

Derecho a la Salud sin Discriminación



Derecho a la Salud sin Discriminación

Primera edición
400 ejemplares

Edición Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) Ministerio de Justicia y Derechos Humanos – Presidencia de la Nación.

Dirección: Avenida de Mayo 1401 (C1085ABE), Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

TE: (54-011) 4380-5600 | 4380-5700.

Asistencia gratuita las 24 horas: 0800-999-2345

www.inadi.gob.ar

Producción y elaboración: Área Salud.

Armado, edición y corrección: Área Contenidos y Publicaciones.

Diseño editorial: Área Diseño Gráfico y Editorial.



ÍNDICE

Introducción	6
Antecedentes históricos	6
Escenario actual en el campo de la salud: actores y procesos	11
Salud y Discriminación - Situación actual	14
Marco jurídico	17
Política del INADI	32
Bibliografía y documentos consultados	44

Introducción

Introducción

El derecho a la salud es uno de los derechos humanos fundamentales de todas las personas y, por lo tanto, es indivisible del ejercicio de otros derechos, como el derecho a la identidad, a condiciones de vida dignas, al trabajo, a la vivienda, a la educación, entre otros.

Así como la discriminación ha adoptado diversos rostros a lo largo de la historia y en las diferentes culturas (INADI, 2005), la salud o la enfermedad no son situaciones estáticas o inmodificables, ni han sido planteadas siempre de la misma manera.

Las situaciones de discriminación en el acceso a este derecho no son la excepción. Es por ello que el INADI ha creado el Área de Salud con el fin de recuperar y afianzar el camino andado en la atención de esta problemática a lo largo de estos últimos años. Este documento tiene por objetivo plantear el debate sobre esta temática partiendo del abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención de la salud, desde una perspectiva de derechos humanos, con el fin de propiciar la reflexión sobre nuestras representaciones y prácticas, y contribuir a la implementación de políticas públicas tendientes a garantizar la igualdad y la no discriminación de todas y todos.

Desde esta perspectiva, proponemos visualizar la tensión entre dos modelos teórico-prácticos de abordaje de la salud-enfermedad: uno es el modelo centrado en la biomedicina y el otro es el modelo de los determinantes sociales de la salud, los cuales se corresponden con dos maneras de pensar y vivir en sociedad desde un punto de vista ético y político. Esta tensión tiene su correlato histórico, a la vez que implicancias en la cotidianeidad de nuestras vidas.

Antecedentes históricos

Con la intención de introducir algunos de los antecedentes históricos relevantes en este campo, se deben considerar los pro-

cesos de medicalización y mercantilización de la atención de la salud que se consolidan con el advenimiento del capitalismo en el siglo XIX. Esta fue la manera legitimada por el Estado de abordar los problemas de salud-enfermedad de la población, siendo estos procesos funcionales a los intereses políticos y económicos del sistema (Foucault, 1996).

Estos procesos se traducen en diferentes tipos de estrategias y acciones, de las cuales el descrito como modelo médico hegemónico es uno de los ejemplos paradigmáticos (Menéndez, 1990). La medicalización es una práctica social que se caracteriza por centrarse casi exclusivamente en los aspectos biomédicos de las enfermedades o padecimientos, subestimando las determinaciones sociales de los mismos y avanzando en la patologización de situaciones propias del proceso vital de los seres humanos (Conrad, 1982).

El modelo biomédico se considera hegemónico, en tanto ha relegado otros saberes y formas de cuidado de la salud que las personas y grupos sociales con sus respectivas culturas han desarrollado a lo largo de la historia. Asimismo, se puede señalar como el equivalente del modelo biomédico en el terreno de la discapacidad al llamado modelo rehabilitador, que proponía que la discapacidad obedecía a causas individuales y médicas.

Desde el modelo biomédico se naturalizan parámetros de normalidad/anormalidad, salud/enfermedad, productividad-capacidad/incapacidad, por los cuales las personas pasamos a ser cosificadas como objetos de un saber-poder cientificista. Estas clasificaciones binarias de procesos complejos son funcionales a la discriminación y estigmatización de las personas y colectivos sociales (Goffman, 2003). Las diferentes maneras en que encaramos nuestras vidas – incluyendo los afectos, las situaciones de alegría, placer, sufrimiento físico y psíquico, el trabajo, las posibilidades y dificultades para establecer y sostener lazos sociales– pasan a ser parámetros de clasificaciones que nos rotulan, anulando nuestro carácter de sujetos implicados en la historia.

Así, la enfermedad es pensada en términos individuales,

ahistóricos y unicausales, generalmente biológicos –ya sean estos microbios, virus, genes, neurotransmisores–, en los que lo social aparece ubicado como parte de los factores de riesgo y no como un aspecto fundamental de los problemas que atravesamos (Rojas Soriano, 1984). La atención de la salud será entonces planteada básicamente en términos biomédicos, ya sea a partir de la prescripción de medicamentos y/o la promoción de conductas que faciliten la adaptación o readaptación a las reglas de juego del sistema.

Es importante subrayar que no se trata aquí de un problema de medicina versus anti-medicina (Foucault, 1996), psicología versus anti-psicología, o de disputa entre distintas disciplinas o profesiones. Lo que nos preocupa es el intento sistemático de reducir las situaciones que atravesamos como seres humanos –en particular, aquellas situaciones de mayor vulnerabilidad– a respuestas que no contemplan la integralidad de nuestro ser ni respetan nuestra singularidad en el marco de la comunidad de la que formamos parte.

Diversas y múltiples luchas sociales y políticas, en las que la autogestión y el reconocimiento de la dignidad inherente a las personas han sido piedras angulares, atravesaron y atraviesan nuestro continente. En ese marco, y a partir de la década del sesenta, variadas corrientes académicas, políticas, en Latinoamérica y en el mundo, han denunciado estos procesos de reduccionismo y naturalización del modelo de la biomedicina (Laurell, 1986), conformando el movimiento de la medicina social y la psicología comunitaria latinoamericana a la par de las luchas de los movimientos obreros, campesinos, estudiantiles, feministas y personas con discapacidad.

En esta segunda perspectiva se inscribe el modelo de los determinantes sociales, que plantea la salud-enfermedad en términos de multiplicidad y complejidad, incluyendo lo biológico, lo psicológico, y jerarquizando lo social como determinante de cómo nacemos, vivimos, enfermamos o morimos según las condiciones materiales de vida, los procesos de trabajo, las relaciones de género, entre otras determinaciones.

En nuestro país, Ramón Carrillo –a cargo del Ministerio de Salud de la Nación desde 1946 a 1952– expresaba que “frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedad son pobres causas” (citado en Spinelli et ál., 1989: contratapa), señalando con ello uno de los puntos de inflexión de la historia de la salud pública en nuestro país.

Como referencia internacional, podemos mencionar la Declaración de Alma-Ata en la Asamblea Internacional de la OMS de 1978, en la que bajo el lema “Salud para todos en el año 2000” se mencionaba la estrategia de atención primaria de la salud como aquella que podía hacer posible alcanzar esta meta, basada en los principios de universalidad, participación comunitaria y trabajo intersectorial, y considerando la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad” (OMS, 1978: 1).

Conforme nos acercábamos a la década del noventa, dictaduras latinoamericanas mediante (y al compás del Consenso de Washington y las políticas neoliberales), en el campo de la salud aparecen nuevos actores –especialmente, el capital financiero transnacional– que instalan nuevas disputas en el ámbito de las políticas y de los discursos. El documento del Banco Mundial “Invertir en salud” del año 1993 propone circunscribir, por un lado, la universalidad de la atención en salud a acciones básicas para personas en situación de pobreza; por otro, orientar el negocio de las intervenciones de alta complejidad hacia el sector médico-tecnológico privado, solo accesible para personas con capacidad de pago (Laurell, 1997). En el plano internacional, cabe señalar también otros organismos, como la Organización Mundial del Comercio (OMC), para la cual todos los bienes y servicios son mercancías para adquirir según la capacidad de pago de cada uno, incluyendo los servicios de salud y los medicamentos.

