ministro de Salud en América Latina es de un año, este señor sobrevivió muchos más. Tiene que escribir la receta porque es para hacer un estudio del caso. Y además, tuvimos la bendición de tenerlo —no sé si la palabra es tenerlo, o resistirlo, no lo sé— como embajador en Chile. Y de aquí en más, los dejo con Ginés González. Y luego, Sebastián Laspiur, colega nuestro de la Organización, va a coordinar la mesa del cierre.

Palabras del doctor Ginés González García, rector honorario de la Universidad ISALUD, ex ministro de Salud de la Nación y ex embajador en Chile

El derecho a la salud es algo esencial, equivalente al derecho a la vida misma. Los servicios de salud posibilitan mejoras en la vida de las personas, y por eso resulta determinante disminuir las brutales diferencias entre quienes



pueden y quienes no pueden acceder a ellos. Con este fin se establece el principio de progresividad, que supone que cada cambio promueva más y no menos derechos. Algunos temas tienen una elevada visibilidad, como la salud materno infantil o la despenalización del aborto. Pero también hay que reconocer cuando hay regresividad, situación que suele darse cuando las privaciones las sufren personas que no son tenidas en cuenta en los debates públicos. Por ejemplo, en el área de Salud, entre los temas críticos están la financiación, el gasto y la efectividad del gasto: no solo cuánto gastamos, sino cómo lo gastamos y en qué. En este aspecto, una primera señal de alarma es que la ley de presupuesto aprobada por el Congreso de la Nación para el año 2017 disminuye la participación porcentual del Ministerio de Salud en un 17%. A ello debe sumarse la inmensa subejecución presupuestaria ocurrida durante 2016 en muchos de los programas dirigidos hacia los sectores más vulnerables. Indudablemente eso es una mala señal. Y en mi opinión peor señal es que casi nadie se queje. Disminuir el presupuesto de un área de gobierno es una manera de afirmar palmariamente –más allá de las declaraciones meramente formales– que no se le da prioridad al tema.

Si uno de los objetivos de Naciones Unidas para el año 2030 es eliminar cualquier forma de pobreza, hoy tenemos que considerar la pobreza de energía para luchar por la Salud. Tal vez eso también se explica porque mucha gente no sabe o no cree que los resultados me-

jorarán si se asignan más recursos. Lamentablemente, y lo digo como autocrítica, esto se ve también en el sector público. Hay lugares en la Ciudad de Buenos Aires donde en veinte años se duplicó la planta de profesionales y tienen la misma producción en egresos y en consultas, lo cual habla de que algo estamos haciendo mal al asignar recursos, al ser la salud una actividad intensiva en mano de obra. Y si uno analiza el nivel de satisfacción de los usuarios, las cosas están peor. Esto dificulta la pelea que tradicionalmente hemos tenido buscando más presupuesto para la Salud Pública.

Por ejemplo, respecto a la asignación de recursos, me interesa señalar que el Remediar, tal vez el programa de salud más eficiente, efectivo y eficaz, está siendo brutalmente disminuido y subejecutado, y esto genera dificultades terribles en la distribución de medicamentos. Era un programa que tenía una distribución universal y que pocas veces se podía hablar de una relación costo-efectivo siquiera similar, porque gastaba muy poco dinero por habitante. Hoy se está ejecutando a la mitad por no haberse hecho las compras a tiempo, cuando además el presupuesto del Ministerio de Salud nacional tiene más de 5.000 millones de pesos sin ejecutar en este año 2016. Nos encontramos con esta paradoja: quedó dinero sin ejecutar y faltan ciertos medicamentos, no hay citostáticos de primera línea, no hay reactivos para el VIH, no hay tuberculostáticos, no se compraron larvicidas ni insecticidas para el Dengue. Hay un abandono después de catorce años que no se comprende. Porque si se quieren solucionar las causas de la pobreza, lo primero que tiene que solucionarse es la pobreza de los cuerpos, porque el principal activo económico que tiene un pobre es su capacidad física de trabajar. Si la pierde por enfermedad, además de la debacle que significa para su familia, pierde la única capacidad que tiene de incorporarse al mercado mediante su trabajo.

En estos días hubo muchos debates y pocas propuestas. Ayer, en la Cámara de Diputados de la Nación participé de la discusión sobre tres proyectos de ley de despenalización del aborto, en la que había muchas personas que militan activamente el tema. Me parece positivo, pero el problema no es que falten leyes, sino que no se cumplan. No solo no cumplimos con los objetivos del milenio, ni con otros compromisos internacionales: ni siquiera cumplimos con la ley. Por ejemplo,

el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable es una ley que obliga al Estado nacional a la provisión de los insumos. ¿Cuáles? Básicamente, la educación. Pero también desde los profilácticos hasta los anticonceptivos orales, incluida la píldora del día después. Muchos de ustedes saben mejor que yo, que ese programa hoy está desprovisto. Es una Ley nacional, del año 2002, que costó que se aprobara. Protege a las mujeres, en especial a las más pobres, porque entrega lo que cualquiera que no sea pobre puede comprar en una farmacia. Sin embargo, no se cumple. Ayer les preguntaba a los legisladores por qué no reclaman por las leyes que no se cumplen.

También la interrupción del embarazo tiene un marco legal en la Argentina. Si bien está tipificado como delito, tiene una ampliación del marco legal que ha evolucionado, donde se estipula cuándo se puede efectuar. Desde el 2003, cuando se publicó la primera guía, el marco normativo ha ido evolucionando muy favorablemente, en el sentido de una interpretación más amplia. Tenemos un Código Civil y Comercial posterior, y sobre todo una acordada de la Corte Suprema de Justicia sobre un caso ya famoso que amplifica sustancialmente el procedimiento. Pero cuando una provincia quiere hacer un protocolo indicando cómo debe procederse para cumplir con la ley –tal como hizo el gobierno nacional el año pasado y fue seguido por ocho provincias– y sufre una oposición por razones religiosas hay motivos de preocupación más que suficientes: esa oposición es a una Ley de la Nación dirigida a los que menos tienen, y está fundada en razones sanitarias. Esto pasó en estos días, cuando la gobernadora Vidal dio marcha atrás a una decisión de este tipo.

Hace veinticinco años que no podemos modificar sustancialmente la tasa de mortalidad materna. Todos hablan de mortalidad y nadie de morbilidad. El año pasado hubo 55.000 internaciones post-aborto. Como es un delito, tiene que ser denunciado. ¿Cuántas denuncias hubo? No llegaron al 10%. ¿Cuántas acciones judiciales hubo? Cero. Si una ley no es efectiva, no tiene sentido seguir meneándola. Para lo único que sirve es para inspirarle miedo a la mujer cuando tiene que acceder a la atención médica. Algunas muertes se deben a que esperan más de lo que tienen que esperar.

También, desde hace mucho tiempo luchamos para que las leyes de prescripción de medicamentos por nombre genérico sirvan para una contención de precios. Teniendo en cuenta que en la Argentina existe una elevada oferta de medicamentos, al eliminarse la marca comercial se supone que debería facilitar la opción para poder elegir el de menor precio. Es lo que más le conviene al sistema de financiación y sobre todo al usuario, que es quien activa la compra junto con el farmacéutico. Pero en estos años me sorprendió que empezara a subir el precio de los medicamentos sin marca conocida. Si la diferencia con la marca conocida es de un 10 o 12%, no es incentivo suficiente. En temas como este hay que analizar bien el entramado de la aplicación de cualquier política o norma para analizar lo que pasa. Por ejemplo, ofrecen al farmacéutico como incentivo desde la mitad del precio hasta el 60%. Entonces, en el marco de la ley esos incentivos rigen, pero para aumentar la ganancia del farmacéutico, no para que el usuario tenga un mejor acceso al medicamento o para que haya competencia de precios. Si uno mira la serie histórica, esa fue la única batalla que se ganó en el año 2002 vinculada con la contención de precios.

Cuando el Estado no tiene liderazgo sobre la política, esta lucha que supera los marcos legales es muy difícil. Por ejemplo, no se dice que no hay más Programa de Salud Sexual y Reproductiva, pero se lo va desinflando, se lo va agotando. La gente que recibe los servicios de los distintos programas tiene menos capacidad y menos opciones, y un día se encuentra con que no le dan más leche o anticonceptivos, o no tiene más los medicamentos de primera línea contra la tuberculosis. Eso está pasando hoy. No estoy hablando de ideologías, sino de hechos concretos de la Argentina actual, de coberturas específicas para una porción concreta de la población. En ese sentido, ojalá no lo tuviera que decir, a mi modo de ver se está produciendo una regresividad. La progresividad no se está cumpliendo. Y me preocupa mucho cierta anomia que veo en la sociedad, que permite que esto esté pasando.

Las entidades que intentan hacer políticas universales, como el caso de OPS, OMS o Naciones Unidas, son de los escasos refugios que quedan en términos internacionales para cuestiones que preocupan a la humanidad. Tenemos que practicar una militancia mucho más activa y estos foros son parte de eso. Con la crisis en la economía mundial ini-

ciada en 2008 Europa tuvo un golpe fuerte, y ya los sistemas más universales, más equitativos o menos injustos tuvieron restricciones, que fueron resueltas con un poquito de eficiencia y con muchas decisiones que incluyeron desde bajar el sueldo a los profesionales hasta restringir algunos medicamentos. Pero lo que se viene es mucho más dificultoso, y ya está el ejemplo mundial del tratamiento para la hepatitis C. La nueva generación de medicamentos, como los de origen biológico, tiene precios siderales no solo para los pacientes, sino también para los Estados. Es una lucha permanente que se hace en muchos frentes. El ANMAT está aprobando no más de 30 a 35 moléculas por año. Ahí está bien la incorporación de tecnología con racionalidad y sin privilegiar los intereses del mercado. Pese a ello, hay medicamentos demasiado caros. Deberíamos apostar a que una agencia de evaluación de tecnologías también podría ayudar en este tema, pero no puede ser una agencia de contención de precios porque tiene otras finalidades.

En mi opinión, hoy la contención de precios es una discusión soberana. Nunca el mundo tuvo tanta producción científica como ahora, y la velocidad de la producción científica en el área de Salud supera a cualquier otro rubro. Estados Unidos tiene 260 moléculas de origen biológico. Algunas de ellas son muy promisorias respecto de enfermedades que no tienen otra alternativa. Pero todas ellas van a tener un precio absolutamente imposible de pagar. Si en la hepatitis C —una enfermedad que tiene 300 millones de portadores en el mundo— cuesta 80.000 dólares por cada tratamiento individual, no hay que ser muy inteligente para multiplicar y darse cuenta de que significaría una quiebra mundial. Si además por lo mismo uno paga 80.000 dólares y otro, 300 —como pasa en Egipto— hay algo que no está funcionando en los precios.

En mi opinión, la discusión sobre patentes en el campo de la Salud es central, porque son impagables. Para los Estados y para las personas. Muchas de ellas simplemente quiebran porque no hay sistema de seguro que pueda soportarlo, incluso en países como Estados Unidos. Lo que se ha hecho en Europa, más que pelear por el precio, fue ralentizar el tratamiento aumentando la cola de espera. Se atiende primero a los que están más complicados y después, a los otros. De esa manera el impacto en el presupuesto no es tan brutal, pero el problema es cómo financiar cosas imposibles.

En ISALUD hicimos recientemente un estudio sobre cuánto cuesta el Programa Médico Obligatorio (PMO) que debe ser financiado por el sistema de obras sociales y prepagas de la Argentina. Nuestro número daba a mitad de este año casi 700 pesos por persona del sistema de seguridad social. En nuestro estudio, solo la mitad de las obras sociales cubren ese monto con su recaudación. Cuando uno mira la composición del gasto de los últimos años, se ve que se achica mucho el médico y el sanatorial y se expande mucho el de tecnología, dentro del cual está el de los medicamentos. Es una bomba de tiempo. Está ahí, no en el mediano plazo.

La batalla es esa. Es muy complicada porque en el “Primer Mundo” el patentamiento es la base de todo, más allá de las dificultades y las crisis de gobernabilidad, muchas de las cuales se expresan electoralmente por la insatisfacción de los ciudadanos. También es cierto que tenemos un sistema de salud que gasta más que nunca en la historia: ya se lleva el 10% del PBI. En realidad, nunca tuvimos mejor estado de salud, y sin embargo tenemos una insatisfacción impresionante. Cuando uno llega a cualquier país y pregunta cómo está la salud, le responden que es un desastre. A veces también agregan que están reformándola.

