

***INSTITUCIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS-Defensor del Pueblo de la Nación Argentina.***

***Informe Resolución 35/23, del Consejo de Derechos Humanos. Derecho a la Salud.***

Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos el 23 de junio de 2017.

- **35/23 El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.**

**\*Argentina<sup>1</sup>:** La Constitución Nacional Argentina, adopta la forma de gobierno representativa, republicana y federal; el Estado está conformado por 23 provincias y la ciudad autónoma de Buenos Aires. Entre 1990 y el 2015, la población creció alrededor de 32,7% alcanzando cerca de 42,7 millones de habitantes en el 2014. La estructura de su población ha envejecido y adquirido una tendencia estacionaria. La esperanza de vida al nacer en el 2015 era de 76,6 años (80,4 en mujeres y 72,8 en hombres). El 91% de la población vive en zonas urbanas y 2,4% de la población es indígena, con 31 pueblos indígenas distribuidos en el país.

**\*Determinantes sociales de Salud:** En el 2014, el promedio de años de escolaridad alcanzó los 9,8 años y en el 2015, la tasa de alfabetización en el grupo de 15 a 24 años de edad era 99,3% (99,5 mujeres y 99,1 hombres).

La cobertura de instalaciones de agua potable de la red pública es de 87,0%, mientras que acceso a cloacas es de 58,4%. El 75,7% de la población es no migrante proporción que se mantuvo similar en los últimos tres censos. Los inmigrantes provienen principalmente de países limítrofes, del Perú eran cerca de 3,5% y el 0,9% de otros países.

El rango de mortalidad materna osciló entre 8,1 (Salta) y 1,9 (CABA, Santa Fe y La Pampa), lo que revela profundas desigualdades entre las distintas provincias, aunque las causas de muerte no varían.

La enfermedad de Chagas es considerada un problema altamente relacionado con la pobreza y una prioridad por resolver.

En los últimos años se ha incrementado gradualmente el financiamiento privado en la actividad científica, aunque el sector público continúa siendo aún el financiador más importante.

---

<sup>1</sup> Conf. OPS, Informe país. Adaptado por el DPN de Argentina.

Por su situación geográfica y estructura productiva, *Argentina* es uno de los países más afectados por el calentamiento global. En los últimos 50 años el aumento promedio de las temperaturas en el país alcanzó medio grado, con el caso particular de la Patagonia, donde superó un grado.

**\*Situación de Salud:** En el 2015, la *mortalidad materna* fue de 3,9 por cada 10 000 nacidos vivos. Las principales causas de muerte fueron la hemorragia, la hipertensión, las infecciones y el aborto. El nivel de *mortalidad materna* registraba amplias desigualdades entre las provincias. Las causas obstétricas directas fueron responsables de más del 50% de las muertes maternas en el período de 2010-2014. La tasa de *mortalidad infantil* muestra una tendencia decreciente en el período 2010-2014, de 12,0 a 10,6 por 1 000 nacidos vivos, respectivamente.

En el año 2014 se registraron 325 539 defunciones con una tasa de mortalidad general de 7,6 defunciones por cada 1 000 habitantes. A nivel geográfico varía entre la ciudad de Buenos Aires y Tierra del Fuego, que registran 10,7 y 3,7 defunciones por 1 000 habitantes, respectivamente.

En el 2014, las *enfermedades del sistema circulatorio* causaron 28% de muertes y las *neoplasias* 20%, de modo que entre ambas abarcan casi la mitad de todas las muertes.

Entre el 2010 y el 2014, la mortalidad por *enfermedades cardiovasculares* descendió en 13%, y las *neoplasias* 2,5%, mientras que la mortalidad por *enfermedades infecciosas* y por *causas externas* aumentaron en 5,5% y 3,4%, respectivamente.

En el 2013, la tasa de incidencia del *VIH* fue de 13,5 casos por 100 000 habitantes y la mortalidad por *VIH/sida*, de 3,4 por cada 100 000 habitantes. En el 2015, la tasa estimada de infección por *tuberculosis* fue de 22,6 casos por 100 000 habitantes y la tasa de mortalidad, fue de 1,6 por cada 100 000 habitantes en el 2014.