Resulta oportuno observar que en nuestro país el derecho a la salud creció ligado estrechamente a los derechos de los/as trabajadores/as y sus familias, en tiempos en que esto remitía a un país de casi pleno empleo para su población. La historia de nuestro país, su alternancia de gobiernos civiles y militares en

las siguientes décadas, nos muestra un entramado complejo que incluye distintas corrientes ideológicas y formas de organización de la salud que se plasmaron en el área de los servicios de salud, en un sistema fragmentado en tres subsectores –el público-estatal, la seguridad social y el privado propiamente dicho– de difícil articulación entre sí (Belmartino, 1995; Rovere, 2004). La trágica irrupción de la dictadura militar y las políticas neoliberales que se consolidan en la década del noventa se tradujeron no solamente en políticas y acciones dirigidas a un país viable para algunos pocos y destinado a contener a los que quedaban en el camino. También introdujeron cambios en nuestro sentido común, en las palabras que asimilamos como portadoras de una realidad dada, naturalizando cambios culturales y sociales: por ejemplo, la descalificación de la cobertura pública-estatal como ineficiente; la antinomia pacientes versus consumidores o clientes, que erosiona su carácter de sujetos de derecho; la asimilación de sistemas solidarios, como fueron originariamente las obras sociales, a población cautiva; la discusión acerca de la política relegada a la gestión de lo posible, entre otras operaciones comunicacionales que nos atraviesan.

A nivel internacional, a finales del siglo XX, ante el fracaso de las políticas neoliberales y las reformas contra la salud y la seguridad social (Laurell, 1997) la OMS retoma el planteo de los determinantes sociales de la salud, que habían impulsado las corrientes de la medicina social y la psicología comunitaria latinoamericana varias décadas antes, entre muchos otros actores sociales comprometidos con una sociedad más justa para todos y todas. Es importante señalar que dichos planteos no subestiman ni reniegan de los procesos biológicos que son parte de los procesos salud-enfermedad, sino que los incluyen en el contexto de los modos de producción y reproducción social de las personas y los pueblos.

Actualmente, el movimiento sanitarista latinoamericano se inscribe en las propuestas de la salud colectiva (Spinelli, 2004) en tanto matriz de investigaciones, intercambios y prácticas que desarrollan y analizan propuestas políticas a nivel macro y local,

enmarcadas en el derecho a la salud, entendido como la posibilidad de respetar, promover y acompañar procesos de progresiva autonomía de las personas y de los colectivos sociales.

Desde esta perspectiva, la lucha por la democratización en el acceso y el cuidado integral de la salud es indivisible de la perspectiva de salud como derecho, en el contexto de la construcción colectiva de una sociedad más igualitaria y respetuosa de los derechos humanos de todas las personas.

Escenario actual en el campo de la salud: actores y procesos

Como planteamos al inicio, la disputa por el sentido y las políticas en el campo de la salud, si bien puede referirse a momentos históricos de mayor o menor hegemonía de los distintos modelos, se sostiene en el presente como tensión entre los actores sociales del campo de la salud y de la sociedad en su conjunto.

Para acercarnos a los actuales términos de tensión entre salud como derecho o salud como mercancía, proponemos considerar:

- La puja entre intereses económicos hegemónicos, cada vez más concentrados y progresivamente cartelizados – conformando asociaciones cuasi monopólicas al momento de producir, comercializar, definir precios– entre el complejo médico-industrial (tecnología, medicamentos) y el capital financiero (aseguradoras de salud), incluyendo acuerdos entre ambos para resguardar e incrementar beneficios mutuos (Waitzkin, 2000; Iriart, 2008).
- La creación de nuevos nichos de mercado, incorporados en el discurso como enfermedades nuevas o epidemias. Así, los organismos internacionales nos anuncian nuevas epidemias de depresión y obesidad, obviando las crecientes brechas de esperanza y calidad de vida a nivel global, o la progresiva alimentación industrializada que acompaña una comensalidad rápida y desculturalizada (Tognoni, 1999; Aguirre, 2004).

- La medicalización que avanza y nos promete aliviar ya casi cualquier malestar, al mismo tiempo que transforma las situaciones cotidianas de diferentes etapas de la vida en cuestiones pasibles de ser medicadas a partir de propiedades cuasi mágicas de pastillas para la eterna juventud, sostener jornadas interminables de trabajo o para reforzar nuestras defensas y llegar a fin de mes, con suerte a fin de año (Conrad, 1982; Forumadd y Forum sobre la Medicalizacao da Educaçao e da Sociedade, 2011).
- Las organizaciones de trabajadores/as, que en nuestro país conducen y gestionan las obras sociales nacionales, inicialmente desde una perspectiva solidaria y amplia en relación con las prestaciones sociales, que incluían no solamente la atención de la salud, sino otras como turismo social, colonias de vacaciones, jardín de infantes para los/as hijos/as de los/as trabajadores/as, proveedurías de alimentos y artículos para el hogar, etc. En el contexto de los procesos de reforma de la década del 90, y sobre la base de los condicionamientos de los préstamos de Organismos Internacionales de Crédito –particularmente el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)–, la mayoría de las obras sociales dejaron de brindar prestaciones sociales que no fueran exclusivamente asistenciales para las enfermedades. En algunos casos, estas organizaciones avanzaron en procesos de gerenciamiento, facilitando el ingreso del capital financiero a nuestro país y propiciando una mayor fragmentación del sistema de servicios de salud, estratificando el acceso a las prestaciones de acuerdo con la capacidad de pago de sus afiliados/as y no con los principios solidarios que les dieron origen (Belmartino, 1995; Rovere, 2004).
- Las personas usuarias de los servicios de salud, incluidas las personas con discapacidad (PcD), frecuentemente vulneradas en el reconocimiento de su condición de sujetos de derecho y/o discriminadas de diversas y múltiples maneras (Barnes, 2009).

- Las asociaciones de personas con problemáticas específicas de salud-enfermedad. Al pasar del reclamo individual para la atención de su padecimiento a la conformación de diversidad de asociaciones y formas organizativas, desarrollan acciones fundamentales que contribuyen a la visibilización de problemáticas, a veces subestimadas o poco conocidas por el conjunto de la sociedad. Se constituyen así en actores sociales que solidariamente reclaman por sus derechos, propiciando la democratización del campo (Testa, 2007). También es necesario contemplar que algunas de estas asociaciones surgen a partir de iniciativas o con estrecha relación con equipos de profesionales y con la industria farmacéutica, incorporando en sus reclamos acciones especialmente centradas en la atención biomédica de problemáticas complejas (Iriart, 2011).
- Las organizaciones de la sociedad civil y/o territoriales que contribuyen a la reconfiguración de los procesos de salud-enfermedad-atención a partir de una intervención efectiva, dinámica y progresiva desde una perspectiva de salud comunitaria que aboga por un enfoque sanitarista integral.
- Los/as trabajadores/as de la salud, pensados/as no solamente como efectores/as de macro-políticas de salud, sino también como protagonistas de los procesos de trabajo que los/as involucran. Las condiciones de trabajo en el campo de la salud no han sido ajenas a la precarización de las relaciones laborales en su conjunto que vivimos como país a fines de los 80 y, particularmente, en los 90. Asimismo, los/as trabajadores/as de la salud se han formado y desarrollado profesionalmente en un sistema de salud cuyo paradigma hegemónico ha sido el modelo biomédico que se caracteriza por simplificar la importancia de los determinantes sociales a la hora de abordar la salud de una persona. No obstante, es menester destacar que en muchos casos son los mismos trabajadores/as quienes impulsan praxis reflexivas y creativas, desafiando lo dado y construyendo junto con sus pares, usuarios/as y familiares formas contrahegemónicas de atención de la salud en las que pri-

ma el cuidado y el respeto a los derechos de todas y todos.

- Los medios de comunicación masiva que difunden crecientemente la publicidad de medicamentos de venta libre bajo la promesa de supresión inmediata de los síntomas y malestares de la vida cotidiana y también notas de información o de opinión, en las que abierta o indirectamente se promocionan baterías diagnósticas, equipos médicos, medicamentos y vacunas (Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR e Instituto Gino Germani, 2008).

Las formas de recorrer este escenario por parte de las personas y colectivos ha sido descripto por algunos autores como la carrera del enfermo (Goffman, 1973; Menéndez, 2002), lo cual da cuenta de la multiplicidad de caminos que eligen/elegimos las personas en busca del alivio o la cura para las enfermedades o padecimientos propios o de nuestros familiares. En estos caminos solemos recurrir a una diversidad de propuestas y abordajes, según nuestras posibilidades, creencias y saberes, incluyendo formas de auto-atención, medicinas conocidas como alternativas, curadores tradicionales, entre tantas otras formas de pensar y cuidar la salud.