Tal vez se debe a que hay un pensamiento que alimenta la regresión, apartándose del eje solidario. Lo veo en los diarios del mundo o incluso de nuestro país, con el tema de las migraciones o el acceso a la salud. Pero no solo respecto de los inmigrantes, sino hasta los habitantes del conurbano de Buenos Aires. El Gobierno de la Ciudad dice que el problema es que viene mucha gente del conurbano. Eso es pensar de un modo regresivo. En este año 2016 la Ciudad de Buenos Aires tiene 122.000 millones de pesos de presupuesto anual, y tiene además las manos libres para tomar créditos del exterior. De hecho, está tomando mucha deuda. Tiene 3.000.000 de habitantes y una superficie muy similar al municipio de La Matanza, donde hay 500.000 habitantes menos, pero mucha menor cobertura de obras sociales o del sistema privado. ¿Cuánto es el presupuesto anual de La Matanza? 4.400 millones de pesos. Es imposible hacer comparaciones con esos montos. Hay una inequidad inmensa respecto de la asignación de recursos. Es difícil pensar en términos solidarios si las propias autoridades de la Ciudad dicen que su problema no es que se duplicó la planta de personal en los hospitales mientras se mantenía la misma producción, sino que llega gente del conurbano.

Hay que prever ciertas reacciones. También en la Antigüedad, cuando llegaba una epidemia o una peste se le echaba la culpa al pueblo, a las mujeres o a las minorías. En Maguncia, Alemania, mataron a 50.000 judíos culpándolos de la viruela. Tenemos que recrear el principio de solidaridad. Las reglas del juego tienen que ser más parejas para la realización de los individuos y de los países. Confío en que la especie de militancia que se hace en estos ámbitos realmente sea de utilidad y ayude a mejorar la historia. Y ojalá que la próxima vez que hable acá no sea sobre regresividad, sino sobre mejoras y progresividad.

Una persona hace una pregunta que no se escucha por el parlante:

Ginés González le contesta: La parte sanatorial se viene achicando, un poco por el cambio tecnológico. Hay cosas que ahora se resuelven por fuera de los hospitales, pero que si tuviera que mencionar un sector que está castigado es el nuestro, el de los médicos y el de la internación. Fíjense que firmé un decreto de emergencia en 2002, para liberarlos de la presión impositiva impaga que tenían las clínicas y sanatorios privados. Si eso se ejecutaba, cerraban. Ese decreto todavía está vigente. No lo pueden levantar porque si se saca, se caen todas las clínicas privadas. Entonces se ve que hay dificultades en la asignación de recursos y siempre el que más avanza es el sector de la tecnología. El problema es que la tecnología es solo para algunos. Y habida cuenta de que se rompe la posibilidad individual de pagar esos precios, la presión es sobre los Estados. Y esto es un tema que a mi modo de ver hace a la gobernabilidad, por lo cual, en el tema patentes, tendrían que actuar con mucha más participación, los propios Estados.

Panel 3

Estado, mercado y derecho a la salud en la Argentina de hoy.

Coordinador:

Sebastián Laspiur

Participantes:

- Sonia Tarragona. *Secretaria de Extensión Universitaria y directora de la Maestría de Farmacopolíticas. Universidad ISALUD.*
- Marina Kosacoff. *Subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos, Ministerio de Salud de la Nación.*
- Mario Glanc. *Director de la Maestría y Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social, Universidad ISALUD.*
- Claudia Madies. *Directora del Centro de Estudios e Investigación en Derecho Sanitario y Bioderecho (CEDSABIO), Universidad ISALUD.*

El doctor Sebastián Laspiur, consultor OPS y coordinador del panel, presenta a los integrantes de la mesa:

Bueno, muchísimas gracias a todos. Estamos sobre el final de la jornada. Hablar después de Gines

(González) es muy difícil para todos. Tenemos una mesa de lujo. Nosotros sabemos que el mercado no es un buen regulador de la salud, no garantiza los derechos y el rol del Estado es ver cómo se interviene en el mercado para garantizar la salud sobre las cuestiones que más nos inquietan y nos afectan. Y para hablar sobre este rol del Estado nos acompañan Sonia Tarragona, secretaria de Extensión Universitaria y directora de la Maestría de Fármaco-políticas de la Universidad ISALUD, quien nos va a hablar de patentes medicinales y acceso a medicamentos; la doctora Marina Kosacoff, subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos del Ministerio de Salud de la Nación, quien disertará



sobre el marco regulatorio para el consumo y publicidad del tabaco, el alcohol y los alimentos no saludables, otra de las funciones que tiene el Estado para garantizar la promoción de la salud; y Mario Glanc, director de la Maestría de Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Universidad ISALUD –Maestría de la que fui egresado de esta casa, por lo que para mí, es un honor estar acá acompañado por Mario Glanc–, quien nos va a hablar de las fronteras, modelos asociativos y modelos competitivos entre mercado y Estado en salud. Por último, la doctora Claudia Madíes, directora del Centro de Estudios e Investigación de Derecho Sanitario y Bioderecho (CEDSABIO) de la universidad ISALUD, se referirá a la judicialización de la salud.

Disertación de la magister Sonia Tarragona

Muchas gracias. La verdad es que el tema de las patentes y el acceso a los medicamentos es algo que nos viene preocupando hace tiempo. En el marco del tercer objetivo de desarrollo sostenible, que está vinculado al logro de la salud y el bien-



estar para toda la población, entendemos como un derecho humano el acceso a los medicamentos. La discusión que hemos venido sosteniendo en los últimos tiempos es sobre si es posible encontrar un equilibrio entre los derechos de propiedad intelectual y el logro del acceso a los medicamentos. Esta discusión viene de larga data, pero se ha acrecentado a partir de la década pasada, después de la creación de la Organización Mundial del Comercio (OMC), donde se firmó el Acuerdo sobre los Aspectos de Propiedad Intelectual Vinculados con el Comercio (ADPIC), llamados también TRIPS, por su sigla en inglés. Son acuerdos que regulan a todos los países que son miembros de la OMC y establecen los estándares mínimos de protección que cada país tiene que contemplar dentro de sus legislaciones locales. La Argentina

forma parte de la OMC y, por lo tanto, después de que se sancionara este acuerdo en 1994 y entrara en vigencia en 1995, el país dispuso de cinco años para adecuar la legislación local a ese acuerdo; y es así que después de 2000, el país incorporó en su Ley de Patentes, la protección de productos farmacéuticos, porque hasta ese entonces, solo teníamos protección de procesos. Solo voy a mencionar una frase de ese acuerdo que es, quizá, la que hoy, genera más controversias. Es nada más y nada menos, que la que establece a qué se le puede otorgar una patente. Y dice: *“Las patentes podrán obtenerse para todas las invenciones, siempre que sean nuevas, entrañen una actividad inventiva, y sean susceptibles de aplicación industrial”*. Esas tres cosas que parecen sencillas, son difíciles de definir: ¿A qué llamamos nuevo? ¿Es nuevo dónde?, ¿en qué lugar?, ¿desde cuándo? No es algo sencillo de resolver. Lo vamos a abordar más adelante. ¿Qué significa que entrañen una actividad inventiva? Esto parece un concepto bastante subjetivo y requiere una interpretación de las legislaciones locales para definir qué entendemos por actividad inventiva. Un descubrimiento, ¿es una actividad inventiva? ¿Encontrarse algo que se encuentra de casualidad, es una actividad inventiva? El *sí* o el *no* a esta pregunta determina que podamos patentar plantas o semillas por ejemplo. La definición de cada una de estas tres cosas hace que se abran una serie de discusiones que son las que hoy estamos teniendo en los países. La tercera condición, la que pide que sean susceptibles de aplicación industrial, quiere decir que eso que se desarrolle o que se invente, sirva para algo; porque las patentes en la Argentina se conceden a cosas que tengan utilidad. Uno no puede patentar algo que no sirva para nada. No se patenta el conocimiento abstracto, sino la solución a un problema real, que tiene que tener una aplicación industrial. Tiene que transformarse en un producto que resuelva un problema. Pero el acuerdo deja a los países en libertad de definir el alcance de estas cosas y también incluye en el texto, las llamadas flexibilidades del acuerdo, que permiten a los Estados miembros de la OMC, utilizar algunos recursos para desconocer las patentes ante determinadas situaciones. La más conocida de ellas es la *licencia obligatoria*, que permite que cuando hay una situación de alcance nacional o de interés público, o de lo que cada país defina, se puede interrumpir la vigencia de esa patente para facilitar que pase otra cosa y se puedan resolver

los problemas de Salud Pública. No es solo para la salud, es para todas las áreas del conocimiento. Les decía, entonces, que el acuerdo sobre derechos de la propiedad intelectual existe desde el 95. En el año 2001, se firmó la llamada *Declaración de Doha*, que es una declaración relacionada con los ADPIC y la Salud Pública. ¿Por qué es tan importante esa Declaración de Doha? Porque los Estados se dieron cuenta de que, en términos de Salud Pública, ese acuerdo estaba generando problemas. Piensen ustedes que cuando se negoció el acuerdo sobre los derechos de propiedad intelectual en 1994, se hizo en el marco de lo que fue la ronda Uruguay del GATT, que después fue la OMC, y ¿quiénes son los que participaron de esa discusión y negociación? Las Cancillerías y los Ministerios de Economía. No hubo ministros de Salud discutiendo patentes farmacéuticas en ese marco. Pero los Estados se dieron cuenta después, de que eso sí acarrea problemas para el acceso a medicamentos cuando en ese contexto se incluían las patentes farmacéuticas. Es por eso que la Declaración de Doha fue un hito muy importante en la discusión de Salud Pública y propiedad intelectual. Porque lo que hizo la declaración, entre muchas otras cosas, fue poner a la Salud Pública por encima del interés comercial.

Dice que los Estados deben velar para que la salud quede por encima de los intereses particulares de las compañías farmacéuticas. Otra cuestión importante es que en 2003, el consejo ejecutivo de la OMS, encargó hacer el documento denominado: *Salud pública, innovación y propiedad intelectual*, que se publicó en 2006, que desde entonces, es la última publicación importante que hizo la OMS y que todavía seguimos discutiendo. Y quiero mencionar algo sobre las medidas ADPIC PLUS, que son todas aquellas medidas que no fueron acordadas en el acuerdo del 94, pero que se están incluyendo en los tratados de libre comercio. Son medidas que endurecen las posiciones, que ajustan un poco más la cuestión de las patentes y que hacen que todavía sea mucho más difícil la entrada de la competencia genérica al momento de vencerse las patentes. En ese marco, les quiero contar lo que ocurre en la Argentina. Después del acuerdo de los ADPIC, se adaptó la legislación local, y entonces tenemos la Ley de Patentes de Productos. Después, hubo un montón de modificaciones a esa ley de patentes y la última fue de 2004. Hay dos resoluciones; una es la que Ginés (González García) mencionó

hace un rato, es la resolución conjunta de la Secretaría de Industria, del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Propiedad Industrial (INPI) que estableció un conjunto de directrices para recomendar qué patentar y qué no patentar. Y ahí entran un montón de cosas que en la jerga se conocen como *evergreenig* o *mee too drugs*, que son todas aquellas modificaciones pequeñas de moléculas conocidas que hacen que en otros países se consiga de nuevo la protección adicional, pero que en la Argentina, no. Acá no se patentan las combinaciones, no se patentan los polimorfos, no se patentan las sales, no tenemos patente de segunda indicación. Aclaro esto para quien no está en el tema. Supongamos que alguien hace un desarrollo, una droga para una utilidad y en medio de ese desarrollo descubre que sirve para más de una cosa, pero solo patenta un uso, no los dos o tres que descubrió. Cuando se está por vencer la patente, declara que sirve para otra cosa y consigue otros veinte años de protección. En la Argentina no otorgamos ese tipo de patentes; en otros países se otorgan. Acá, las novedades son cosas que de verdad implican una novedad a nivel mundial, este concepto es absoluto, es una novedad a nivel mundial y la patente es local. La patente otorga protección solo en el país donde se patenta. O sea, un producto patentado en otro país, no está protegido en la Argentina. Para que esté protegido en la Argentina, también tiene que estar patentado en la Argentina. Y esto es para todos los países. Esta resolución conjunta hoy está siendo felicitada, aplaudida, incorporada y discutida en todos los foros internacionales de países en desarrollo que se sienten muy complicados con el manejo que se está haciendo de la propiedad intelectual de las grandes compañías farmacéuticas. Hoy, el modelo argentino, sobre la base de esta resolución, está siendo seguido como ejemplo a nivel internacional. Pero ahí viene lo que mencionaba Ginés. En septiembre pasado, el INPI sacó una nueva resolución que faculta a la oficina de patentes a otorgar protección patentaria, sin hacer necesariamente el examen de fondo de las patentes. ¿Qué significa esto? Le permite tomar como válido el examen de fondo que se hace en otro país, y conceder la patente sin hacer el examen local. ¿Por qué esto es o podría ser un problema en la Argentina? Porque hay países donde se otorgan muchas patentes a cosas que en la Argentina no consideramos novedades. Por ejemplo: Estados Unidos otorga patentes a un montón de cosas que para

nosotros no son novedades. Y si nosotros reconociéramos esas patentes, estaríamos otorgando patentes a cosas que hasta hace poco decíamos que no eran patentables. De alguna manera, y esta es la discusión, se pierde un poco la soberanía local de poder decidir a qué le damos patente o a qué no le damos patente; sobre todo porque ¿quién se atrevería a negarle una patente a alguien que ya la consiguió en Estados Unidos? No es tan sencillo. Eso permitiría enseguida que la industria farmacéutica demande al Estado argentino por no concederle una patente, pensando siempre que los países desarrollados son mejores que nosotros a la hora de hacer un análisis de fondo, ese es el supuesto que hay detrás. ¿Por qué se hace eso? Porque nosotros tenemos hasta diez años de atraso en revisar las solicitudes de patentes. La verdad es esa. Los examinadores de patentes están tan atrasados que, se dice, la intención es agilizar las cosas. En estos momentos estamos con unas demandas cruzadas de la industria multinacional y nacional respecto de ese tema, pero en el medio, la situación, en los hechos, todavía no ha cambiado.

