

BUENOS AIRES, 15 de abril de 2013

### **'Problemática actual en el acceso a la salud'**

*De acuerdo con la convocatoria, conversaremos sobre:*

#### ***Problemas de:***

- ACCESO,
- CALIDAD DE LOS SERVICIOS,
- UNIVERSALIDAD,
- **INVISIBILIDAD DE LOS GRUPOS MAS VULNERABLES**, que permanecen excluidos y sin opción y aún incluidos no tienen opción,

#### ***Procesos de:***

- AVANCE CIENTÍFICO, TECNOLÓGICO Y FARMACOLÓGICO,
- TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA,
- TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA, que impactan fuertemente sobre los procesos de salud-enfermedad y por ende afectan el DERECHO A LA SALUD.

#### ***Capacidad para:***

- GENERAR **RESPUESTAS**,
- A TRAVÉS DE: la transdisciplina, la pluralidad para diseñar y priorizar la **generación de políticas públicas** de *carácter sanitario* que hagan efectivos los derechos.

**Reflexiones:**

La SALUD, se vive –no como un hecho excepcional- sino que se realiza en el marco de la vida cotidiana (hogar, escuela, trabajo y recreo según la CARTA DE OTAWA 1986).

En este contexto el **ACCESO** es un reflejo de la influencia que tienen los **FACTORES INDIVIDUALES, SOCIALES, CULTURALES, ECONOMICOS Y AMBIENTALES**.

Digo esto porque además de tratarse de ‘determinantes de la salud’, también lo son de la **posibilidad de ACCESO**, y qué es ACCESO sino la verificación concreta del ‘derecho a la salud’.

**Es esta la barrera o la línea en la que debemos pensar, como hacer para que ese ACCESO se verifique y no se aleje constantemente la posibilidad de concretarlo.**

Es del caso señalar que tampoco debemos limitar la mirada al ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, pues la salud se configura básicamente a través de la PROTECCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, PROMOCIÓN DE LA SALUD y también su RESTAURACIÓN, cuya correcta realización permite adoptar conductas que habrán de prevenir que la cuestión NO se limite a esta última estrategia.

Se trata de asumir la **responsabilidad colectiva sobre la salud**, con **énfasis en la prevención**, mirando **cuáles son los factores de riesgo**, las **determinantes socio-económicas** y ello sólo se logra a través de una **MIRADA NETAMENTE MULTIDISCIPLINARIA**.

Siguiendo entonces los preceptos Constitucionales, me refiero concretamente al artículo 121 **(no reformado en 1994)** *‘las provincias conservan todos el poder no delegado al gobierno federal.....’* ello fundamentalmente implica que estas cuestiones –no delegadas- deben ser analizadas, evaluadas y deberían

concretarse en el ámbito de este marco en el que se ha decidido que se concreten, como es el caso, entre otros derechos, del ‘derecho a la salud’.

Si se pueden construir desde allí, las Instituciones como la que represento en este caso, podrán contribuir a que el **acceso** se verifique, porque puede ocuparse puntualmente del caso en cuestión, siendo que –en algunos supuestos- esas soluciones se extienden al conjunto afectado.

### **La Corte Suprema de Justicia de la Nación y la salud.**

El **derecho a la salud**, como obligación positiva estatal, supone la articulación de una política sanitaria pública, que para su existencia depende de la asignación de partidas presupuestarias suficientes. Por otra parte, la ley de presupuesto es un acto político de gobierno, interpretado por la jurisprudencia como una cuestión no justiciable, lo que instaura un ineludible obstáculo para los justiciables, quienes en ejercicio de una prerrogativa exigen el reconocimiento y protección de su salud. Existe entonces una oposición entre la “restricción de partidas presupuestarias” deducida, en la generalidad de los casos, por algún organismo integrante del propio Estado, lo que obliga a dirimir el conflicto sin violentar el principio de división de poderes.

Desde la perspectiva del derecho constitucional, la actividad financiera del Estado debe ajustarse en un sentido sistemático y unitario, intentando la vinculación entre el derecho tributario y el derecho presupuestario (tributos y gasto público), de modo tal que la actividad financiera o sea más que un medio para la autorealización del Estado de Derecho. *Ergo*, no es ajeno a la actuación del Poder Judicial (como poder del Estado) el ejercicio del control judicial, en la medida que se vea conculcado el derecho fundamental del hombre a la salud.

### **LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN NACIONAL: PACTOS INTERNACIONALES.**

Hasta la reforma de la CN en 1994, no existía texto alguno con jerarquía constitucional que consagrara explícitamente el derecho a la salud. El nuevo artículo 42 de la CN dispuso la protección de la salud, aunque en el contexto particular de la “relación de consumo”.

El artículo 75.22 de la CN otorgó jerarquía constitucional al PIDESC (artículos 12.c) 50, que contempla el derecho a la salud con un contenido y alcance más específico, refiriendo las obligaciones asumidas por el Estado. En un sentido similar lo hace la CADH (artículo 4.1 y 4.5) y PIDCP (artículos 5° y 6°).

Cabe destacar que el mencionado Pacto no obliga al Estado a hacerse cargo de la cobertura integral de los ciudadanos. Basta para cumplir la obligación con que toda persona pueda **acceder a servicios de salud**, teniendo en cuenta, si fuera necesario, su capacidad contributiva, dada la finalidad de **equidad** que caracteriza el paradigma del derecho social.

### **ACCESO A LA SALUD: un bien social?**

Es dentro de este marco que resulta apropiado señalar que el ‘*acceso a la salud*’ constituye un *derecho social*, es un ‘**bien social**’, cuya obtención el Estado debe garantizar. Esta garantía trasciende los aspectos jurisdiccionales, es decir que más allá que el otorgamiento de los distintos servicios de salud correspondan al subsector **público**<sup>1</sup>, al de la **seguridad social**<sup>2</sup> o **privado**<sup>3</sup>, la salud es un bien esencialmente social y -como tal- debe ser garantizado por el Estado.

Para que el Estado asuma esta responsabilidad, cuya concreción -por otra parte justifica su existencia-, en tanto se trata de uno de sus fines esenciales, debe advertirse que el conjunto social aspira -cuando se refiere a la **atención de su salud**- a ser tratado como un *ciudadano* y no como un mero ‘consumidor’, ‘cliente’ o ‘usuario’. En qué radica la diferencia?: precisamente en las ‘**obligaciones**’

---

<sup>1</sup> Nacional, provincial o municipal.

<sup>2</sup> Obras Sociales tanto nacionales como provinciales o municipales.

<sup>3</sup> Principalmente presentado por las empresas de medicina privada.

derivadas del carácter de ciudadanos<sup>4</sup>; se espera entonces que el Estado -como contrapartida- asegure este bien social (*la salud*) en pos de mantener el equilibrio necesario para preservar un orden colectivo adecuado.

Cuando estas pautas no se cumplen los *ciudadanos* sufren el desajuste que significa la falta de adecuación de esos postulados con la realidad cotidiana.

Esto señala precisamente cuál es el desafío que enfrenta el Estado, como estructura social y política, a cuyo cargo se encuentra la reparación de las inequidades que se plantean ante las dificultades para acceder a los servicios o prestaciones. Estos problemas se observan en todos los niveles sociales o culturales, -obviamente- con distintos resultados y consecuencias, en función del sector de que se trate.

---

<sup>4</sup> Ej. el pago de impuestos, voto obligatorio, entre otros.