Salud y Discriminación - Situación actual

En este marco, proponemos abordar el derecho a la salud planteando que los procesos salud-enfermedad-atención resultan de múltiples determinaciones biológicas, psicológicas, sociales que nos atraviesan como integrantes de una comunidad, un grupo y/o en nuestra singularidad.

Desde esta perspectiva, el derecho a la salud involucra al menos tres dimensiones:

- el derecho a recibir atención cuando atravesamos una situación de enfermedad, malestar, dolor u otras formas de padecimiento;

- el derecho a que se generen las condiciones necesarias para la promoción de la salud y para la prevención de enfermedades o padecimientos;
- el derecho a la información y a la participación en las decisiones y acciones que hacen al cuidado integral de nuestra salud, tanto en lo que hace a la prevención como a la atención requerida.

Las situaciones de discriminación en relación con el derecho a la salud pueden presentarse de diferentes maneras:

1) La discriminación de personas en el acceso al cuidado integral de la salud por su pertenencia a determinados colectivos.

Aquí nos referimos a las situaciones de discriminación en el acceso al cuidado de la salud que padecen las personas por cuestiones que hacen a su cultura, etnia, nacionalidad, género, diversidad sexual, situación socioeconómica, edad, entre otros.

Cabe señalar que esta discriminación no solamente se da en el acceso a los servicios de salud, sino también y muy especialmente en los diversos recorridos que las personas van atravesando en las instituciones de salud y en la modalidad de respuesta o falta de ella que reciben.

2) La discriminación de personas y grupos en situación de vulnerabilidad que presentan una enfermedad o padecimiento específico o situación de discapacidad.

En este caso nos referimos a las situaciones de discriminación en el acceso al cuidado integral de salud de personas o grupos con problemáticas particulares de salud o discapacidad. Entre ellos, personas con padecimiento mental o psíquico grave o discapacidad psicosocial, personas con consumo problemático de sustancias legales e ilegales, personas con otras discapacidades, personas con VIH-SIDA,

personas con problemas de sobrepeso-obesidad, entre otros.

Es importante destacar que estas situaciones requieren ser pensadas tanto en su especificidad, como en términos de problemáticas sociales complejas, ya que no solamente suele estar comprometido el derecho a la salud, sino también el ejercicio de otros derechos, como el derecho a la educación y al trabajo.

3) Los procesos salud-enfermedad-atención/cuidado como una de las formas de producir otras formas de discriminación, a partir de procesos de estigmatización de las personas o colectivos sociales.

En el proceso de atención de la salud-enfermedad, tanto al momento de plantear diagnósticos, tratamientos o causas probables de diferentes padecimientos, las personas somos pasibles de adquirir un nuevo rótulo o etiqueta que reduce la riqueza de nuestra vida –con nuestras capacidades, dificultades, sentimientos, ideas– a un solo aspecto que aparece como definitorio de nuestro andar en la vida (López Casariego, 2011).

Así, ya no se trata de una persona con una enfermedad o padecimiento, sino que pasa a ser una discapacitada, un asmático, una obesa, una madre psiquiátrica, un niño ADD, una adolescente bipolar, entre tantas otras formas en las que una determinada situación vital o forma de comportamiento se transforma en aquello que define a la persona, desalojando otras miradas y posibles intervenciones a un lugar secundario y frecuentemente invisibilizado.

4) La situación de los/as trabajadores/as al interior mismo de las instituciones, planes y programas de salud.

En este caso, ponemos a consideración las prácticas de discriminación entre los propios trabajadores/as de la salud. Ello incluye situaciones de descalificación frecuentemente originadas en prejuicios o desconocimiento de los saberes o existencia de trayectorias diversas, dificultando praxis de complementariedad

centradas en las necesidades de las personas usuarias de los servicios de salud.

En referencia a la situación actual de salud en nuestro país, también queremos señalar la definición e implementación en los últimos años de políticas e iniciativas con perspectiva de inclusión social en términos de promover la Salud como Derecho.

A modo de ejemplo destacamos:

- la disminución de la mortalidad infantil,
- la ampliación del calendario de vacunación para los niños y niñas, adolescentes y adultos mayores acotando significativamente inequidades previas,
- la profundización en la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva,
- la accesibilidad a la medicación necesaria para enfermedades prevalentes y para personas con padecimientos que requieren tratamientos de alto costo,
- la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, entre muchas otras.

Estas y otras políticas y acciones implementadas en los últimos años, tienen un impacto en forma directa e indirecta en el campo de la salud, al disminuir la inequidad en las condiciones materiales de vida y la ampliación del reconocimiento de los derechos sociales, económicos y políticos de todas las personas, con un notable impacto en los determinantes sociales y la situación de salud de las personas.

Como procuramos desarrollar en el siguiente apartado, consideramos que estamos transitando un camino hacia una sociedad más inclusiva y menos discriminatoria, con las tensiones y desafíos que nos involucran como sociedad.

Marco jurídico

El marco jurídico que establece el derecho a la salud y la no discriminación para todas las personas que habitan nuestro país incluye una extensa y compleja trama de instrumentos jurídicos, partiendo desde la Constitución Nacional, los códigos nacionales y provinciales, las leyes nacionales y provinciales, los decretos, y hasta resoluciones ministeriales, entre otras normativas vigentes.

Planteamos el conocimiento de la normativa vigente que incorpora la perspectiva de derechos humanos y no discriminación de las personas como una herramienta valiosa tanto para la promoción e implementación de políticas y acciones que garanticen el efectivo ejercicio del derecho a la salud para todos y todas, como para poder gestionar y reclamar ante su incumplimiento.

Al analizar el marco jurídico para una problemática o situación específica, debemos considerar, además de la multiplicidad de normas, las competencias que la Constitución Nacional establece para los ámbitos nacionales y provinciales de decisión y aplicación de las mismas.

Para orientarnos en este complejo entramado es importante tener en cuenta algunas consideraciones generales:

- Todos/as los/as habitantes de nuestro país pueden invocar los derechos y garantías de las personas que establecen la Constitución Nacional y las leyes nacionales.
- Los derechos y garantías de las personas establecidos por las leyes nacionales son válidos para todos/as los/as habitantes de nuestro país, independientemente de que las jurisdicciones adhieran o no a las mismas.
- La implementación de políticas, estrategias, acciones, dispositivos referidos a la organización de los servicios de salud son competencia de las jurisdicciones. Dicha implementación se debe adecuar al cumplimiento de los derechos y garantías de las personas establecidas en la Constitución y

las leyes, así como los tratados internacionales que obligan al Estado argentino.

- Las leyes y otras normativas provinciales en muchos casos antecedieron a las leyes nacionales en referencia a algunas problemáticas.
- En otros casos, las leyes y otras normativas provinciales que se han sancionado en forma posterior a normativas nacionales sobre una determinada temática suelen avanzar en cuestiones programáticas y de implementación de políticas, estrategias y acciones acordes con la realidad local, siendo complementarias y profundizando en el efectivo acceso al ejercicio de los derechos de las personas.
- La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha destacado la obligación impostergable del Estado Nacional de garantizar el derecho a la salud “con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepaga”¹.
- Donde pueda haber contradicciones entre dos o más normas, o en casos de ambigüedad, siempre ha de preferirse la interpretación que concuerde más con los derechos de las personas y/o que resulte menos restrictiva de los derechos fundamentales, con arreglo al principio pro homine.
- Finalmente, tanto las normativas vigentes (leyes, decretos, resoluciones, ordenanzas) como las políticas deben adecuarse a los derechos y garantías establecidos en la Constitución Nacional, incluyendo los establecidos a través de la incorporación de los tratados internacionales de derechos

¹ En este sentido, se sugiere la consulta de los siguientes pronunciamientos: “Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas s/ recurso de hecho”; CSJN, 24/10/2000; “Asociación Benghalensis y otros c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Estado Nacional s/ amparo ley 16.986”, CSJN, 01/06/2000.

humanos.

1) Derecho a la Salud en la Constitución Nacional:

La reforma de la Constitución Nacional de 1994 incorporó dos innovaciones con particular relevancia en el campo de la salud. Por un lado, en el capítulo segundo, con la denominación de Nuevos derechos y garantías, se incluyen los artículos 41 y 42 y, al mismo tiempo, se establece que gozan de jerarquía constitucional los instrumentos internacionales de derechos humanos consignados en el artículo 75, inciso 22. Asimismo, se establece un mecanismo para que otros instrumentos internacionales sobre derechos humanos gocen de jerarquía constitucional.