Este es un documento que salió este año.ⁱ Son guías de Naciones Unidas para el examen de patentes, relacionadas con productos farmacéuticos, y ofrece lineamientos para la definición de estándares de funcionamiento y de transparencia en los sistemas de patentes del mundo. Y este documento, que hoy se está usando para el entrenamiento de los examinadores de patentes, se usa como ejemplo, básicamente sobre los casos de la Argentina y de la India, que son los únicos que tienen directrices de patentamiento como les mencionaba recién. Y por supuesto, recomienda un examen riguroso de patentes para que se le dé patente a todo aquello que realmente sea una innovación genuina.

Este es otro documento,ⁱⁱ es del panel de alto nivel del secretario general de las Naciones Unidas de septiembre de este año, donde de nuevo se vuelve a poner en el centro de la discusión, la importancia de que se otorguen patentes solo a aquellas cosas que realmente signifiquen una innovación y una mejora respecto de lo que ya existía. ¿Por qué menciono estas cosas? Porque si todos estamos diciendo esto, debe

i - En referencia al documento "Guidelines for the examination of patent applications related to pharmaceuticals". United Nations Development Programme (2016)

ii - En relación al "Report of the United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to Medicines" (2016)

ser que estamos viendo que se le están dando patentes a cosas que no son tan innovadoras.

Estas son las repercusiones de estos temas en distintas discusiones. Este es un evento del mes pasado, donde la oficina de patentes de Egipto menciona la influencia positiva de las directrices argentinas en la definición de sus propias directrices y exámenes de patentes locales.

También la sociedad civil en el mundo entero está discutiendo y bregando por lograr el acceso a medicamentos. Los acuerdos de libre comercio, como les decía, que están endureciendo cada vez más las posiciones y ponen restricciones adicionales a las establecidas por el acuerdo original, hoy también están en el centro del debate. En Chile, fue un tema sumamente interesante y hace poquito, en el congreso de la Asociación de la Economía de la Salud (AES), tuvimos una presentación respecto de este tema, de las implicancias del tratado del Pacífico en materia de propiedad intelectual.

Estos son algunos ejemplos –que no voy a explicar mucho–, pero que son noticias de prensa donde se observa el uso de las flexibilidades de esos acuerdos que ya les mencioné que existen, y las batallas que han ganado los Estados frente a situaciones de tremendo monopolio y abuso por parte de la industria farmacéutica, donde los Estados deciden conceder una licencia obligatoria; y por un tiempo, no reconocer la patente y poder comercializar, importar y poder hacer otra cosa con el producto, siempre que eso sea para poder resolver un problema de Salud Pública. En la Argentina, la discusión sigue. Hay una demanda que hace la Cámara de Laboratorios de las empresas multinacionales contra la resolución conjunta de 2012, que ahora vendría a quedar un poco soslayada por esa última resolución que va en el sentido contrario a aquella.

Hace pocos días, el INPI ha salido a decir que esta resolución va a seguir activa, pero se va a excluir a las patentes farmacéuticas porque esto es para todo. Aparentemente, no se habían dado cuenta que esto también afectaba a las patentes farmacéuticas.

¿Las patentes son malísimas? ¿Es todo un desastre? ¿Está mal que tengamos pa-



tentes? La verdad es que no. Veamos cuáles son las ventajas del reconocimiento de las patentes: Incentivan la investigación. ¿Alguno de ustedes estaría dispuesto a investigar veinte años para que en el mismo momento que uno termina su investigación, otro se apropie de eso? Y, no. La única manera que hemos podido encontrar para proteger la investigación han sido los derechos de propiedad. Por lo cual, no está mal que haya patentes. Además, favorecen el crecimiento económico y la transmisión del conocimiento, alientan investigaciones orientadas a la cura de enfermedades prevalentes en los países en desarrollo, promueven el desarrollo de la industria local y permiten dirigir los recursos a la innovación, y a los inventores recuperar los costos de sus investigaciones. Además, las personas nos beneficiamos al tener una mayor disponibilidad de fármacos y de encontrar cura y tratamiento para muchas enfermedades y aumenta la base tributaria para el Estado.

Veamos cuáles son las desventajas del reconocimiento de las patentes. Los nuevos productos se comercializan a precios monopólicos, sin regulación. Una patente ofrece veinte años de exclusividad en la explotación comercial, con lo cual, quien es el dueño de la patente puede poner el precio que quiera y sostenerlo durante todo ese lapso, sin regulación posible. Mientras dura la patente, no existe competencia, porque si hay protección, no hay posibilidades de que aparezcan las versiones similares o genéricos. Impiden a los Estados garantizar la disponibilidad de determinados fármacos en catástrofes. Es lo que pasó cuando hubo riesgo de pandemia de gripe aviar; y después con la de gripe A. Y es lo que está pasando en muchos países con la epidemia del sida. No garantiza la investigación en medicamentos necesarios desde el punto de vista de la Salud Pública.

La industria farmacéutica invierte en aquellos medicamentos que le van a permitir tener rentabilidad. Nunca van a invertir en mercados para enfermedades desatendidas, porque afectan a millones de personas que no pueden pagar por esos productos; y tampoco van a invertir, generalmente, en enfermedades raras, porque son pocos los casos. Entonces, es mejor invertir en cáncer y en las enfermedades crónicas porque eso garantiza un mercado seguro. Incrementa el gasto en medicamentos –como decía Ginés–, especialmente, si no hay sustitutos terapéuticos de esos productos; generan presiones sociales –porque los

pacientes exigen al Estado que los compre porque ellos no los pueden pagar–, y promueven indirectamente, el desarrollo de nuevas moléculas a partir de las que ya existen. Para que ustedes vean la magnitud del problema, solo voy a mostrar dos ejemplos. En estos momentos se está desarrollando un Congreso de Acceso a Medicamentos –organizado por el Grupo Efecto Positivo (GEP)– en Argentina, donde ayer se presentó este material. Este es un estudio que presentó la doctora Melisa Barber de la Universidad de Liverpool, en su posdoctorado. Ellos estimaron cuánto costaría –sacando los costos de investigación y desarrollo–, la producción de Sofosbuvir, el medicamento para la hepatitis C, aun poniéndole un margen de rentabilidad del 50%. El precio final les dio U\$S 62. Miren ustedes el precio al que se vende ese producto para un mes –y el tratamiento es de dos meses–: U\$S 44.733 en Alemania, U\$S 36.900 en Francia y U\$S 33.000 en Canadá. Entonces, el argumento de la industria es que desarrollar una droga puede costar hasta 1.000 millones de dólares. Bueno, con estos precios, lo recuperan rapidito. ¿Y qué pasa después de que se recupera la inversión inicial? El precio no baja.

Veamos otro ejemplo con el Imatinib, que se utiliza para el cáncer: U\$S 106.322 en Estados Unidos cuando el precio de producción, incluido un 50% de rentabilidad es de U\$S 180. ¿Y por qué están preocupados los Estados? Porque después, las personas les exigen que paguen esos precios. Esos precios que calcularon en la Universidad de Liverpool son los precios a los que deberían venderse una vez que se vence la patente, porque ya se recuperaron los costos de investigación sobradamente.

Veamos otra droga: El Cabazitaxel para el cáncer de próstata. El menor precio en el mundo es de U\$S 30.000 y se vende a U\$S 120.000 en Estados Unidos, cuando cuesta U\$S 666 producirlo. Esta es la preocupación de los gobiernos.

Un dato adicional que también se presentó ayer. Es un análisis comparado de los precios de los antirretrovirales en los países de Latinoamérica, que mostró una investigadora de la consultora Ifarma de Colombia. Nosotros tuvimos una experiencia de pasar por dos negociaciones conjuntas de precios para la compra de antirretrovirales en 2003 y en 2005, donde la Argentina tenía los mejores precios de la región.

Hoy, la Argentina está pagando casi todos los antirretrovirales hasta 20 y 30 veces el precio que están pagando otros países. Argentina venía de ser el que mejor compraba y hoy está entre los que peor compra para los tratamientos antirretrovirales. Entonces, mientras no sea posible separar los costos de investigación y desarrollo de los precios, no va a haber ninguna posibilidad de garantizar menores precios. Mientras el precio tenga que servir para recuperar el costo de la inversión, nunca vamos a poder tener precios más bajos. No es posible dejar en manos de las compañías farmacéuticas —y en esto acuerdan la mayoría de los Estados—, la decisión de hacia dónde dirigir la inversión. No puede ser la industria la que decida en qué innovar. Pero entonces es tiempo de que los países, se pongan los pantalones largos y tomen las decisiones respecto de dónde hay que invertir; y cuando uno habla de la producción pública de medicamentos hay que preguntarse para qué y de qué. ¿De cualquier cosa, para competir con la industria con los medicamentos con los que no tenemos problemas? Yo entiendo que no. Creo que la producción pública de medicamentos debería estar orientada a estas drogas a las que la gente no tiene acceso. Tener una industria farmacéutica produciendo Amoxicilina, Ibuprofeno o sales de rehidratación, cuando tenemos cincuenta competidores a un precio muy barato es estar malgastando los recursos públicos. Lo ideal sería que la industria de producción nacional esté orientada a aquello que no resuelve el mercado. Lo que no resuelve el mercado, indefectiblemente, tiene que resolverlo el Estado. Porque no alcanza con culpar a las compañías del problema tremendo que tenemos, porque los Estados, muchas veces, no están ocupando el lugar que tienen que ocupar.

¿Qué se puede hacer desde la política pública para no obstaculizar el acceso? Uno puede hacer varias cosas: antes de solicitar la patente, generar mecanismos alternativos de investigación y desarrollo. Hoy se están discutiendo muchos mecanismos alternativos que permitan incentivar la innovación, para que ese costo no sea cargado en los precios de los productos. Durante la solicitud, hacer una evaluación estricta de las condiciones para otorgar una patente. No otorgar patentes a cualquier costo, sino a lo que realmente represente una innovación. Luego del otorgamiento, con los problemas que existen ahora, usar las flexibilidades que ofrece el acuerdo sobre los ADPIC, hacer compras centralizadas, hacer negociaciones conjuntas, y después de que se vence la

patente, trabajar para fomentar la competencia a través de la regulación, impedir las nuevas medidas ADPIC PLUS, que se están sumando en los tratados de libre comercio, trabajar para incentivar la producción de medicamentos genéricos. Y termino con una frase que alguna vez leí, no me acuerdo ni dónde, pero que me pareció genial: *“La solución no saldrá repentina y mágicamente de un ataque sin piedad a la industria, ni de una defensa ciega al rol del Estado, sino de encontrar un esquema perdurable y sostenible que simultáneamente, que permita a la ciencia investigar, a la industria producir y a las personas a acceder a una mejor calidad de vida”*. Muchas gracias.

Interviene Laspiur: Muchas gracias, Sonia, todo muy interesante. Vamos a dejar las preguntas y los comentarios para el final. A continuación, la doctora Marina Kosacoff.