El *dengue* se caracteriza por la aparición de brotes esporádicos importantes como los ocurridos en el 2009 y el 2013. En el 2016, se registraron los primeros casos autóctonos de *Chikunguña*, limitados a las provincias de Salta y Jujuy. También se registró la transmisión autóctona vectorial del virus de *Zika*, y por transmisión sexual. El enfrentamiento de la *enfermedad de Chagas* se ha catalogado como una prioridad, procurando la interrupción vectorial y la transmisión congénita. En el año 2014, la seroprevalencia de la infección por *Trypanosoma cruzi* fue de 2,5% en las embarazadas y 5,7% en las niñas y los niños por transmisión congénita.

El *Paludismo* se considera una problemática controlada, por la ausencia de casos autóctonos desde el 2010. La *Leishmaniasis* visceral es un fenómeno nuevo en la región noreste del país, con 11 casos registrados en el período 2010-2015.

En el 2013, la prevalencia de *Diabetes Mellitus* en la población de 18 años y más fue 9,8%, y alcanza 20,3% en el grupo de 65 años y más.

La *Poliomielitis*, el *Sarampión*, *Rubéola* y *Síndrome de Rubéola Congénita* se consideran eliminados en el país.

La incorporación de la vacuna al Calendario Nacional de Vacunación desde 1997 ha modificado la situación epidemiológica de *Haemophilus influenzae tipo b*, manteniéndose una tasa nacional sostenida menor de 0,1 caso por cada 100 000 habitantes.

En el 2015 se registraron 975 casos confirmados de *Coqueluche*, 77,7% de ellos en niños menores de 1 año.

Desde el 2015 se ha establecido la obligatoriedad y la universalidad de la vacunación contra la *Varicela* para todos los niños de 15 meses de edad, con el esquema de una única dosis; además se incorporó la vacuna contra el *Rotavirus*.

*El último caso de Rabia se registró en el 2008.* La incidencia por *Equinococosis* en el período 2010-2014 fue de un promedio anual de 1,5 casos por cada 100 000 habitantes.

**\*Sistema de Salud:** El sistema de salud es un sistema fragmentado y segmentado, la organización federal está dada por imperio de la norma constitucional (artículo 121CN), mediante el que se estableció que las provincias conservan el poder no delegado por la Carta Magna al gobierno federal, es el caso de la *salud* y la *educación*. Está compuesto por tres sub sectores: *público*, de la *seguridad social* y *privado*. En cada provincia se administran con autonomía las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de los servicios de salud

El *sector público* está conformado por la red de hospitales y centros de salud públicos. Todos ellos prestan atención gratuita, fundamentalmente a quienes carecen de recursos y toda otra forma de cobertura, correspondiendo por lo general a las personas de menores ingresos y sin capacidad de pago. Su financiamiento se acerca a 2,2 % del producto interno bruto (PIB).

El sector de la *seguridad social* está integrado por los trabajadores bajo relación de dependencia y es obligatorio, está organizado en torno a las Obras Sociales (OS) que se encuentran inscriptas y reconocidas por la autoridad de aplicación de las leyes respectivas, la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud), con un gasto de 1,59 % del PIB. Las OS provinciales son 24, contando la de la ciudad autónoma de Buenos Aires, con un gasto de 0,74% del PIB.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados cubre a las personas jubiladas y pensionadas del sistema nacional de previsión y a sus familias. Su cobertura ha alcanzado alrededor del 20% de la población, con un gasto que llega a 0,75% del PIB.

El *sector privado* está conformado principalmente por las empresas de medicina prepaga (EMP) por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, además de los beneficiarios de las OS cuando sostiene convenios a tales efectos y de los seguros privados.

El país dispone de 3,6 médicos y 3,2 camas hospitalarias por 1 000 habitantes. En la ciudad autónoma de Buenos Aires se cuenta con 10,2 médicos y 7,3 camas por

1000 habitantes. En el otro extremo se encuentra la provincia de Misiones, con solo 1,2 y 1,1, respectivamente

La Superintendencia de Servicios de Salud regula las OS nacionales, como también a las Empresas de Medicina Prepaga, en orden a la legislación vigente. La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica es la autoridad regulatoria en la materia.

La Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, tiene la responsabilidad de coordinar y normativizar la recolección de información estadística específica de los programas de salud, y participa desde 1996 en la iniciativa de la OPS y la OMS sobre indicadores básicos de la salud, lo que posibilita la inclusión de Argentina en una base de datos común a la Región de las Américas.

**\*OPS Argentina. Análisis de las cuestiones destacadas:**

El actual Gobierno ha centrado sus objetivos en el avance hacia la cobertura universal, en términos de acceso efectivo a servicios de calidad sin distinción de la condición laboral ni de ninguna otra. *Esta afirmación es parcial, dado que se ha previsto que dicha cobertura comprenda a aquella porción de la población que carece de recursos y de cobertura sanitaria.*<sup>2</sup>

El Programa Médico Obligatorio es una estrategia de organización de los servicios sanitarios que ha sido de gran utilidad, a pesar del impacto de las crisis económicas que ha vivido el país, y la necesidad de actualizarlo. *Evidentemente, en tanto continúe vigente esta estrategia, para su efectividad y rigurosidad científica requiere de actualización continua*<sup>3</sup>.

Entre los programas incluidos se encuentra el Plan materno-infantil, el Plan de Atención del Recién Nacido, los programas de prevención de algunos tipos de cáncer, programas odontológicos y el Programa de Salud Sexual, entre otros. *Respecto de la capacidad de sostener la provisión que conllevan estos Programas para todas las jurisdicciones hay que señalar que se produjeron faltantes, oportunamente, tanto en el de VIH como anteriormente el de Drogas Oncológicas, habiéndose solicitado que se dispusieran los mecanismos aptos para que no se produjeran faltantes que implican la interrupción de los tratamientos.*<sup>4</sup>

En el Programa Médico Obligatorio se incluyen las consultas médicas, actividades de diagnóstico, rehabilitación, hemodiálisis, cuidados paliativos, prótesis y ortesis, hospitalizaciones, atención de la salud mental, traslados, medicamentos (con

---

<sup>2</sup> Consideración del Defensor del Pueblo de la Nación/INDH.

<sup>3</sup> Consideración del Defensor del Pueblo de la Nación/INDH.

<sup>4</sup> Consideración del Defensor del Pueblo de la Nación/INDH.

importantes coberturas)<sup>5</sup> y prestaciones de alto costo, entre otras. *Casi todas esas prestaciones se encuentran contempladas desde la implementación del PMO, las incorporaciones posteriores han sido, en gran parte, dispuestas por ley, es decir que se discutieron en el Congreso Nacional, en ocasiones, sin tener los elementos de juicio necesarios para determinar que se trataba de necesidades vinculadas con la salud pública ni las fuentes de financiamiento.*<sup>6</sup>

Estos servicios han sido incorporados en forma obligatoria por los prestadores de salud privados con un efecto sobre el sistema que tiende a garantizar niveles básicos de acceso a servicios y prestaciones. *En cuanto a la mejora de los Planes por parte de las Empresas de Medicina Prepaga, es de hacer notar que las prestaciones que exceden el PMO son otorgadas a través de Planes superadores que implican un costo mayor para aquellos afiliados que los contratan.*<sup>7</sup>

**\*Participación del Ministro de Salud Nacional en la 142<sup>o</sup> Reunión del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Conferencia de Alto Nivel sobre Políticas para el Envejecimiento Igualitario organizado por el OCDE<sup>8</sup>:** En la reunión de la OMS, trató la cobertura universal de salud (CUS), prevención y control de enfermedades crónicas, atención primaria y evaluación de tecnologías, en función de la priorización que daría Argentina a dichos temas en función de la preocupación global que generan esas cuestiones.

En cuanto a la reunión vinculada con la incorporación de Argentina al OCDE, detalló que la mortalidad infantil tiene un promedio nacional de 9.7 por 1000 nacidos vivos, con una diferencia de 2 veces entre las denominadas provincias pobres y ricas. En el caso de la mortalidad materna la tasa a nivel nacional es del 3.4 por 10.000 y esta diferencia asciende a 8 veces entre unas y otras provincias.