1.1) Artículo 42.- Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios.

La incorporación de la salud como uno más de los derechos de los/as consumidores/as da cuenta del complejo escenario en que se llevó a cabo la reforma constitucional en 1994. Al mismo tiempo, este artículo legitima la voz de los/as consumidores/as y usuarios/as en las decisiones que los/as involucran, lo cual renueva la tensión entre procesos potencialmente democratizadores, aunque al mismo tiempo se refiera a la salud en términos de mercancía.

1.2) Artículo 41.- Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras; y tie-

nen el deber de preservarlo...

Es importante señalar también que en el mismo capítulo sobre nuevos derechos y garantías se incluye expresamente el derecho a un medio ambiente sano, que enmarcamos dentro de los determinantes de la salud de la personas.

1.3) Artículo 75, inciso 22.- Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes [...]. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño...

Los instrumentos internacionales de derechos humanos que tienen jerarquía constitucional reconocen derechos humanos universales, interdependientes e indivisibles, entre los cuales se encuentra el derecho a la salud para todas las personas. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en su Protocolo Adicional a la Convención Protocolo de San Salvador) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales hacen hincapié en el derecho a la salud. Por su parte, el órgano de vigilancia del pacto mencionado ha emitido valiosas observaciones generales², y la Observación General N.º 20 contiene un apartado sobre salud como motivo prohibido de discriminación.

2 Especial mención merece la Observación General N.º 5 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Personas con discapacidad", documento E/1995/22, 11.º período de sesiones, Naciones Unidas, 1994.

La misma “Observación general” consigna a la discapacidad como motivo prohibido de discriminación en el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales. Resulta pertinente destacar que nuestro país ha ratificado también la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y su Protocolo Facultativo (2008), la cual establece el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica de todas las personas en el marco del cambio del paradigma de tutelaje por el del reconocimiento de las personas como sujetos de derechos. Dicha CDPD se funda en el modelo social de la discapacidad y en la lucha de las propias personas con discapacidad para autoafirmarse como ciudadanos/as con igual dignidad y valor que los demás. El modelo social subraya que lo concebido como discapacidad obedece a causas preponderantemente sociales. Asimismo, señala que las discapacidades son producto del encuentro entre personas que experimentan impedimentos o barreras sociales que limitan su capacidad para participar en condiciones de igualdad en la sociedad.

2) Derecho a la salud en leyes y otras normativas nacionales que abordan la regulación de los servicios de salud y la relación entre usuarios/as y los servicios de salud:

En esta área, cabe recordar que la reforma del sistema de servicios de salud que comenzó a fines de la década del ochenta y se profundizó en la década del noventa se llevó a cabo principalmente a través de decretos y resoluciones:

- La política de medicamentos de nuestro país es modificada en su esencia y parcialmente en su comercialización por dos artículos incluidos en el Decreto de Emergencia Económica de 1991, que consideraba a los medicamentos como una mercancía más a ser adquirida en el mercado.

- La política de reforma del sistema público-estatal de salud, iniciada a fines de los ochenta, con la descentralización de la mayoría de los establecimientos públicos de salud en el marco de las políticas de ajuste, es refrendada por dos decretos (578/1993 y

1939/2000) funcionales al desfinanciamiento de estos y a un cambio sustantivo de sus funciones y relaciones con la comunidad y con los/as trabajadores/as.

- La política de desregulación de la seguridad social se establece en una multiplicidad de decretos, que dan cuenta de las negociaciones que simultáneamente se concretaban en las llamadas políticas de flexibilización laboral.

En los últimos años, el debate se ha instalado en el ámbito parlamentario, dando lugar a leyes que avanzan en la regulación de los servicios de salud desde una perspectiva de derechos y no discriminación, herramientas de indubitable valor ante los desafíos existentes para revertir las inequidades del sistema. Entre ellas, podemos mencionar:

- **Ley 26.061 (2005) – Ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.**

Esta ley tiene como principal antecedente la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN), ratificada por nuestro país en 1990 e incorporada en la Reforma Constitucional de 1994, así como otras normas provinciales –la Ley 2302 (1999) de la provincia de Neuquén–, que avanzaron en el reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, consolidando el cambio del paradigma de la tutela por el de los derechos en este campo.

La ley nacional establece, entre otras cuestiones, que los “Las niñas, niños o adolescentes tienen derecho a ser oídos y atendidos cualquiera sea la forma en que se manifiesten, en todos los ámbitos”. Asimismo, precisa que “Los derechos y las garantías de los sujetos de esta ley son de orden público, irrenunciables, interdependientes, indivisibles e intransigibles”. También destaca la importancia de fortalecer el rol de las familias en relación con los derechos de los/as niños/as, y la obligación del Estado de garantizarlos. Entre los derechos mencionados explícitamente, se incluyen el derecho a la vida, derecho a la dignidad e integridad personal, derecho a la vida privada e intimidad familiar, derecho a la identidad, derecho a la salud, derecho a la educación, prohibición de discriminar por estado

de embarazo, maternidad y paternidad, medidas de protección de la maternidad y paternidad, derecho a la libertad, derecho al deporte y al juego recreativo, derecho a opinar y a ser oído/a.

En la implementación de esta ley aparecen conceptos relevantes con implicancias en el campo de la salud, tales como el reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, y el derecho a opinar y a ser oído/a de acuerdo al grado de madurez, lo que se relaciona con el concepto de autonomía progresiva de los niños, niñas y adolescentes en las decisiones que los involucran.

- **Ley 26.657 (2010) – Ley Nacional de Salud Mental.**

Esta ley también se inscribe en el cambio de paradigma de la tutela por el del reconocimiento a todas las personas como sujetos de derecho, incluyendo especialmente a aquellas que atraviesan situaciones de padecimiento mental. Define principios y garantías para todas las personas en relación con la salud mental, a la vez que promueve abordajes basados en la comunidad, interdisciplinarios, intersectoriales, con participación de usuarios/as y familiares en las diversas situaciones relacionadas con el cuidado en salud mental. Cabe señalar que la sanción de esta ley fue el resultado de los aportes, el acompañamiento y la lucha en defensa de los derechos humanos de las personas en situación de padecimiento mental/sufrimiento psíquico por parte de organismos de derechos humanos, referentes académicos nacionales e internacionales, autoridades sanitarias nacionales, provinciales, municipales, asociaciones profesionales, equipos e instituciones de salud; asociaciones de familiares y usuarios/as de atención en salud mental e instituciones nacionales, entre las que mencionamos especialmente a la Secretaría Nacional de Derechos Humanos y al propio INADI, que se sumó más recientemente a esta construcción colectiva.

- **Ley 26.529 (2009) – Derechos del/la Paciente en su relación con los/as Profesionales e Instituciones de la Salud.**

Esta ley establece como derechos esenciales del paciente

en su relación con los profesionales e instituciones de la salud: la asistencia sin discriminación alguna por sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición; el trato digno y respetuoso con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes; el derecho a la intimidad y a la confidencialidad, a la interconsulta médica. En particular, destacamos el derecho de los/as pacientes a ser respetados/as en su derecho a recibir o rechazar determinadas terapias y a recibir o rechazar determinada información vinculada a su salud. Asimismo, avanza en la explicitación de los requisitos y formas del consentimiento informado. También establece que el/la paciente es el/la titular de la historia clínica, siendo las instituciones de salud custodios de ésta, con la obligación de suministrar una copia al solo requerimiento del/la paciente.

- **Ley 26742 (2012) – Protección de la Dignidad de los/as Enfermos/as en Situación Terminal o de Agonía.**

Esta ley amplía la Ley 26.529 anteriormente referida, fortaleciendo el derecho de los/as pacientes que padecen enfermedades irreversibles, incurables o que se encuentren en estado terminal o que hayan padecido lesiones que los sitúen en dichas situaciones a ser respetados en sus decisiones sobre aceptación o rechazo de tratamientos e incluso de medidas de soporte vital en determinado contexto. Asimismo, establece el derecho de todos los/as pacientes a “recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento”. También introduce el derecho de las personas a “disponer directivas anticipadas sobre su salud” y los requisitos para su formalización.