Disertación de la doctora Marina Kosacoff

Buenas tardes a todos. Gracias por invitarme a participar. Voy a tratar de hacerlo lo más breve posible y me voy a ir un poquito del tema del marco regulatorio para explicar también, por qué hacemos estas políticas, en qué contextos vienen las leyes

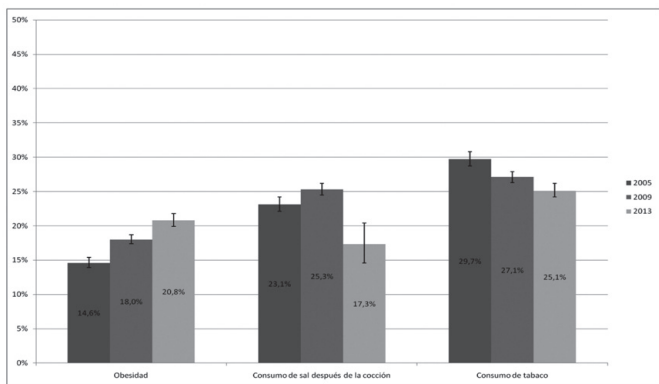


que vamos a mencionar y cuál sería el impacto, o sea, la estrategia general. Primero vamos a explicar qué son las enfermedades crónicas no transmisibles y cuáles son sus factores de riesgo, sobre los que después vamos a regular. Cuando hablamos de estas enfermedades nos referimos a enfermedad cardiovascular, diabetes, cáncer, enfermedad crónica respiratoria, las cuales tienen factores de riesgo, tanto modificables como no modificables. Principalmente, vamos a hablar de los modificables: la alimentación inadecuada y el consumo de tabaco.

Para ponernos en contexto a nivel internacional, las enfermedades crónicas no transmisibles fue el segundo tema en la historia, llevado en el 2011 de un ámbito sectorial a la asamblea general de Naciones Unidas, desde un punto de vista sanitario. El primero fue el tema del sida en el 2001. En el 2014, se eligieron nueve metas globales y regionales para el 2025 y se plantearon unos porcentajes de reducción para cada uno de los países. Y por supuesto, esto también guía las políticas, que desde el Estado, nosotros diseñamos e implementamos. ¿Qué representan en la Argentina? El 80% de las muertes se atribuyen a estas enfermedades. Representan el 36% de los años de vida ajustados por discapacidad. Se estima que trabajando en intervenciones poblacionales sobre los factores de riesgo que vamos a mencionar, el 80% de las enfermedades cardíacas, cerebrovasculares, diabetes y un 40% de los cánceres podrían evitarse.

Sobre la base de la encuesta nacional de factores de riesgo, que contempla más de 40.000 casos con representatividad de las provincias, hecha en el 2005; 2009 y 2013, nosotros sabemos cuál es la prevalencia de esos factores de riesgo, lo cual nos indica no solo cómo estamos, sino también cómo vamos en la implementación de las políticas que nosotros, de acuerdo con estos datos, también diseñamos.

Prevalencia de Factores de Riesgo en Argentina.
Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005, 2009 y 2013



Acá vemos el problema de la obesidad, que si bien la tendencia en ascenso disminuyó un poco entre 2005 y 2009, no bajó tanto entre 2009 y 2014. El último dato es de 2013 y el año que viene se repite esta encuesta. De hecho, ya estamos trabajando para su implementación. También disminuyó bastante el consumo de sal después de la cocción. Y creemos que esto está relacionado con las políticas que el país encaró. Y el consumo de tabaco también disminuyó. La estrategia nacional –basada en la de la OMS– fue creada por la Dirección en el 2009. Si bien vamos a hablar de promoción, para nosotros también es importante el eje de la vigilancia. Y también tenemos un área de servicios, porque como vimos hoy, siempre vamos a tener que seguir trabajando en la atención de estas patologías. Básicamente, queremos cambiar el enfoque para poder dar respuesta a estas enfermedades: pasar de un paciente pasivo a un paciente activo, de un sistema reactivo a uno proactivo, de un sector exclusivo a un abordaje intersectorial.

Cuando hablamos de promoción, ¿cómo trabajamos? Tenemos al individuo que lleva su carga. Podemos trabajar a nivel individual o a nivel poblacional, disminuyendo la pendiente y trabajando sobre los entornos. ¿Cómo hacemos eso? Con comunicación social, con acuerdos y con regulación. Se han hecho muchísimas campañas, pero vamos a hablar puntualmente del marco regulatorio de los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Primero, empezamos con tabaco. A nivel internacional, la Argentina todavía no ha ratificado el convenio marco que firmó en el 2003. Esperamos poder avanzar durante el año próximo. Existe la intención política de hacerlo. Pero contamos con la Ley nacional 26.687 y su decreto reglamentario, que son el piso mínimo de tutela al derecho a la salud. Y también existen leyes provinciales más estrictas, así como regulaciones y ordenanzas municipales a nivel local.

Esta ley crea una comisión nacional de control del tabaco, nuevas advertencias sanitarias, un registro nacional de infracciones, un régimen de fiscalización y designación de inspectores. También nos acompaña el banco de legislación del tabaco y las advertencias sanitarias del Mercosur.

La ley habla de publicidad, promoción y patrocinio, de empaquetado, de composición de los productos con tabaco, de venta y distribu-

ción, de ambientes libres de humo, de educación para la prevención, así como de sanciones. Puntualmente, prohíbe la publicidad, promoción y patrocinio, pero permite algunas excepciones en el interior de los puntos de venta, en publicaciones comerciales, en comunicaciones directas a personas mayores de 18 años con consentimiento previo. Por otro, habla de un cartel con lista de marcas, logo y precios estático de dos dimensiones, que no puede ser lumínico, ni utilizar pantalla u otro dispositivo, no pueden ser vistos desde el exterior, debe llevar impreso un mensaje sanitario, que ocupe al menos el 20% de la superficie interior. Claramente, este es uno de los puntos más difíciles en cuanto a la fiscalización. Solamente en el año 2014, hubo más de trescientas actas. Pero sabemos que esto no se cumple y que es muy difícil controlarlo a pesar de que el rol de fiscalizador está en el Ministerio de Salud de la Nación. Pero esto es lo que más se infringe. Los mensajes de advertencia están acotados por ley: fumar causa problemas en el embarazo, causa impotencia sexual, mata, el humo del tabaco tiene efectos tóxicos, etcétera. Cada dos años, nosotros cambiamos las imágenes que acompañan esos mensajes que, en general, son del banco del Mercosur.

También tenemos leyes provinciales, algunas están adheridas a la ley nacional, otras son 100% libres de humo, e incluso, además, tienen la omisión de la publicidad. También tenemos treinta y seis ordenanzas a nivel municipal.

En la encuesta de factores de riesgo que antes mencionamos, se pregunta sobre la exposición al humo del tabaco en el trabajo, en los bares y en los hogares. Y si bien la ley no regula en los hogares, hay una disminución de exposición en los hogares.

Hay provincias con leyes más restrictivas que otras. En líneas generales, vemos que ha habido un descenso en su consumo, pero los porcentajes son bien distintos.

Ahora vamos a pasar al marco regulatorio de la alimentación inadecuada. Trabajamos con un enfoque intersectorial. Vamos a mostrar la estrategia de eliminación de grasas *trans* y de reducción de sodio. El Ministerio convocó a diferentes actores y se creó una Comisión Nacional de eliminación de grasas *trans* y reducción de sodio de los alimentos procesados. Estos sectores estuvieron involucrados tanto en la regulación, en la producción y en la distribución de los alimentos.

La estrategia *Menos sal, más vida*, parte de la necesidad de bajar el consumo de sodio. La estimación del consumo de sodio en la Argentina es 11,2 g. Lo recomendado por la OMS son 5g por día por persona. El beneficio de la reducción del consumo es para toda la población, por eso, la estrategia es poblacional. No es solo para los hipertensos, que según la última encuesta de factores de riesgo, representan el 34% de los mayores de 18 años; o sea, más de 1 de cada 3 de nosotros es o va a ser hipertenso. Las enfermedades crónicas como las cardíacas, el ACV y la enfermedad renal crónica representan una importante carga sanitaria. Según la OMS, la reducción de sal es una de las estrategias más costo-efectivas. Por cada gramo de reducción del consumo diario de sal por habitante, se evitarían 2.000 muertes por año. Las consecuencias de la no reducción son el aumento de la presión arterial, los efectos directos e indirectos, así como otros efectos. El objetivo de esta estrategia es disminuir la carga sanitaria que representan esas enfermedades. Tiene tres componentes: concientizar a la población sobre la necesidad de reducir el consumo de sal en las comidas; conseguir una reducción progresiva del contenido de sodio de alimentos procesados mediante acuerdos con la industria y las panaderías; y la regulación y modificación del código alimentario argentino. También se trabajó con la industria gastronómica y se hicieron advertencias para la preparación de los menús. La tendencia internacional a trabajar sobre estos factores de riesgo y la demanda creciente de los consumidores por alimentos más saludables nos ayudó.

La difusión fue algo compleja porque el sodio tiene que ver con el sabor y con la conservación –a veces no existen sustitutos– y es el componente de muchísimos alimentos. Esta iniciativa actualmente cuenta con 579 productos divididos en 4 grupos: carne y derivados, farináceos, sopas y conservas, y lácteos. Tenemos una ley de promoción de reducción del consumo de sodio a nivel nacional (Nro. 26.905), que actualmente está en reglamentación. Esperamos que salga lo más pronto posible.

Habla de la obligatoriedad de mensajes de advertencia en envases, en menús y en la publicidad y de que los sobrecitos de sal no contengan más de 0,5 g. También hay leyes provinciales y ordenanzas a nivel



municipales, muchas de las cuales son anteriores a la Ley nacional. Más de 8.000 panaderías y 4 cadenas de hipermercados han adherido a estrategia y reducido hasta el 25%, el agregado de sal en los panes artesanales. Como la reducción fue progresiva, tuvo muy buena aceptación. No es ese pan insípido que no contiene nada de sal. Los resultados de esta estrategia mostraron que tuvo un impacto muy significativo. Y también se trabajó en estrategias de concientización a la población.

Además, este año se presentaron las nuevas guías alimentarias para la población argentina, que tiene una gráfica que representa lo que deberíamos comer por persona por día. Hay 10 mensajes y 34 submensajes.

A nivel internacional, la Argentina tiene mucho reconocimiento por esta iniciativa. La encuesta de factores de riesgo nos mostró una disminución del 31,6% en un período de 4 años. Realmente esto es sumamente significativo. Estamos muy contentos con estos resultados y esperamos que se continúen profundizando el año próximo, cuando volvamos a medir.

Como conclusión, creo que esta iniciativa representa un ejemplo de trabajo intersectorial a favor de la población. Estas acciones en conjunto nos acercan a una reducción de 2 g diarios de consumo de sal. Y esto es un logro sanitario. Es imperioso para nosotros avanzar en mayores porcentajes y nuevas metas de reducción, pero esto resulta de una interacción entre el Estado, la industria y la población civil. La experiencia de esta iniciativa coloca a nuestro país en una situación de punta en la región y en el resto del mundo. Somos el segundo país del mundo con una ley de reducción de consumo de sodio. La Argentina partió de un proceso participativo con acuerdos voluntarios y abrió una vía amigable y sustentable hacia la regulación.

Con respecto a las grasas *trans*, es sabido que su consumo aumenta el riesgo de enfermedad coronaria y diabetes. Existen procedimientos factibles técnica y económicamente para reemplazarlas. Una disminución del 2% en la ingesta de grasas *trans* evitaría muchísimas muertes. En el 2007, la OPS empezó a hablar de las Américas libres de grasas *trans*.

En el 2008, nuestro país inició la convocatoria al trabajo intersectorial para la aplicación de las recomendaciones de esta declaración. Ha-

bía facilitadores. El 70% de las empresas había iniciado el proceso de reconversión. Existía una tendencia internacional a trabajar sobre esos factores de riesgo y una demanda creciente en los consumidores. Estaba la facilidad técnica y la existencia de sustitutos. Se modificó el código alimentario argentino con la incorporación del artículo 155 bis que establece un máximo de grasas *trans* de producción industrial. Hubo un período de adaptación, y en el 2014, el país terminó el proceso y ya se podría decir que es libre de grasas *trans*. Actualmente, el Ministerio se encuentra trabajando en el fortalecimiento del sistema de control de los alimentos, tanto en vigilancia, auditoría y laboratorio. Estas dos estrategias nos dejaron como lecciones aprendidas, que el diálogo y la negociación intersectorial fueron muy importantes, así como la continuidad.

Para finalizar quiero destacar que estamos frente a un nuevo escenario de consumo, donde se destaca el aumento de la oferta y publicidad de productos sujetos a vigilancia sanitaria. Este nuevo escenario tiene una relación directa con el aumento de los principales factores de riesgo. El Estado protege a través de leyes y del desarrollo del programa la Salud Pública y educa para la prevención. Hace tres décadas, el Estado comenzó a establecer leyes en el tema de la prevención de la salud. Y además, estas leyes se han complementado con el reconocimiento de los derechos humanos respectivos. Así que esperamos poder seguir avanzando en estas como en otras iniciativas. Muchas gracias.

Disertación del doctor Mario Glanc

Quando vi el título de mi disertación, me pregunté, dada la amplitud del tema, a qué referirme en relación con todo esto. Pero me ayudó la suerte, porque aparece un tema que tiene que ver con la reciente sanción —para más datos, antes de ayer—



en nuestro congreso, del proyecto de Participación Pública Privada. Quiero hacer una reseña muy rápida, contestando estas preguntas. Lo que se entiende como participación pública privada (PPP) no es más que la traducción de un acrónimo que es *Public Private Partnership*, también conocida como PPS en México o APS en Chile. Es un contrato de prestación de servicios a largo plazo por el cual se asocian, en un esquema de riesgos repartidos, el sector público y el sector privado, donde el Estado se reserva para sí la provisión del servicio principal y delega los otros servicios al sector privado. Es un contrato de largo plazo que involucra entre veinticinco y treinta años, no se limita a la provisión de infraestructura –nosotros estamos escuchando en este momento que se habla de desarrollo de infraestructura–, pero en realidad, no es infraestructura, sino que originalmente, se trata de servicios que involucran infraestructura. Conceptualmente es distinto y los marcos regulatorios de los distintos países lo han planteado así.

En la medida en que el sector privado financia, muchas veces diseña, siempre construye y opera el activo que pone a disponibilidad y la tasa de repago es a lo largo de treinta años, el concepto de gasto no entra como inversión, sino como gasto corriente en un criterio de multianualidad. Este es un dato clave en términos del manejo presupuestario y de asignación de recursos porque no implica inversión, ni que el Estado se haga cargo –por lo menos en el momento de la iniciación del contrato– de la inversión inicial, la masa de recursos por la cual el Estado toma deuda para renovar la infraestructura. Explicado esto muy sucintamente, no quiero detenerme acá, y quedo totalmente a vuestra disposición, si alguien quiere alguna aclaración al respecto. La pregunta es si va a haber PPP. Bueno. Sí. Va a haber proyectos de participación pública-privada en la Argentina, esa pregunta ya está obsoleta. La respuesta es sí. Pese a eso, les digo que había un marco regulatorio de la asociación público-privada en la Argentina que data del 2005, que estaba basado no tanto en el modelo de PPP, sino de iniciativa privada que es algo un poco distinto, pero sobre la cual hubo algunas experiencias en el país. Lo que encuentran sobre la derecha de la diapositiva son algunos de los comentarios que se hacían a esto en la discusión preparlamentaria o parlamentaria. Si va a haber PPP, la pregunta es ¿por qué habría de haber PPP?

Va a haber PPP?

Decreto 967/2005 Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.)

16-ago-2005

(Régimen Nacional De Asociación Público-privada.

Aprobación Del Citado Régimen Y Creación De Una Comisión De Evaluación Y Desarrollo)

B.O 17-ago-2005 Nro 30718

- Con duras críticas, la oposición fuerza cambios al proyecto de contratación público privada <http://www.parlamentario.com/18/10>
- Avanza proyecto para transparentar la inversión en obras públicas (18/10) El Constructor. Periódico de la Construcción y Negocios (19/10)
- Proyecto de ley de Participación Público Privada argentina aceptará cambios EFE - Agencia EFE - (19/10)
- El PRO, solo en su proyecto de participación público-privada El oficialismo consiguió dar dictamen en diputados, pero deberá realizar cambios para que sea votada página 12 18/10
- "Apuntamos a pautas de gestión transparentes en la obra pública" R. Delgado www.mininterior.gov.ar 14/10



Este es el resultado fiscal argentino entre el año 2006 y 2015. La brecha y el resultado del déficit fiscal asociado a la carga tributaria argentina —que es la más alta de la región y que en ese momento tienen un valor récord— determinan que esa facilidad que les decía, vinculada con la no necesidad de la inversión inicial, le dé un empujón muy fuerte. No hay muchas maneras de que haya desarrollo de infraestructura en un país que tiene tal quiebre de la infraestructura, solamente con financiamiento propio o con financiamiento externo; y si la hay, existen métodos alternativos y este se plantea como uno de ellos. Así lo entendieron todos estos países en algún momento en América Latina. Esto arrancó en Inglaterra, allá por el principio de los 90, y después pasó por España, Holanda, Grecia, Canadá y EE.UU. Y por el 2003, empezó a desarrollarse en México. De ahí para abajo, todos los países que tienen señalados en la diapositiva tienen algún tipo de modelo PPP. Entonces, hasta por efecto contagio, vamos a tenerlo acá.

Pero la pregunta es si va a haber PPP en salud. ¿Por qué habría de haberlos? Porque lo estamos mirando como noticia en los diarios y parecería que no nos toca, y es probable que sí. Miren, acá tengo representados los diferentes sectores desde su implementación a partir de los años 90 en Europa, particularmente Inglaterra. Salud y Educación son los sectores donde más se desarrolló. En 2012, teníamos a Salud como primer sector donde se habían desarrollado este tipo de modelo con 11.000 millones de libras en ejecución en ese momento.

La Argentina es un país que tiene una buena relación de camas disponibles por habitantes. Por otra parte, si se decide construir un hospital, luego del lapso que pasa desde que se hace el proyecto y se inaugura, es muy probable que la tasa, que en estos momentos tomamos como adecuada, que sería del 4 por mil, dentro de unos años sea mejor, considerando que la tasa de internación tiende a bajar, y por ende, la necesidad de camas disponibles. Ahora bien, la Argentina tiene casi un 4 por mil de camas por habitantes, pero nos resulta muy difícil saber cuáles de esas camas son utilizables, básicamente por dos cuestiones: primero porque se informa la cantidad nominal, y eso no implica que estén en condiciones; y segundo, conocer el número de camas no permite conocer la función de producción. Y si no conozco el giro cama, la tasa media de estadía, no conozco la patología prevalente, no tengo manera de saber si son muchas o pocas. Pero, nuestros hospitales están en muy mal estado. En este mismo escenario, la ministra de Salud de la provincia de Buenos Aires, hace tres meses, mencionaba que de los 79 hospitales de la provincia, 69 requieren intervención urgente o pronta. Y si esto no fuera suficiente, les muestro esto. Estos son dos pasillos de dos hospitales argentinos por los cuales transita la experiencia hospitalaria de las personas, que es lo mismo que decir que es por donde transita la vida de ellas. Este es el punto donde el encuentro entre Estado y mercado tiene que ver con los derechos humanos, por lo menos en este tema.

Las estadísticas vinculadas con lo que pasó en otros países, más el estado de nuestros hospitales me hacen suponer que va a haber PPP. Entonces, estamos discutiendo sin conocer demasiado la herramienta, como el señor de la diapositiva que se está apoyando en una herramienta útil, pero sin conocerla demasiado. Y lo que estamos discutiendo, sin embargo, es si se trata o no de privatización de servicios públicos y cuál es el ámbito de resolución de disputas. Estos temas ya están resueltos en la ley que se promulgó antes de ayer. Se está hablando del porcentaje de compra del trabajo nacional, si hay o no hay una garantía de rentabilidad para el sector privado, el tema del resguardo de los pasivos ambientales, etc. Son cuestiones que no hacen a la esencia de lo que como sector deberíamos discutir en este punto, y que me voy a permitir puntualizar.

¿Qué habría que discutir? Que no se trate de un *by-pass* para financiar de una manera ingeniosa el desarrollo de infraestructura y dejar-

lo para las próximas generaciones. No hay nada más seductor para un gobernante que cortar una cinta y pagarla durante los veinticinco años siguientes. No se empieza a pagar al momento de la firma del contrato, sino al momento de iniciar las actividades. Esto generó una polémica muy importante –y por eso está la foto de Osborne, que en aquel momento era el ministro de Hacienda del Reino Unido– que hizo que esos 11.000 millones de libras que estaban en ejecución en aquel año, se revisaran a tal punto que se habló de lo que llamaron PPP2, que fue la segunda oleada del modelo PPP. Dijo eso que está ahí: “*Es importante contar con una contabilidad transparente*”. Esto no lo estamos discutiendo y tengamos cuidado de que los argentinos no nos estemos comprando una nueva panacea, algo que nos pasa muchas veces.

Hay otra discusión importante: ¿bata gris o bata blanca? Bata gris significa que en los hospitales te proveen todo, menos el servicio asistencial (médicos y enfermeras). Y cuando digo todo me refiero a la gestión del correo hasta la provisión de equipamiento médico, tecnológico y su equipamiento. Cuando digo bata blanca, digo el servicio médico propiamente dicho. La bata blanca como tal se utilizó, y aún se utiliza en América Latina, en Perú.

Cierto, que para una población cautiva porque lo hace con la seguridad social. Se usó en España con resultados bastante complicados. Y la experiencia mundial muestra que aquellas entidades privadas con fines de lucro obtienen resultados sanitarios peores que las entidades privadas sin fines de lucro y que las entidades públicas. Esto lo demuestra la experiencia internacional y esto también se vincula con el tema de derechos humanos. Coincido con lo que decía Osvaldo (Artaza) esta mañana, de que es imposible romper los dogmas, pero romper los dogmas implica recordar cuál es el juego de cada uno de los actores y pensar en dónde la rentabilidad se puede vincular en forma directa o causal con un derecho humano. La bibliografía lo sustenta de esta manera.

Otra cuestión que habría que discutir es la intangibilidad de la totalidad de la reducción presupuestal, porque como el privado provee servicios en forma de disponibilidad –no es un taxi que factura cada servicio–, si nosotros tenemos un gasto previsto que no puede afectar al sector privado, porque hay garantías al respecto, pero sí puede afectar al

sector público, concluye que al desfinanciar al sector público, terminan pagando más al sector privado por unidad de producción, con lo cual, disminuyen los costos variables del sector privado, pero baja notablemente la productividad del hospital. Esto pasó, y lleva directamente a discutir el marco contractual del sector público. Si nosotros seguimos manteniendo un modelo de pago por disponibilidad al sector privado con un régimen de contratación por nómina salarial de empleo público –donde no existen incentivos vinculados con la producción y la productividad y muy particularmente, con independencia de los resultados–, si mezclamos los dos actores, lo que se termina produciendo es un desincentivo que va de la mano.

Los primeros hospitales de PPP en México, en los primeros años, tuvieron una tasa de ocupación cercana al 20%. Por eso es importante la alineación de los incentivos, para lo cual es imprescindible que dentro de esos incentivos se resuelva un problema clave de este tipo de cuestiones, que son las relaciones entre los derechos de propiedad y los derechos de uso. Acuérdense de que si esto funciona, ustedes se encuentran con un médico que está pagado por el sector público –bajo nómina salarial–, que utiliza un tomógrafo que provee el sector privado, con insumos descartables que provee el sector público. Esto implica dos culturas, dos culturas de enorme arraigo y de enorme peso.

Quiero apurarme. ¿Qué es lo que no se puede discutir, pero no está planteado en el análisis sectorial en este momento? Estos proyectos tienen que tener un estudio costo/beneficio preliminar, idealmente, generado por una entidad independiente; una universidad o una institución con suficiente trayectoria como para que pueda hacer la evaluación, que sea verificable en costo/beneficio a futuro; es decir, que el valor teórico del costo/beneficio, que es el que se usa como referente para el piso de la licitación, después se verifique en la práctica. Porque de lo contrario, no sirve para nada. Eso no figura en la ley.



No se puede discutir el contrato. Acá hay dos grandes escuelas: la que permite la renegociación y la que no lo permite. Con la nueva ley, en la Argentina se permite la renegociación del contrato. Hay

que tener cuidado con esto. México no lo permite. Chile lo permite. Y hay una serie de implicancias legales, dentro de la renegociación del contrato, que es un tema demasiado amplio y me excuso de tratarlo por dos motivos: primero porque es muy largo y es muy tarde; y porque hay una abogada en la mesa. Tampoco hay riesgo de la demanda. Cuando se diseña un hospital, el sector público se reserva para sí el cálculo de la demanda. Si se equivoca, lo que hay que modificar, en todo caso, es el criterio de derivación de pacientes. Estos son demasiado onerosos para una sociedad como para desaprovecharlos. Tenemos que pensar qué tipo de hospitales necesitamos para nuestro sistema, porque hoy, no podemos pensar excluyentemente en los hospitales, sin pensar que el hospital es en última instancia, el punto de llegada de un fracaso de un primer nivel de atención. Por lo tanto, el tipo de hospital que queremos tiene que ser una atención a tomar por el sector público.