- **Ley 26.743 (2012) –Derecho a la Identidad de Género. Régimen.**

Esta ley establece el derecho a la identidad de género sobre la base de la *despatologización*, la *desjudicialización*, la *descri-*

nalización y la desestigmatización de las identidades de género y sus expresiones. La ley otorga el derecho al reconocimiento de la identidad de género, tal como cada persona la siente. Toda persona mayor de edad podrá solicitar gratuitamente la rectificación registral del nombre, sexo e imagen, sin necesidad de trámite judicial o administrativo, ni requisito médico y/o psicológico alguno, o acreditación de tratamientos o intervenciones quirúrgicas. También se garantiza el acceso integral a la salud, incluyendo las intervenciones quirúrgicas totales o parciales y tratamientos integrales hormonales, para adecuar el cuerpo a la identidad de género autopercebida, sin necesidad de una autorización judicial o administrativa, siendo único requisito el consentimiento informado de la persona que lo solicita. Todas las prestaciones de salud quedan incluidas dentro Programa Médico Obligatorio (PMO). También se establece que los/as efectores/as del sistema público de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obras sociales, deben garantizar en forma permanente los derechos que la ley enuncia. A su vez sostiene que niños, niñas y adolescentes podrán acceder a los derechos reconocidos por la ley, con el consentimiento propio y el aval de sus representantes legales. En caso de negativa o imposibilidad por parte de los representantes legales, se podrá recurrir a la vía sumarísima para que la justicia correspondiente lo resuelva, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a. Se garantiza el derecho del niño, niña y adolescente a tener a su propio representante legal, es decir, el/la abogado/a del niño/a.

- **Ley 26.688 (2011) – “Declárase de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos”.**

Esta ley tiene como objetivo promover la accesibilidad a los medicamentos, vacunas y productos médicos, y propiciar el desarrollo científico y tecnológico a través de laboratorios de producción pública. Entendemos que estos se encuentran entre los objetivos cuya consecución coadyuvará al logro de la igualdad en el acceso a los medicamentos. A los efectos de la realización de los objetivos de la ley, resulta fundamental su reglamentación.

- **Ley 26.567 (2009) – Modificase la Ley N.º 17.565 que regula el ejercicio de la actividad farmacéutica. Derógase los artículos 14 y 15 del Decreto N.º 2284/91.**

Esta ley deroga los artículos del Decreto 14 y 15 del Decreto de Emergencia Económica de 1991, que autorizaba el expendio de medicamentos en otros establecimientos comerciales que no fueran farmacias: supermercados, kioscos, etcétera. A partir de esta ley, a la que se han adherido casi todas las jurisdicciones de nuestro país, los medicamentos solo pueden ser expendidos en farmacias habilitadas.

- **Ley 26.682 (2011) – Marco Regulatorio de la Medicina Pre-paga.**

Esta ley establece por primera vez un marco regulatorio para una actividad en creciente aumento en nuestro país en las últimas décadas, que no contaba con una regulación integral ni particularmente con una autoridad de aplicación responsable de hacerla cumplir. La ley establece la obligatoriedad de brindar todas las prestaciones incluidas en el Programa Médico Obligatorio vigente, sin períodos de espera ni carencias para dichas prestaciones a sus asociados. También establece que ni la edad, ni haber presentado o presentar enfermedades o padecimientos previos, ni cualquier otra situación contemplada como acto discriminatorio por la Ley 23.592 pueden ser motivos de rechazo de admisión de las personas. La reglamentación de dicha ley (Decreto 1993/2011) establece que el Ministerio de Salud a través de la Superintendencia de Servicios de Salud es la Autoridad de Aplicación de esta norma vigente en todo el país.

3) Derecho a la salud en leyes y otras normativas nacionales que abordan problemáticas de salud-enfermedad específicas:

Si bien ya existían leyes para determinados problemas específicos de salud (la enfermedad de Chagas-Mazza, la epilepsia, etcétera), comienzan a proponerse en forma creciente desde los

misimos colectivos involucrados –usuarios/as y familiares– leyes específicas para otros problemas, como VIH-SIDA, obesidad, enfermedad celíaca, entre otras.

Algo común en estas leyes es que, además de abogar por el derecho a la salud, todas incluyen algún artículo específico que asegure la no discriminación por su padecimiento o su situación particular de salud-enfermedad-discapacidad.

Una primera mirada podría hablar de la fragmentación/sec-torización de las luchas. Sin embargo, al mismo tiempo, se percibe una creciente confianza de los actores involucrados en que las leyes puedan ser instrumentos para garantizar sus derechos, incluyendo el derecho a la no discriminación.

- **Ley 23.798 (1990) – Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.**

Esta ley contempla el conjunto de políticas y acciones orientadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento en relación con el VIH-sida. Su artículo 1° declara de interés nacional la lucha contra el sida y destaca el papel de la educación en esta tarea. Debemos destacar aquellos principios básicos que la Ley 23.798 enumera, de cumplimiento para toda la ciudadanía, como por ejemplo el consentimiento informado, la confidencialidad, la veracidad, el principio de no discriminación y el acceso a la atención de la salud de todas las personas que viven con VIH. Desde esta perspectiva, su sanción introduce en el campo normativo de la salud la importancia de interpretar las normas sin “afectar la dignidad de la persona; ni producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación; ni incursionar en el ámbito de privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina”, entre otras cuestiones. Esta ley fue reglamentada, modificada y ampliada por decretos, resoluciones y otras normas. Entre ellas, la Ley 24.455 que estableció la obligatoriedad para las obras sociales de ofrecer tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos a las personas con VIH, y la Ley 24.754 que incorporó la atención por parte de las empresas de medicina prepaga, hoy incluidas en la Ley 26.682. Dentro de ellas, destacamos la Ley 25.543, que establece la obligato-

riedad para los servicios de salud del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana a toda mujer embarazada. Nos parece significativo señalar que la implementación de esta norma ha tenido un importante nivel de aceptación por parte de las mujeres que cursan su embarazo, y que respeta el derecho al consentimiento informado de las personas, ubicando la obligatoriedad en los servicios e instituciones de salud.

- **Ley 26.396 (2008) – Declarase de interés nacional la prevención y control de trastornos alimentarios.**

Esta ley establece la creación de un Programa Nacional para la Prevención y Control de los trastornos alimentarios en el ámbito del Ministerio de Salud Nacional, que debe incluir campañas informativas, promover investigaciones y brindar atención integral a las personas que presentan problemáticas relacionadas con la alimentación.

- **Ley 26.588 (2009) – Declarase de Interés Nacional la atención médica, la investigación clínica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Celíaca.**

Cabe señalar que esta norma establece el derecho a la detección, diagnóstico y atención médica de las personas con enfermedad celíaca, a la vez que promueve la investigación clínica y epidemiológica y la capacitación profesional en dicha problemática. Al mismo tiempo, establece pautas para la identificación, comercialización y acceso a la información sobre alimentos aptos para personas con celiaquía, lo cual requiere un acuerdo entre organismos nacionales como el Instituto Nacional de Alimentos (INAL, ANMAT) con las respectivas autoridades jurisdiccionales.

- **Ley 26.689 (2011) – Promuévase el cuidado integral de la salud de las personas con Enfermedades Poco Frecuentes.**

A los efectos de esta ley, se consideran Enfermedades Poco Frecuentes (EPF) aquellas cuya prevalencia en la población es igual o inferior a una en dos mil (1 en 2000) personas, de

acuerdo con la situación epidemiológica nacional. Esta normativa promueve el cuidado integral de la salud de las personas con EPF y la mejoría en la calidad de vida de ellas y sus familias. En este marco, promueve acciones de investigación socio-sanitaria, capacitación de profesionales, desarrollo de centros y servicios regionales de referencia. Asimismo, propicia la participación de las asociaciones de personas con EPF y sus familiares en la formulación de políticas, estrategias y acciones que los involucren. Para llevar a cabo dichos objetivos, también prevé las articulaciones necesarias entre las áreas de salud, educación, ciencia e investigación a nivel nacional y jurisdiccional.

4) Derecho a la salud en el documento “Hacia un Plan Nacional contra la Discriminación” (PNCD), aprobado mediante Decreto del P.E.N. 1086/2005:

Un capítulo especial requiere la consideración del Decreto 1086/2005 firmado por el entonces presidente Néstor Kirchner, que aprueba el documento titulado “Hacia un Plan Nacional contra la Discriminación”. El PNCD establece un diagnóstico que da cuenta de la complejidad del escenario y de la multiplicidad de los actores involucrados.