Entonces, vamos a tener PPP en salud. Ya el año que viene habrá proyectos en materia de salud. Hace diez años que América Latina vive transitando esta experiencia. Sería bueno aprender de ella y de los errores cometidos. La OMS, en 2010 se expidió respecto en este tema y justamente lo que plantea es que se trataría de establecer cuál es la mejor y más eficiente combinación de los actores locales, que empíricamente puedan obtener los mejores resultados. No recomienda los modelos asociativos ni los condena. Dice que se trata de un modelo cultural. Déjenme decir que la clave del éxito, según la experiencia revisada, está en el marco normativo que el sector público sancione para tal efecto, de la profesionalidad de los cuadros que estén detrás de esto; y de la participación que la sociedad pueda llegar a tener, sin preconceptos, sin dogmas y sin consignas. Este es un terreno tremendamente propicio a la consigna.

La conducta del sector privado es previsible, es en la capacidad de adaptación y respuesta del sector público donde radica el desafío porque en un marco de recursos escasos, el sector público está obligado a hacer lo que la norma dispone; mientras el sector privado está habilitado a hacer todo lo que la norma no prohíbe. Ese es el espacio del encuentro y al mismo tiempo, el del conflicto. La propuesta es que de alguna manera, como sector, como especialistas y como sociedad, empecemos a pensar en esto. Gracias.

Toma la palabra el doctor Laspiur, quien invita a Claudia Madies a comenzar su exposición.

Disertación de la doctora Claudia Madies

Buenas tardes. Estoy muy contenta de estar compartiendo esta mesa y es un orgullo para mí estar en esta casa de estudios ISALUD y poder hablar de un tema que me interesa mucho, que son las cuestiones del derecho sanitario. El derecho sani-



tario es la frontera entre la salud y la justicia distributiva y al hablar del tema de judicialización de la salud, suele suceder como en este ámbito, que por lo general los asistentes son en su mayoría personas del sector salud y no operadores en derecho.

Por ello, elegí enfocarme en qué dice la ciencia jurídica respecto de la forma de reclamar derechos y no solo en la Argentina, ya que estas definiciones son convenciones que tienen alcance internacional. Voy a hablar sobre cuáles son las causas e hipótesis de consecuencias de este fenómeno de la judicialización que no es específico de la Argentina, ni es específico del sector Salud.

Voy a referirme a la evidencia empírica que tenemos sobre este fenómeno en la Argentina; y para eso he compilado información estadística de doce fuentes diferentes para poner en entredicho algunos mitos –por eso hablo de hipótesis– y para que reflexionemos juntos sobre si la judicialización tiene un impacto positivo o negativo en la efectivización del derecho a la salud de los argentinos, porque las posiciones doctrinarias, no solo en la Argentina, sino a nivel internacional, están encontradas en este tema.

Veremos cuáles son las respuestas a ese fenómeno, que se han dado hasta el momento y las conclusiones o propuestas, que encarnan a un colectivo transdisciplinario, que procuro reflejar en esta breve presentación.

Sobre la judicialización de la salud, todos vamos a acordar que estamos hablando de los reclamos que hacen los pacientes para recibir prestaciones. Estos reclamos de cobertura en el sector de Salud se están transformando en fuentes de derechos. Es decir, los jueces están frecuentemente creando derechos; o sea, normas de alcance general. Puedo citarles un ejemplo: en la etapa en que a Sonia (Tarragona) y a mí nos tocó acompañar a Ginés González García como ministro de Salud de la Nación, cuando tuvimos que asesorarlo sobre un juicio que hacían sobre la protección de datos de prueba, en materia de medicamentos, ciertos laboratorios multinacionales contra laboratorios nacionales y que pretendían tener una protección extra a la protección de patentes con un plazo adicional al legal; y hubo que impulsar en el Poder Judicial ciertas presentaciones de la cartera ministerial para revertir las medidas cautelares que desde ese poder, estaban concediendo esas protecciones adicionales al régimen de patentes. Así el Ministerio de Salud de la Nación, con un trabajo articulado que convocó a muchos actores logró revertir esas medidas cautelares. Los jueces, en este caso, habían creado derechos; y el Ministerio de Salud tuvo la responsabilidad de aportarle a la instancia de alzada información para que pudieran dar marcha atrás con esas decisiones. Este tipo de judicialización es el punto donde se encuentran los sistemas de salud con el enfoque de derechos humanos en su estado más puro, porque quien está haciendo el análisis es el operador de derechos por excelencia (el juez) sobre actuaciones del operador de salud. Tiene que haber un acuerdo y una cosmovisión compartida, desde una visión sistémica, como la que hoy citaba Amadeo, en la cual estos resultados empíricos no deberían estar tan ocultos para hacer trascender los avances o retrocesos que se producen en el ejercicio del derecho humano a la salud. En ese caso, pocos saben hoy que desde aquella intervención específica muchos argentinos pueden acceder a una decena de medicamentos a un costo más accesible.

A pesar de la aparente falta de información, ustedes van a ver que hay datos, pero no están fácilmente disponibles. Ni tampoco son siempre de la calidad suficiente como para que se puedan tomar decisiones, porque ni los operadores del derecho, ni los operadores de la salud están actuando con un profundo conocimiento de ellos, en el momento de efectivizar el derecho a la salud, y si disponen de la información están

faltando al compromiso de su realización, de allí que podemos afirmar que frente a este fenómeno, hay anomia, como decía hoy el Dr. Ginés González García; y hay anomia de todos los actores.

Las tipologías de litigios que podemos tener en salud son muchas. Yo voy a concentrarme en los amparos, pero también podemos tener cuestiones de Salud Pública (en situaciones de emergencias sanitarias, cuando se restringen derechos individuales o se viola penalmente la Salud Pública), de ética –hoy se habló del aborto no punible–, de muerte digna, de transfusiones y podemos hablar también de responsabilidad profesional o responsabilidad del Estado, por incumplimientos a las leyes de ejercicio profesional o las leyes administrativas.

El amparo tiene una protección constitucional (artículo 43 de la Constitución Nacional); y dentro de los amparos, también tenemos distintos tipos. Podemos tener algunos donde se reclaman intereses individuales, pero también existen amparos donde se reclaman intereses colectivos e incluyo dentro de esta caracterización a las medidas cautelares y las autosatisfactivas. Pueden ser motivo de los amparos, el acceso a bienes o servicios ante la urgencia y peligro inminente de vida del paciente, la negativa total de la prestación médica por no estar prevista en una ley especial o no estar contemplada en el menú prestacional del asegurador, por ejemplo en el Programa Médico Obligatorio (PMO) de las obras sociales nacionales o no ser una prestación “médica”, por la inadecuación o deficiencia o baja calidad de la prestación o bien –incumplimiento relativo– o por vacíos reglamentarios, por falta de previsión completa de la propia norma o por una interpretación restrictiva de la misma o bien por negativas de afiliación

El típico ejemplo de los amparos de interés colectivo que les puedo dar es el del caso “Mendoza”, relativo a la cuenca Matanza-Riachuelo, donde la Corte Suprema de Justicia de la Nación le ordenó a tres jurisdicciones diferentes: la Nación, la Ciudad de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires, la limpieza del Riachuelo y una serie de medidas, incluso de provisiones presupuestarias para proteger a la población afectada. Vemos que entre las distintas medidas que ha tomado la Corte: dispuso una audiencia pública antes de dictar la sentencia y también ulteriores para el seguimiento de su sentencia, y esto nos dan una prueba de cómo los jueces pueden crear derecho. No es futurología, es lo que está pasando

desde hace rato en el país. Hoy, cuando la Corte Suprema de la Nación da una posición sobre un protocolo de aborto no punible, cuando da posiciones sobre las casas de medio camino en el tema de salud mental, cuando se pronuncia a favor de la constitucionalidad de la ley de la provincia de Santa Fe sobre la prohibición total de la publicidad del tabaco, está creando derecho. Y nosotros no podemos seguir sosteniendo desde el sector salud, que la judicialización tiene un impacto negativo, porque estoy mencionando sentencias en los que nosotros, los actores del sector Salud, celebramos esos pronunciamientos de la Corte.

Entonces, de alguna manera, tenemos que revisar el modo en el cual el sector Salud y el Judicial se vinculan, ya que la sociedad está exigiendo al Poder Judicial que tome estas medidas, ante los déficits del Sector salud; y tal vez tengamos que revisar que está pasando con el Poder Ejecutivo y el Legislativo que necesitan del Poder Judicial, como árbitro, para decidir las políticas públicas que necesitan un mecanismo más democrático de generación de estas normas. En definitiva, para un Estado democrático de derecho, lo que se espera es precisamente ese mecanismo democrático de generación de normas, con la participación activa de la mayor cantidad de actores sociales y políticos.

También hay amparos que representan intereses individuales homogéneos, que son una categoría distinta a los amparos individuales y a los colectivos, que reconocen nuestra Corte Suprema y el derecho internacional. En aquella categoría no hay un colectivo que reclama o un colectivo que se beneficia con un objeto, sino reclamos individuales que son todos similares, y tenemos algunos individuos de la sociedad que no pueden acceder a la justicia; entonces, la sentencia que se dicta para unos, beneficia al conjunto. Estas tres categorías de litigios son relevantes porque en las tres, los jueces pueden crear derecho, ya sea porque generen un precedente muy importante o porque tomen decisiones de alcance general, o –como les dije– estén generando normas.

Estas sentencias, que cambian las políticas públicas, tienen distintas denominaciones; básicamente son sentencias estructurales, cambian la estructura del sistema, pero tienen un neto contenido político y como les estaba diciendo, los jueces tienen que llegar a estas decisiones porque algo está fracasando, dentro del sistema de salud o dentro del sistema

político. El litigio estructural, entonces, emana, en general, de órganos superiores del Poder Judicial y vulnera el principio de congruencia, que es el que veníamos usando en el derecho.

El principio de congruencia lleva a los jueces a pronunciarse sobre el reclamo de las partes, pero en general, estas sentencias exceden lo que reclaman las partes y a veces, incluso se involucra a la autoridad pública, como pasó en el caso de Mendoza que les mencioné. Colocan al juez en un lugar protagónico, el juez usa un argumento de justicia distributiva y prevalecen los argumentos consecuencialistas de su sentencia. A las sentencias estructurales las conocemos desde hace muchos años. Había sentencias anteriores sobre esto, como por ejemplo, las que ordenaron al Poder Ejecutivo Nacional la provisión de medicamentos para VIH, drogas oncológicas y medicamentos para la esclerosis múltiple. En definitiva, no son algo nuevo, sino que se van perfeccionando con el tiempo y si bien se iniciaron en el máximo tribunal, se están produciendo en las jurisdicciones locales y cada vez con más frecuencia.

Por otra parte, no puedo dejar de mencionar que además de los juicios que tenemos en salud, existe la posibilidad de la administración, o del ministerio público o de otros institutos como pueden ser los defensores del pueblo, que actúan en las distintas jurisdicciones nacionales y locales, de establecer instancias administrativas previas a un litigio. Eso se realiza en la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), regulada por la Resolución 075/98-SSSALUD, que obliga a las obras sociales nacionales a aceptar un procedimiento formal de reclamo que puede hacerse antes o en simultáneo con un juicio. Ese instrumento es muy valioso, pero su carácter no vinculante hace que pierda relevancia. Para contrarrestar la anomia imperante en el sistema de salud, tendríamos que repensar este mecanismo, o bien, pensar en otros mecanismos y que apliquen a otros financiadores del sistema de salud, por ejemplo en las obras sociales provinciales.

Lo que sí estamos viendo es que en el fenómeno de la judicialización se da también una solidaridad invertida: quienes reclaman, quienes judicializan son los que tienen cobertura de un mecanismo de aseguramiento (por lo general obras sociales o empresas de medicina prepaga); las personas que solo tienen acceso al subsector público son las que

menos reclaman; y eso lo podemos corroborar con los datos, con los hallazgos de las investigaciones que les voy a citar.

Entonces, las causas son según vasta doctrina jurídica y bibliográfica sobre la democratización de los derechos: los dispositivos de defensorías y otros mecanismos que abogan por los derechos de estos colectivos, la simplificación de los procesos, la mayor información y expectativas de la población y la participación ciudadana, el envejecimiento y las mejoras de las políticas. En resumen, contribuyen a su proliferación los tratados internacionales de derechos humanos que nos permiten identificar ciertos estándares que los Estados, los aseguradores, los prestadores y la sociedad en general deben cumplir, en el sentido de que sus servicios estén disponibles, sean accesibles, aceptables y de calidad, con procesos basados en derechos con garantía de participación democrática, no discriminación, transparencia, respeto a la dignidad, empoderamiento, legalidad y rendición de cuentas.