A pesar de las dificultades y de las tareas aún pendientes, la situación de salud de la población ha mejorado en estos años, lo cual probablemente sea consecuencia de la implementación de programas nacionales que ha ampliado el acceso a la salud y disminuido la inequidad entre jurisdicciones, como así también de la mejora en las condiciones materiales de vida de las personas, junto con la sanción de normativas y la implementación de políticas y acciones en materia de reconocimiento de derechos, orientadas a la construcción colectiva de una sociedad más justa e igualitaria para todos y todas.

5) Derecho a la Salud: en el camino de la Igualdad:

Incluimos como parte del marco jurídico con implicancias significativas en el campo de la salud, un conjunto de leyes y decretos que constituyen en el discurso y en la práctica efectivos pasos en el camino de una sociedad igualitaria, y que tienen incidencia directa no solamente en las condiciones materiales de vida y de salud de las personas, sino también en la construcción de una subjetividad colectiva, significativamente más inclusiva y menos discriminatoria.

Entre otros: Decreto 1602/2009, Asignación Universal por Hijo para Protección Social; Ley 25.779, Nulidad de las Leyes de Punto Final y Obediencia Debida; Ley N.º 25.871, Ley de Migraciones.; Ley N.º 26.485, Nueva ley nacional de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales; Ley N.º 26.364, Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas; Ley N.º 26.150, Programa Nacional de Educación Sexual Integral.; Ley N.º 26.171, Ratificación de Protocolo Facultativo del Convenio sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW); Ley N.º 26.417, Movilidad de las Prestaciones del Régimen Previsional Público; Ley N.º 26.657, Derecho a la Protección de la Salud Mental; Ley N.º 26.199, por la cual se declara el día 24 de abril de todos los años como Día de Acción por la Tolerancia y el Respeto entre los Pueblos; Ley N.º 26.618 de Matrimonio Igualitario: Los mismos derechos, con los mismos nombres; Ley N.º 26.061. Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes.; Ley N.º 26.206 de Educación Nacional; Ley N.º 26.378, Ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo; Ley N.º 26.162, Reconocimiento de Competencia del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD); Ley N.º 26.571, Democratización de la Representación Política, la Transparencia y la Equidad Electoral; Decreto 459/2010, Ley N.º 26.160 de Emergencia en materia de Posesión y Propiedad de las Tierras (Comunidades Indígenas).

Para más información se puede consultar la publicación del INADI En el camino de la igualdad (INADI, 2011), disponible en el sitio web del Instituto.

Política del INADI

En lo que hace a las líneas de acción prioritarias en el Área de Salud del INADI, el abordaje se ha centrado en las temáticas de salud mental, VIH/Sida, discapacidad y uso problemático de drogas, todas ellas enmarcadas en el acceso a la salud como derecho humano fundamental, desde una perspectiva de igualdad y no discriminación. Actualmente, se está propiciando la inclusión de otras temáticas como derecho a la salud e interculturalidad, diversidad sexual, entre otras.

Objetivos generales

- Promover el acceso a la salud en condiciones de igualdad y no discriminación de todas las personas, en especial de los diferentes grupos en situación de vulnerabilidad.
- Realizar relevamientos, diagnósticos y propuestas, con el fin de propiciar el cambio de representaciones, prácticas y políticas de salud desde una perspectiva de igualdad y no discriminación, a partir del trabajo articulado con organizaciones gubernamentales, organismos de derechos humanos y otras organizaciones de la sociedad civil.

Líneas de acción

El Área de Salud, en el marco del Plan Nacional contra la Discriminación (PNcD) y en consonancia con los instrumentos legales nacionales e internacionales vinculados a la temática, ha desarrollado y continúa trabajando en las siguientes líneas de acción:

- Realizar relevamientos, diagnósticos de situación y propuestas de líneas de acción sobre problemáticas de vulneración del acceso a la salud, con especial énfasis en prácticas discriminatorias, sobre la base de la información que surge de las siguientes fuentes: consultas, denuncias, mediaciones en las que el INADI interviene institucionalmente, espacios en los

que participa, etcétera.

- Contribuir a la elaboración de propuestas de políticas públicas en materia de salud, propiciando la articulación intersectorial e interinstitucional con el fin de incidir en el sector público y privado. Para ello, se establecerá vínculos y/o continuará trabajando con las instituciones del Estado que estén relacionadas con la temática abordada por el área, como ser la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, la Defensoría General de la Nación, el Ministerio de Salud de la Nación, la Asesoría General Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, la Superintendencia de Servicios de Salud, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), entre otros actores estatales. En el campo de la salud mental, el área además coordina acciones con algunas organizaciones de la sociedad civil, tales como el Centro Legales y Sociales (CELS), el Comité Internacional por el Desarrollo de los Pueblos (CISP), la Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM), entre otros.
- Participar en la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y DDHH, espacio de intercambio, debates y propuestas sobre problemáticas de salud mental en nuestro país, desde la perspectiva de los derechos humanos y las políticas contra la discriminación.
- Contribuir a la consolidación de la Comisión de Infancia y la Comisión sobre Políticas de Drogas en el marco de la participación en la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y DDHH.
- Participar en el proceso de reglamentación e implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.
- Colaborar en la elaboración de la Reglamentación de la Ley de Identidad de Género N.º 26.743.

- Participar del seguimiento de las propuestas surgidas de la campaña piloto por el derecho al voto de las personas con padecimiento mental o usuarias de servicios de salud mental (PUSSAM), conjuntamente con los organismos estatales competentes.
- Articular acciones con la Subsecretaría de Salud Comunitaria y otras áreas del Ministerio de Salud de la Nación con el fin de promover políticas públicas que garanticen el acceso al derecho a la salud sin discriminación.
- Participar del seguimiento de las propuestas surgidas de la campaña piloto por el derecho al voto de las personas con padecimiento mental o usuarias de servicios de salud mental (PUSSAM), conjuntamente con los organismos estatales competentes.
- Participar en el Proyecto Piloto de Revisión de insanías e inhabilitaciones en la Colonia Montes de Oca, para el efectivo ejercicio de derechos de las personas con discapacidad. La iniciativa está siendo llevada adelante conjuntamente por la Secretaría de Derechos Humanos, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, la Asesoría General Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Colonia Montes de Oca y el INADI, con el apoyo Dirección General de Tutores y Curadores Públicos Ministerio Público de la Defensa de la Nación.
- Impulsar la campaña de documentación de las personas usuarias de los servicios de salud mental (PUSSAM) que se encuentran en centros de internación (identificación de personas que se encuentran en condición de NN, tramitación de partidas de nacimiento y DNI), de manera articulada con agencias estatales responsables de la implementación de dicha medida.
- Brindar apoyo técnico en el proceso de elaboración de una cartilla ilustrativa sobre los derechos de las personas con

discapacidad psicosocial y material audiovisual propuesta por el Proyecto Dignidad –promoción e implementación de actividades para el ejercicio de la ciudadanía de personas en situación de discapacidad psicosocial en cuatro áreas estratégicas de Argentina– e impulsada en forma conjunta por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el Comité para el Desarrollo de los Pueblos (CISP).

- Propiciar la inclusión laboral en condiciones de igualdad de las PUSSAM o personas con discapacidad psicosocial. Para ello, se brindará apoyo técnico al antes mencionado Proyecto Dignidad en: 1) el acompañamiento en la elaboración de un anteproyecto de ley sobre empresas socio-productivas y 2) la difusión de la ruta de inserción laboral elaborada por dicho proyecto.
- Elaborar, articuladamente con el Área de Discapacidad del INADI, un documento de “Recomendaciones sobre sistemas de apoyo para personas con discapacidad” en concordancia con el paradigma propuesto por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), destinado a la Secretaría de Turismo de la Nación.
- Articulación intrainstitucional con programas, áreas y delegaciones del Instituto para impulsar acciones vinculadas con el acceso a la salud en condiciones de igualdad y no discriminación en favor de las personas privadas de su libertad, los/as liberados/as, las personas refugiadas, las personas migrantes, las diversas culturas, etnias y religiones, las personas LGTTBIQ (lesbianas, gays, travestis, transsexuales, bisexuales, intersexuales y queers), los/as adultos/as mayores y las personas con discapacidad.
- Colaborar en el proceso de elaboración de recomendaciones sobre políticas de educación inclusiva que garanticen la integración plena de las personas que son frecuentemente objeto de discriminación por motivos de salud y/o discapacidad.