Pero, cuáles son las hipótesis sobre las consecuencias de la judicialización. Realmente, ¿esos litigios están contribuyendo para que pase el poder, desde el ámbito legislativo y desde la rigidez normativa de los jueces, a consagrar los derechos de los ciudadanos? Y cuando hablo de los ciudadanos, estoy hablando del colectivo; es decir, de los argentinos; y cuando hablo de los argentinos, estoy priorizando a los más vulnerables, a los que no está llegando el sistema. ¿Estos mecanismos que usamos para judicializar la salud los argentinos están contribuyendo a una solidaridad progresiva o estamos en esa solidaridad invertida que impacta negativamente? Puedo adelantar, en parte, la respuesta. Puedo decirles que en algunos casos, se verifica esa solidaridad invertida por lo que les conté. Pero también, tengo que referirles que hay muchos casos donde los reclamos son absolutamente legítimos y donde el sistema de salud por lo que dispone el Poder Judicial, debe cumplir una normativa frente a un prestador o proveedor del servicio que, haciendo uso de la demanda inducida y de conductas oportunistas, está negando derechos y esperando que el problema se judicialice, dando solo la prestación a aquel que se anima a reclamar y liberándose de cumplir con su deber legal, respecto de quienes no tienen la capacidad de empoderarse o abogar por sus derechos. Y detrás de esto, hay una revisión que tiene que hacer el sistema de salud. Entonces, sobre las hipótesis del efecto de judicializar podemos

decir que este fenómeno afecta realmente la justicia distributiva, la eficiencia, y la efectividad del sistema. Sostener lo contrario, es decir usar el eslogan del sistema de salud, que cuestiona estos procesos judiciales críticamente implica no reflexionar profundamente sobre este fenómeno. Tenemos dos actores: el operador judicial, que se apoya en todo el bagaje doctrinario que justifica estas acciones con enfoque de derechos humanos ante las fallas del Estado, y el sector Salud, que lo cuestiona por no estar justificados los decisorios en la evidencia científica y por distorsionar las políticas públicas, comprometiendo su sustentabilidad. Ambos están tomando decisiones sin tener representación democrática para hacerlo y están aumentando los costos del sistema de salud.

Bueno, ¿Cuál es la verdad? ¿Dónde está la respuesta? ¿Cuál es el análisis que tenemos que hacer? El debate pendiente sobre la respuesta a estos interrogantes, no es patrimonio solo nuestro. Muchos países pasan por situaciones análogas a la nuestra. Colombia es un buen ejemplo, donde el Poder Judicial comprometió Poder Legislativo y al Ejecutivo, a través de una sentencia estructural –la Nro. T- 760 del Tribunal Superior Constitucional colombiano– a revisar el funcionamiento del sistema de salud.

¿Cuál es la evidencia empírica que permite sostener estas afirmaciones? Como les dije, relevé doce casos. Vale aclarar que el valor del relevamiento es la disponibilidad de información, aunque no son datos comparables porque las categorías conceptuales y las variables que se usaron cada caso y fueron sistematizadas para esta presentación son distintas y responden a diversas fuentes y a diferentes años.

Por ejemplo, como primer caso puedo citarles la Defensoría del Pueblo de la provincia de Buenos Aires, que en el año 2010, decía que el 18% de los reclamos y consultas que recibía eran por salud, el 41% eran referidas a diferentes programas de salud del sector público, el 15% sobre acceso a medicamentos en tratamientos ambulatorios y el 14% sobre el funcionamiento de hospitales provinciales. Esa misma Defensoría como segundo supuesto, en el período 2010-2014 ya nos dice que el porcentaje de reclamos era menor: del 14% en cuestiones de salud.

Como tercer caso, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires no nos brinda porcentajes de reclamos de salud sobre el total, pero nos da un ranking de reclamos en salud en el año 2015. Y nos dice

que hay casi un 18% en medicamentos, un 10% en demoras en turnos para atención y tratamiento ambulatorio, y casi un 9% en demoras en turnos para internación y cirugías.

En cuarto lugar una investigación encabezada por Verónica Gotlieb, Natalia Yavich y Ernesto Báscolo denominado *Litigio judicial y el derecho a la salud en la Argentina*, desde el Centro de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario, publicado en el Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, enero 2016, que corresponde al período 1998-2013, nos dice que sobre 125 sentencias de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, los reclamos más numerosos eran por cobertura prestacional, 87% de esos reclamos prestacionales 47% eran por discapacidad (36% contra el Estado, 46% contra la seguridad social y 17% contra las empresas de medicina prepaga). También afirman que hay una gran optimización de estos reclamos porque lo que pasa en la Corte se reitera luego en muchos tribunales simultáneamente. Asimismo, sostienen que, en general, la Corte se autolimita y no toma decisiones en relación a sentencias estructurales, salvo algunas puntuales que les estuve mencionado.

En quinto lugar puedo citarles un estudio que me tocó coordinar en nuestro centro de investigación CEDSABIO en ISALUD, que analizó la calidad de 221 sentencias de tribunales federales y locales en los años 2007, 2010 y 2011, en los departamentos judiciales de La Plata, Jujuy y Ciudad de Córdoba, para tener una mirada federal, denominado *Judicialización de la salud en la Argentina. Análisis y propuestas para favorecer el proceso de toma de decisiones*, realizado en el año 2013. Este informe arrojó que el ranking de reclamos mayoritarios respondía a servicios médicos, medicamentos, prótesis y órtesis. Cuando uno analiza cuáles eran las características de estos reclamos, la mayoría se dirigía a las coberturas de las obras sociales provinciales por incumplimientos normativos y a brechas reglamentarias o demoras en la actualización del menú prestacional. La tasa de éxito de esos reclamos era del 80% y las sentencias, usualmente, rechazaban los argumentos de restricción presupuestaria que hacían los demandados, se hacían concesiones genéricas sobre el bloque constitucional, casi ninguna de estas sentencias refería al precio del insumo por el cual se estaba condenando. Si nosotros quisiéramos estimar el costo de estos litigios, no tendríamos ninguna fuente para profundizar en esto. El crecimiento de las demandas fue del

50% en todas las jurisdicciones en ese período, no fue un crecimiento lineal de estas demandas, sino que exponencial.

Lo mismo nos sucede en el sexto estudio que relevé, realizado por la Universidad ISALUD, en 2011-2014, en un trabajo multicéntrico con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, coordinado por el licenciado Tomás Pippo, quien tomó las sentencias del fuero civil y comercial y que se denominó **Análisis de las implicancias socioeconómicas de la utilización de instrumentos judiciales para la prestación de bienes y servicios sanitarios. Un estudio de casos**. De 6.000 expedientes judiciales, sobre una muestra de 210 trámites y lo que uno observa es un aumento de un 64% en el período mencionado. También son litigios particulares, donde priman los reclamos por discapacidad y donde el 78% de los demandados eran empresas de medicina prepaga y obras sociales. La solidaridad invertida aparece nuevamente. El ranking de objetos de demanda son: rehabilitación, medicamentos y cobertura.

De los 6.000 expedientes, el Ministerio de Salud nacional y provincial, en la participación de esas demandas no llegaba a sumar el 4%. Esto nos demuestra que las personas no aseguradas, en una muestra tan grande, no litigan y, por lo tanto, el fenómeno de la judicialización está satisfaciendo los reclamos de un grupo poblacional que tiene capacidad suficiente para llegar a reclamar ante el sistema de salud, al subsector de aseguramiento y al Poder Judicial.

En esta investigación los amparos con previsión normativa constituyen otro elemento que es muy trascendente, ya que casi llegan al 95%. Por ende, cuando desde el sector Salud se sostiene que con la creación de una Agencia de Evaluación de Tecnología se prevendrá la judicialización, estamos olvidando que esa Agencia será de utilidad para el 5% de juicios restantes que involucran a los medicamentos de alto costo, por coberturas no previstas normativamente. Su participación es baja en relación a la cantidad de amparos, pero involucra una altísima cantidad de recursos, por ello para la inclusión legal de los productos o insumos que son objeto de esos amparos se requiere de un análisis de su evidencia científica del medicamento o prestación cuya cobertura aún no es reconocida legalmente o que no está normativamente indicada para determinado diagnóstico o caso. En tanto aquel porcentaje mayoritario del 95% correspondería

a negativas de coberturas, que están previstas legalmente. Tenemos que revisar qué está haciendo el sector Salud para dejar que aumenten los costos de transacción que generan un litigio el otro 95%. Un hallazgo de este estudio es que cinco profesionales del Derecho están concentrando al 20% de esos juicios. Estamos favoreciendo a la industria del juicio desde el propio sector Salud. Nuestro Centro de Estudio e Investigación en Derecho Sanitario y Bioderecho (CEDSABIO) aboga por el conocimiento especializado del derecho sanitario, a fin de lograr que los actores del sector salud y los operadores del derecho se sienten a establecer una construcción dialogada y una respuesta social de política pública.

No podemos seguir con este modelo que hace que los costos se dispersen al pago de honorarios por el litigio y eventualmente, de peritos, si hubiera que convocarlos. El motivo de los reclamos son: la discapacidad, las técnicas de reproducción humana asistida, las terapias oncológicas, etc. En su gran número, las demandas son concedidas totalmente en estos juicios. La dinámica que utilizan los jueces es más o menos parecida: verificar que se acredite el diagnóstico, rechazo de la prestación, el certificado médico y se tiende a otorgar la prestación. Los argumentos judiciales suelen ser homogéneos: los valores en juego, la preeminencia de valor a la vida. Se prescinde del juicio patrimonial, se habla del bloque constitucional federal y se omiten las leyes locales; y cuando se conceden las demandas, se hace una mención genérica. Los jueces tienen mucho temor, creen que está en peligro la vida y resuelven rapidísimo. No suelen citar a audiencia y toman la decisión *in-limine*.

En séptimo y octavo lugar vamos a ver dos estadísticas de la Superintendencia de Servicios de Salud sobre las obras sociales sindicadas, correspondientes a los años 2010 y 2011, que aporta la doctora Ludmila Drago de la Fundación Sanatorio Güemes, en sus tesis el amparo judicial como instrumento de ampliación del PMO: *El Estado nacional como garante de la salud* (1a ed., Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes, 2013, pp. 104). Dicho estudio refleja que en el año 2010, había 1.520 amparos en las 175 obras sociales nacionales sindicadas en la Superintendencia de Servicios de Salud y que en el año 2011; había 1.798 amparos en las 205 obras sociales nacionales sindicadas. El ranking de reclamos es encabezado en el año 2010 por medicamentos, prestaciones y cirugías y en el año 2011 por prestaciones, discapacidad y medicamentos.

El ranking se invierte un poco respecto de los reclamos administrativos en la Superintendencia superaron los 7.000 en el año 2010. Estamos hablando de 7.000 reclamos por año y de unos cuantos años atrás y que presenta el siguiente ranking de causas de reclamos: afiliación, prestaciones y discapacidad. Este es nuestro noveno caso.

En el décimo caso la doctora Paola Bergallo, quien ha participado en una obra muy interesante “Courts and the Right to Health in Argentina: Achieving Fairness Despite Rutinization in Individual Coverage Cases?” (in A. E. Yamin & S. Gloppen, *Litigating Health Rights*, Harvard University Press, 2011); y que analiza el caso argentino, tras revisar los litigios civiles de derecho a la salud federal en la Ciudad de Buenos Aires, entre 1988 y 2008, nuevamente, ratifica la tendencia creciente de estos juicios.

Sobre sus causas, podemos inferir de su análisis que hay prestaciones que se reclaman y están previstas normativamente, porque no se están dando las prestaciones respectivas; y hay productos de alto costo donde en general se verifica la demanda inducida, en algunos casos, por los proveedores; aunque reconoce que en otros existe una real necesidad de la población.

En décimo primer lugar podemos citar la información divulgada por el diario *La Nación*, el 6 de agosto de este año citando que en el Ministerio de Salud de la Nación que da cuenta de que en el Ministerio de Salud de la Nación había 313 sentencias en su contra en el año 2014 referidas a causas del programa Incluir Salud que contaba con 1.048.390 beneficiarios y referían a la cobertura sociosanitaria a beneficiarios de pensiones no contributivas.

Mientras 214 sentencias se registraban en agosto del 2016 sobre 294 amparos iniciados en 2015, es decir, el 73%.

En suma que 821 sentencias se registraban entre 2014 y 2016, referidas al Programa Incluir Salud y propone para enfrentar la judicialización, jueces que cuenten con información basada en la mejor evidencia científica y de acceso público, destacando que propuso legislativamente la creación de una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Aagnet) y que en julio de 2016 el Senado recibió un Proyecto de ley del Poder Ejecutivo para crearla.

Como decimosegundo caso relevado en la provincia de Córdoba, donde la Justicia Civil de la ciudad de Córdoba, en 2014 tenía 88 amparos de salud y en 2015 eran 40. ¿Por qué disminuyeron? Se debe a que como registraban muchos amparos en la Justicia Civil, pasaron, por una ley provincial, al fuero contencioso administrativo, porque ese fuero es más favorable a la obra social provincial.

Asimismo, la Justicia Civil de la provincia de Córdoba ha tenido 183 amparos en salud en toda la provincia en lo que va del año 2016.

¿Cuáles han sido las respuestas a estos problemas y cuáles son las iniciativas en curso por parte del Estado nacional o los provinciales?

Como nunca, hemos tenido legislación que colocó a las personas en el centro de la escena. Si bien mantenemos muchos vacíos legales en salud. Hay 142 leyes de salud nacionales dictadas en 2014, con el 60% de ellas con vacíos legales; tenemos el Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, que nos obliga a revisar toda esa nueva legislación.

Lo bueno es que tenemos al Consejo Federal de Salud (COFESA) integrado por los Ministros de Salud de todo el país y al Consejo Federal Legislativo de Salud (COFELESA) integrado por los legisladores de las comisiones de salud de todo el país, como instancias de articulación y de negociación política. Además de un sistema de tutelaje de tecnología sanitaria en la Superintendencia de Servicios de Salud para las obras sociales nacionales, una intención y normativas desde el Ministerio de Salud de la Nación para propender a la cobertura universal de salud (Resolución 475/96 MSN), un Proyecto de ley de una agencia de evaluación de tecnología, una intención de un pacto federal o redes integrada al servicio de salud y tecnología, que el Ministerio de Salud de la Nación está anunciando entre sus líneas de trabajo.

También, recientemente, la Superintendencia de Servicios de salud ha anunciado la creación del Registro Nacional de Juicios de Amparo, (Resolución 409/16 SSSalud) que consideramos auspiciosa, porque vamos con datos estadísticos más concretos sobre estos temas. Ahora, el número de amparos no nos dice si es o no justificado el reclamo. Y sobre eso, hay que trabajar.



Los registros jurisdiccionales de juicios colectivos que llevan adelante la Corte Suprema de Justicia de la Nación (Acordada 12/16, aprobó el “Reglamento de Actuación en Procesos Colectivos”), la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires (Acordada N° 3660/13, del 21 de agosto de 2013) y la modificación del registros de amparos colectivos aprobados por el Acuerdo Plenario Nro. 5/2005 por la Cámara de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo y Tributario de CABA el 7 de Junio de 2016 servirán para relevar esos juicios, en los que se dictan sentencias estructurales y ver dónde el Poder Judicial está incidiendo en el cambio de las políticas para poder ser más inclusivo; y dónde está convocando al Poder Ejecutivo y Legislativo para establecer cambios de fondo.

Ante lo relevado podemos sostener que esos procesos judiciales están atomizados, hay conciencia judicial de la importancia de estos reclamos, hay una mayoritaria sensibilidad judicial a la realización de derechos, pero hay una inercia de las políticas públicas sanitarias y judiciales. Si no fuera así, no estaríamos viendo esta secuencia de juicios sin una respuesta organizada desde el sector Salud o desde las políticas públicas y sin datos estadísticos jurisdiccionales. Ni siquiera se ha perseguido la consolidación de la información para tomar decisiones.

Donde hay mayor vulnerabilidad social, que es en los efectores de salud públicos, hay una limitada activación de actores y escasos e incipientes mecanismos de definición de protocolos de atención y de garantías administrativas. Los efectores públicos de salud en la Argentina se auditan, no se habilitan y se rigen por normas administrativas de la misma cartera de los gestores. La responsabilidad de esos efectores, a partir del año pasado, ya no se rige más por las normas de responsabilidad civil. Si alguien es médico y trabaja en un hospital, se va a regir por normas distintas que si trabaja en el ámbito privado, esto es por la ley de responsabilidad del Estado Nro. 26944 y no por el Código Civil y Comercial de la Nación.

En los procesos colectivos, que tienen tanta incidencia en salud, hay muchos vacíos regulatorios; además de la fragmentación propia del sistema de salud, porque se rigen por los códigos procesales. Es decir que la salud está rodeada de déficit en la regulación sustantiva, de déficit en la regulación procesal, de distintos estándares de calidad para lo públi-

co y lo privado; y con cualquier iniciativa de integración del sistema de salud, se van a plantear serios desafíos sobre cómo hacer para conectarla y para variar las normas. Pero todo esto además anuncia más juicios, no menos juicios. No estamos trabajando, entonces, para evitar la judicialización, sino que parece que estamos yendo por un camino que no la va a prevenir. Si bien nosotros sabemos que las personas que necesitan las prestaciones de salud no están litigando, no podemos explicar por qué los defensores públicos no sale a buscar a las personas sin cobertura o a representarlos en sus reclamos por los déficits en su atención, para contrarrestar la solidaridad invertida que se está verificando en el fenómeno de judicialización de la salud argentino.

Si bien hay iniciativas importantes, como las Defensorías del Pueblo o la Defensoría del Ministerio Público de la Ciudad, que tiene un programa específico para salir a la búsqueda de las personas sin cobertura. Entonces, si se desea responder a si la judicialización afecta la equidad, la eficiencia y la eficacia, puedo decir a priori, pese a todo, las investigaciones que he citado, que aún falta mayor información para la toma de decisiones. Se requieren aún de mayores y mejores procesos participativos democráticos para cumplir con todos los estándares de derechos humanos, que nos hablan, sobretodo, de un mecanismo de rendición de cuentas, que sobre esta materia debería interpelar por igual a operadores judiciales y sanitarios.

Cuando se define un derecho, se definen responsabilidades, incluso de la propia persona beneficiada con el derecho, así como cualquier iniciativa de integración del sistema de salud, se van a plantear, y todo esto, en general, requiere de una ley especial; una ley que le dé legitimidad, que haga que ese derecho se mantenga en el tiempo, que —por ser nuestro país federal— sea transversal para que, realmente, se pueda lograr una justicia distributiva en la Argentina. Por ello, aguardo este relevamiento y caracterización constituya un aporte para avanzar en ese gran objetivo, al incluir algunas constataciones que obligan a la reflexión crítica y plural de todos los operadores sanitarios y jurídicos en un espacio de concertación democrática.

Gracias.

Toma la palabra el doctor Laspiur: Muchas gracias a todos, muy interesante. Hemos llegado a la última parte. Me parecieron sumamente valiosas las distintas miradas que plantea cómo el Estado no debe dejar la salud en manos del mercado, porque ellos no van a garantizar el derecho a la salud de las personas. Muy atinado el comentario de Sonia (Tarragona) cuando dijo que el Estado tiene que estar donde el mercado no llega. Esto ni siquiera es un debate ideológico. Se necesitan Estados inteligentes, que sepan dónde y cómo regular para garantizar el derecho a la salud. Es muy interesante la presentación de Marina Kosacoff, donde mostró cómo al regular el mercado del tabaco, ha bajado la cantidad de fumadores. Pero hay otros mercados que están muy poco regulados en la Argentina, como el mercado del alcohol y el de la industria de la comida chatarra. En los alimentos, hace falta una regulación más inteligente que garantice el derecho a la salud. También es muy importante el aporte de Claudia (Madíes) respecto de la judicialización, que puede ser negativa o positiva. Uno tenía el preconcepción de que el fallar a nivel individual estaba resintiendo la eficiencia colectiva del sistema, pero también es una puerta de entrada para garantizar derecho donde el Estado no está presente. Y ahora quisiera abrir un espacio para preguntas y respuestas.

Una participante le hace una pregunta a Marina Kosacoff: Cuando empezaron con las iniciativas para eliminar las grasas trans y bajar el consumo de sal, ¿hubo participación de las sociedades científicas médicas?, ¿Apoyaron al Ministerio de Salud, la Sociedad Argentina de Cardiología, por ejemplo?

Contesta Marina Kosacoff: Sí, se trabajó intersectorialmente. Y la idea de generar una estrategia que tenga consenso era exactamente eso: que los actores clave fueran parte del diseño de esa estrategia.

El doctor Sebastián Laspiur hace una evaluación sobre la jornada: En nombre de la universidad ISALUD, lo más genuino que puedo decir es que lamento profundamente que la agenda haya coincidido con una ciudad tan convulsionada con la manifestación, porque la jornada fue riquísima y debería haber llegado a más gente. Creo que fue muy sano, muy bueno y muy productivo haber escuchado a todas las voces que participaron. Creo que vamos a tener una posibilidad de comunicación en relación a todo esto como para poder hacerlo llegar a más gente.

El doctor Osvaldo Artaza cierra la jornada: Me resta darles las gracias y decirles que efectivamente, tenemos el compromiso con esta universidad para que todo esto se traduzca en una publicación, que va a permitir ligar a mucha más gente y que todo lo que se habló en estas mesas –que fueron muy fructíferas– contribuya a generar un debate que es necesario. Gracias.

Listado de participantes

Apellido	Nombres	Institución
Alfaro	María	Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires
Álvarez de Quevedo	Micaela	UBA
Amadeo	Eduardo	Diputado Nacional Miembro de Comisión de Salud HCD
Anciola	Julia	UNICEF
Antonietti	Javier	Banco Provincia
Arroyo	Daniel	Banco Provincia
Asencio Lucas	Cristina	ISALUD (Estudiante)
Azunbud	Andrés	La Gran Época
Barbera	Constanza	Ministerio de Salud
Bello	Julio	Asociación Argentina de Salud Pública
Benetti	Celeste	Ministerio de Salud
Bianchimano	Osvaldo	Superintendencia de Servicios de Salud
Bichara	José Luis	CEDROS ISALUD
Birmingham	Maureen	OPS
Bonnahon	Angélica	ASSAP
Cabrera	Liliana	PAMI
Casabal	Andrea	Ministerio de Salud
Chocobar	Soledad	Municipalidad de Rosario
Colombres Garmendia	Mariana	La Gran Época
Colombo	María Dolores	Ministerio de Salud
Correa	Belén	ISALUD (Estudiante)
Crapanzano	Carmelo José	Programa Inflo Salud
Cuenya	Ramiro	OPS
Delgado	Fernanda	Hospital Güemes
De María	Leonardo	Ministerio de Salud
Domec	Emilio	Difusión de Noticias
Fishkel	Liliana	INPI

Apellido	Nombres	Institución
Flores	Saúl	Desarrollo Social de la Nación
Ginarte	María Laura	Ministerio de Salud
Gómez	Martín	REDES
Gómez Benavides	David Rodolfo	AMRA
Guerra	Valeria	ONU
Gutiérrez	Silvia	ISALUD (Estudiante)
Guzmán	Luis	Agenda Joven
Herrero	Laura	CORA
Juárez	María del Valle	Ministerio de Salud
Katz	Nathalia	Ministerio de Salud
Kosacoff	Marina	Ministerio de Salud de la Nación
Lagomarsino	Alejandra	Secretaria de Salud de Moreno
Laspiur	Sebastián	OPS
López	Agostina	REDES
Lozancic	Mabel	Arquitecta
Madíes	Claudia	ISALUD
Manzano	Pablo	Ministerio de Educación
Marchetti	Clarisa	FADEPOF
Martín	Nahuel	Abogado
Martino	Ana María	Ministerio de Salud
Melnistzky	Ruth	PROSAM
Moreau	Ivonne	Ministerio de Salud
Moreno	Sandra	RAPELA
Moscona	Rafael Roberto	FEMECA
Necchi	Silvia	ASSAP
Neyro	Silvina	Ministerio de Salud
Pagés	José Antonio	ISALUD
Pasinovich	Marina	Ministerio de Salud
Pérez Hidalgo	Carlos	Ex consultor OPS
Pourtale	Héctor	Novo Nordisk
Rico Cordeiro	Pedro	Secretaria de Salud de la Municipalidad de Moreno



Apellido	Nombres	Institución
Torres	Alberto	Federación Bioquímica
Twerdochlib	Ivana	Universidad Nacional de Rosario
Reale	Mariano	ISALUD
Seeger	Alejandro	ISALUD
Seeger	Maricel	OPS
Valdés	René	ONU
Vera	Martín	CEPAC
Zingman	Fernando	UNICEF

El derecho a la salud en la Argentina 2017



La Jornada convocada en 2016 en la Universidad ISALUD por el Sistema de Naciones Unidas con el fundamental apoyo técnico de OPS/OMS, para reflexionar sobre la situación de Salud y Derechos en la Argentina del 2017 en el marco del Examen Periódico Universal, fue una excelente oportunidad para evaluar los desafíos que debemos enfrentar para materializar efectivamente el derecho a la salud en nuestro país. Esta publicación recoge el debate del evento y las reflexiones que a partir del mismo surgieron.