- Organizar en los ámbitos intra-/interinstitucional e intersectorial de talleres, jornadas y encuentros para la promoción del acceso a la salud en condiciones de igualdad y no discriminación, dirigidos a autoridades, funcionarios/as, personal de salud, usuarios/as, familiares y la sociedad en general.
- Participación en la Comisión Permanente Iniciativa NIÑ@ SUR en el marco de las Reuniones de Altas Autoridades sobre Derechos Humanos y Cancillerías del MERCOSUR; fortaleciendo la perspectiva de no discriminación como uno de los principios claves en la protección integral de derechos de niños, niñas y adolescentes.
- Participar del Comité de Bioética coordinado por la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación.

Desde el Programa VIH/SIDA, se fomentará la inclusión y el ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, considerando la perspectiva de género, la orientación sexual e identidad de género con énfasis en los diferentes grupos en situación de vulnerabilidad (personas en situación de prostitución o trabajadoras/es sexuales, usuarias de drogas y privadas de la libertad, entre otras). Para ello, se desarrollarán acciones, se promoverán políticas públicas y recomendaciones, en articulación con los Ministerios y otros organismos del Estado y la sociedad civil orientadas a promover:

- la difusión de legislaciones, normativas y recomendaciones nacionales e internacionales sobre los derechos de las personas que viven con VIH/Sida y su ejercicio sin discriminación.
- la sensibilización y concientización de la sociedad en su conjunto acerca de esta problemáticas y el reconocimiento de los derechos involucrados.
- el acceso integral a la salud como un derecho fundamental, incluyendo todos los tratamientos, estudios y medicamentos,

en el sector público, privado y de obras sociales del sistema de servicios de salud.

- el acceso al derecho a un trabajo digno, a la educación, a la concientización sobre la importancia del derecho a la intimidad y el deber de confidencialidad en todos los ámbitos, al derecho a formar y vivir en familia, a construir un proyecto propio de vida, incluyendo vivir una sexualidad libre y responsable, en el marco del derecho a la salud sexual y reproductiva, a la inclusión en la sociedad sin violencia ni discriminación, entre otros derechos.

En materia legislativa:

- Colaborar en la adecuación de la normativa vigente a los principios, derechos y garantías establecidos en la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).
- Acompañar el proceso de reforma integral de Ley de Estupefacientes.
- Promover la modificación de la normativa de donación de sangre, en términos de no discriminación, tal como lo fundamenta el DICTAMEN N.º 137/08 del INADI.
- Colaborar en el tratamiento del Proyecto de Ley de Reproducción Asistida, promoviendo que se respete el principio de no discriminación y acceso igualitario de todas y todos a estas técnicas.
- Impulsar la sanción y/o modificación de otras normativas desde una perspectiva de derecho a la salud y no discriminación.

Recomendaciones en el uso de la terminología y denominaciones no discriminatorias

Como se mencionó anteriormente, este documento busca contribuir al debate sobre los procesos de salud-enfermedad-atención con el fin de promover representaciones, prácticas y políticas que propicien la igualdad y no discriminación. En ese sentido, el lenguaje es una de las maneras en las que la discriminación se instituye. Por ello, retomamos las recomendaciones sobre ciertas terminologías y conceptos no discriminatorios incluidos en los capítulos de “Salud mental” y “VIH-sida” de Buenas prácticas en la comunicación pública (INADI, 2011), entre otras fuentes.

- Utilizar el término paciente sólo cuando se hace referencia a la persona en el momento de recibir atención sanitaria. Existe consenso en la necesidad de no reducir a la persona a su condición de paciente o de usuario/a (de allí también que se la mencione como persona usuaria).
- Se sugiere emplear el término prácticas de riesgo (prácticas sexuales no seguras, agujas compartidas) y no grupo de riesgo. La expresión grupo de riesgo instala la idea de pertenencia a un grupo determinado con una cualidad que de por sí lo hace vulnerable, cuando en realidad el estar en riesgo se vincula con el ejercicio de determinadas acciones o prácticas que se pueden evitar.
- En cuanto a las personas con padecimiento mental, tal como establece la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los prejuicios y estereotipos constituyen y estimulan la discapacidad psicosocial. Es necesario trabajar para desmontarlos y erradicar los términos naturalizados que reproducen la discriminación. En este caso se trata de instalar las denominaciones acordes con el nuevo modelo para colaborar a que la sociedad incorpore una nueva mirada.

¿Cómo referirse a quienes son usuarios/as de servicios de salud mental?

Si consideramos los estándares internacionales en materia de derechos humanos y la actual discusión de este grupo en torno a cómo autodenominarse, las más aceptadas son las siguientes denominaciones:

- personas usuarias de los servicios de salud mental;
- personas con discapacidad psicosocial;
- personas con padecimiento mental (denominación que utiliza la ley);
- personas con uso problemático de drogas.

El padecimiento mental o psíquico es transitorio: si se cuenta con el apoyo necesario y se favorecen las condiciones adecuadas, es un padecimiento que comienza y termina.

También es parcial, no afecta todo lo que una persona es o puede hacer. Por tal motivo se recomienda:

Cuando se hace referencia a personas que han sido o son usuarias de los servicios de salud mental, particularmente que han estado en centros de internación, se recomienda no aludir innecesariamente a esta circunstancia, ya que favorece la estigmatización.

A su vez es de gran importancia no asociar el padecimiento mental con:

- incapacidad: no identificar el padecimiento mental con una deficiencia que impida asumir la toma de decisiones;
- peligrosidad: no asociar esta circunstancia puntual de una persona con un potencial riesgo o peligro para la sociedad;
- anormalidad: suele referirse explícita o implícitamente a una necesidad de “normalizar” a estas personas; el criterio de normalidad naturalizado sustenta siempre la restricción de derechos.

Por igual motivo se recomienda utilizar: persona usuaria de

sustancias o persona usuaria de drogas o persona usuaria de drogas inyectables; en ningún caso: drogadicta/o o adicta/o. El uso de sustancias, ya sea por vía intravenosa o no, es solo una parte de la vida de las personas en cuestión. Estos términos traducen una imagen estereotipada que es inexacta.

- Evitar el uso de expresiones peyorativas vinculadas con ciertos padecimientos o enfermedades: tener en cuenta que cuando se las utiliza en referencia a una persona usuaria de servicios de salud mental o con otro tipo de padecimientos se banaliza la problemática y se niega el sufrimiento que implica. En estos casos, es importante no perder de vista que se trata de una terminología que refuerza la estigmatización (ejemplos: está chapita, le faltan jugadores, está medicado/a, no tomó la pastilla).
- No usar expresiones –en forma peyorativa por supuesta analogía– que aluden a problemas de salud o salud mental para nombrar situaciones de la vida cotidiana, como por ejemplo los términos autista, bipolar, histérica/o, etc.
- No aludir a las personas reduciéndolas a un diagnóstico: el psicótico, la esquizofrénica, la autista, el diabético, etc., denominaciones que etiquetan, estigmatizan y niegan la condición de sujeto en igualdad de derechos. Se recomienda aludir, por ejemplo, a persona con autismo o que tiene autismo o persona con obesidad, persona con VIH, etc.
- En ese sentido, con relación al VIH, se sugiere utilizar: persona con VIH, persona que vive con el VIH o personas que viven con sida, según corresponda, sin referirse a víctima del sida, seropositiva/o, sidótica/o, sidoso/a, infectada/o. La palabra víctima lleva implícita una idea de sometimiento/pasividad e incapacidad, y por tanto refuerza una visión discriminatoria. Es necesario contribuir a que las personas con VIH o sida sean consideradas sujetos de derecho con total capacidad de llevar adelante su propia vida. Las personas que viven con VIH o sida hoy pueden mejorar su estado de

salud gracias a los nuevos tratamientos y, en este sentido, poseen un rol activo frente a su posible estado de salud, que las aleja de la idea de víctimas.

- Ténganse en cuenta que el acrónimo sida engloba una gama de condiciones que se dan cuando el sistema inmunológico del organismo se ve gravemente dañado debido a la infección por el VIH. La condición de persona viviendo con VIH no implica forzosamente que se tenga sida, ni que la enfermedad se vaya a desarrollar. Tampoco se debe utilizar virus del sida porque no existe como tal. Existe el VIH, es decir, el virus de inmunodeficiencia humana, que puede causar sida.
- No utilizar víctimas inocentes para diferenciar a los/as niñas/os que viven con VIH o sida, o a las personas que han contraído la infección por transmisión hospitalaria del VIH (transmisión ligada a actos médicos) de otro tipo de personas afectadas.
- Recomendamos evitar la patologización de la identidad de género y sus expresiones, como por ejemplo referirse a la disforia de género como una patología, en consonancia con los Principios de Yogyakarta. Con independencia de cualquier clasificación que afirme lo contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no son en sí mismas condiciones médicas y por ello no deberán ser tratadas, curadas o suprimidas.³

¿Qué hacer ante una situación de discriminación?

Como lo planteamos en la caracterización del derecho a la salud y no discriminación, en caso de ser objeto de las siguientes situaciones:

- discriminación en el acceso al cuidado integral de la salud

³ Para mayor información, consultar <www.yogyakartaprinciples.org>.

- prevención, promoción y asistencia–⁴ como en otros campos de la vida social⁵ vinculados con la “enfermedad” de que se trata, como es el caso de personas con trastornos de la alimentación, de obesidad, VIH-sida, padecimiento mental, personas con discapacidad, etc.;
- discriminación en el acceso a la salud por razones étnicas, culturales, religiosas, geográficas, situación socio-económica, identidad de género, orientación sexual, género, edad, etc.

Y si la situación de discriminación persiste, a pesar de su denuncia informal y su solicitud (en caso de ser posible) de la suspensión de la práctica a la persona/institución/organización que la realice, le sugerimos:

1. Comunicarse telefónicamente en forma gratuita a la línea 0800-999-2345 para solicitar información y asesoramiento. Para ello, se debe ingresar a <<http://inadi.gob.ar/asistencia/>>, completar el formulario de consulta y enviarlo presionando la tecla Enviar Consulta.

Por cualquiera de estas vías podrá consultar sobre posibles situaciones de discriminación y recibir orientación las 24 horas del día, todos los días del año.

2. En caso de hacer la denuncia, se la debe presentar por escrito, con la firma de la persona interesada, en Av. de Mayo 1401, si vive en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de lunes a viernes de 9 a 20 horas, o en la delegación de la provincia que corresponda, según su procedencia. Para averiguar la dirección, teléfono y horario de atención de la sede requerida ingrese a <<http://inadi.gob.ar>>

4 Sistema de salud, diferenciando por subsectores: público, obras sociales y las prepagas.

5 Educación, acceso a la justicia, trabajo, deporte, turismo, arte y cultura, etc.

gob.ar/asistencia/>.

Se recomienda solicitar asesoramiento previo en forma personal en la sede del INADI cercana a su domicilio antes de iniciar el proceso de denuncia.

Bibliografía y documentos consultados

AGUIRRE, P. (2004). Flacos ricos y gordos pobres. Buenos Aires: Capital Intelectual.

BANCO MUNDIAL (1993) Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud. Washington, DC.

BARNES, C. (2009). Un chiste malo: ¿rehabilitar a las personas con discapacidad en una sociedad que discapacita?. En Visiones y revisiones de la discapacidad. México: Fondo Cultura Económica.

BELMARTINO, S. y BLOCH, C. (1995). Evolución histórica del sector salud en Argentina. Cuadernos Médico Sociales, 70, Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, pp. 5-19,

CONRAD, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En INGLEBY, D. (comp.) Psiquiatría crítica: La política de la salud mental, Barcelona: Crítica, pp. 129-154.

ESCUDERO, J. C. (2006). Cifras del retroceso: El deterioro relativo de la Tasa de Mortalidad Infantil de Argentina en la segunda mitad del siglo XX. Salud Colectiva, 2(3), pp. 249-257.

FORUMADD y Forum sobre la Medicalizacao da Educaçao e da Sociedade (2011, 4 de junio). Carta de la UNASUR. Consultado el 23 de abril de 2012 <http://www.forumadd.com.ar/documentos/declaraciones/Carta_de_la_UNASUR.pdf>.

FOUCAULT, M. (1996). Historia de la medicalización. En La vida de los hombres infames. Buenos Aires: Altamira, pp. 54-58.

GOFFMAN, E. (1973). Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.

- (2003). Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.

INADI (2005, septiembre). Hacia un Plan Nacional contra la Discriminación [en línea]. Boletín Oficial de la República Argentina, año CXIII, N.º 30.747. Consultado el 29 de marzo de 2012 en <<http://inadi.gob.ar/institucional/plan-nacional/>>.

- (2011). En el camino de la igualdad. INADI: Buenos Aires.

- (2011). Salud mental [en línea]. En Buenas prácticas en la comunicación pública (pp. 16-24). Buenos Aires: INADI. Consultado el 20 de abril de 2012 en <http://inadi.gob.ar/wp-content/uploads/2011/09/INFORME_SALUD_MENTAL.pdf>.

- (2011). VIH-sida y discriminación [en línea] En Buenas prácticas en la comunicación pública (pp.88-94). Consultado el 20 de abril de 2012 en <http://inadi.gob.ar/wp-content/uploads/2011/12/INFORME_VIH-SIDA.pdf>.

IRIART, C. (2005). The transnationalization of the health care system in Argentina. In Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses. 51-65, Edited by Macintosh M, Koivusolo M. Hampshire: Palgrave Macmillan.

- (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(5), 1619-1626.

IRIART, C., FRANCO, T. y MERHY, E. E. (2011, 24 de febrero). The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. *Globalization and Health* [en línea], 7(1). Consultado el 20 de abril de 2012 en <<http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/2>>. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>),

LAURELL, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, pp.3-18.

- (1997). La reforma contra la salud y la seguridad social. Una mirada crítica y una propuesta alternativa. México D. F.: Ediciones Era.

LÓPEZ CASARIEGO, V. (2011). Infancia y derecho a la sa-

lud. En Voces en el Fénix [en línea]. Consultado el 23 de abril de 2012 en <www.vocesenelfenix.com>.

MENÉNDEZ, E. (1990). Morir de alcohol, saber y hegemonía médica. México D. F.: Alianza Editorial Mexicana.

- (2002). La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Barcelona: Bellaterra.

NACIONES UNIDAS (1994). Observación General N° 5 – del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Las personas con discapacidad, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

- (2009) Observación General N° 20 —del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS, SEDRONAR e INSTITUTO DE INVESTIGACIONES GINO GERMANI UBA (2008). La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos [en línea]. Buenos Aires: UBA. Consultado el 23 de abril de 2012 en <http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/info%20final%20Dic%202008_medicalizacion%20en%20la%20infancia.pdf>.

OMS (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud. Alma-Ata, Kazajistán. Consultado el 23 de abril de 2012 en <http://new.paho.org/hq/dm-documents/2010/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf>.

ROJAS SORIANO, R. (1984). Capitalismo y Enfermedad. México D. F.: Plaza y Valdés.

ROVERE, M. (2004). La salud en la Argentina. Alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto. La Esquina del Sur [en línea], 1(7). Consultado el 23 de abril de 2012 en <<http://www.laesquinadelsur.com.ar/site/nota.asp?Ed=7&IdSeccion=79&IdNota=141>>.

SPINELLI, H. (2004). Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

SPINELLI, H. (ed.) et ál. (1989). Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: UNLA.

TEJADA DE RIVERO, D. A. (2003). Alma-Ata: 25 años después. Perspectivas de Salud. Revista de la Organización Panamericana de la Salud. 8 (2), 2-7.

TESTA, M. (1989). Pensamiento estratégico y lógica de programación. El caso de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- (1997). Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- (2007, septiembre-diciembre). Decidir en salud. ¿Quién?, ¿cómo? y ¿por qué?. Salud Colectiva [en línea], 3 (3). Consultado el 23 de abril de 2012 en <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652007000300003&script=sci_arttext>.

TOGNONI, G. (1999). Neoliberalismo, ¿genocidio por planificación de desigualdad?. Boletín Área de Salud del IDEP/CTA-Área Salud de la Central de Trabajadores Argentinos.

WAITZKIN, H. (2000). The second sickness. Contradictions con capitalist health care. Nueva York: Roman and Littlefield Publisher.

Derecho a la Salud sin Discriminación



@inadi



inadiok



inadiok



Seguinosen INADI:



www.inadi.gob.ar

0800-999-2345

Avenida de Mayo 1401 - C1085ABE

Ciudad Autónoma de Buenos Aires



inadi

Instituto Nacional
contra la Discriminación,
la Xenofobia y el Racismo



Ministerio de Justicia
y Derechos Humanos

**Presidencia
de la Nación**