Respecto de la mortalidad por cáncer la variación regional, en el caso de cáncer de cuello uterino, asociada a la pobreza, alcanza hasta 8 veces entre regiones, situación similar ocurre con el caso de la mortalidad por cáncer colorrectal, donde la oscilación es de 3 veces ello se explica por las asimetrías en el tamizaje, el tiempo para obtener un diagnóstico y el acceso al tratamiento.

Señaló el responsable que la respuesta a tales desigualdades estaría dada por la iniciativa que como estrategia de salud avanzaría hacia la CUS y el desarrollo de sistemas de información para integrar los distintos subsectores del sistema sanitario,

---

<sup>5</sup> Oscilan entre el 40% y el 70%, para el caso de enfermedades crónicas consideradas como tales por el PMO.

<sup>6</sup> Consideración del Defensor del Pueblo de la Nación/INDH.

<sup>7</sup> Consideración del Defensor del Pueblo de la Nación/INDH.

<sup>8</sup> <https://www.argentina.gob.ar/niticias/ministro-rubinstein-participo...>

para lograr la disminución de la fragmentación y establecer prioridades en salud pública. Ello tiende a contribuir al objetivo de reducción de la pobreza.

En cuanto a las prioridades de Argentina en la materia, mencionó el fortalecimiento y sostenibilidad de los sistemas de salud, el avance hacia la CUS, la lucha contra las asimetrías (financieras), como también los aspectos que hacen a la atención primaria y calidad de las prestaciones. También mencionó la resistencia antimicrobiana y al prevención y control de la obesidad infantil.

**\*CONSIDERACIONES GENERALES. INDH-Defensor del Pueblo de la Nación<sup>9</sup>:**

En el 2014, el gasto en servicios de salud representaba **8,5% del PIB**. Si bien toda la población tiene acceso a los servicios del sector público, considerando la inversión en salud, aún resultan insuficientes los resultados alcanzados, es decir que persisten las inequidades entre las distintas provincias y regiones. Cabe destacar que el acceso a los servicios públicos se verifica o bien, porque el paciente carece de obra social y recursos o bien porque teniendo obra social el efector público factura la prestación a la entidad a la que pertenece el solicitante.

Entre las cuestiones que influyen en el funcionamiento y rendimiento del sistema de salud se verifica la *prolongación de la vida*, ello debido a cambios demográficos que tal como se ha señalado ha elevado la cantidad de años de vida para ambos sexos. Otra cuestión es la vinculada con los *factores demográficos y migratorios*, motivos que también influyen particularmente en el incremento del uso del sistema de salud, aún sin previsión del financiamiento suficiente, que no permite mejorar y desarrollar la oferta razonable de servicios.

La inclusión de *nuevas tecnologías* a las que la población desea acceder, opera sin que en algunos casos se hubiese demostrado la necesidad de incluirlos como los beneficios que pueden aportar al mejoramiento de la salud.

Otro tema, se presenta por la realización de un *uso inadecuado de los servicios*, es decir cuando se recurre por voluntad propia sin haber seguido los pasos que permitirían un buen uso de los recursos como su apropiada administración, es, por ejemplo, cuando se recurre a solicitar atención médica a las guardias para tratar dolencias que pueden ser atendidas en consultorios externos.

La *fragmentación* que se advierte, problema de envergadura en nuestro país, corresponde al nivel y calidad de cobertura, dado que el acceso de la población a los

---

<sup>9</sup> Defensor del Pueblo de la Nación/INDH, a través del Área competente ha intervenido en el seguimiento y evaluación de las cuestiones tratadas a través de este apartado.

servicios de salud es diferente, particularmente por la ubicación geográfica y las condiciones de los servicios sanitarios.

También se verifica *fragmentación* en la gestión regulatoria, puesto que la capacidad de rectoría y regulación está repartida en las 24 jurisdicciones y los diversos subsectores existentes en cada una de ellas.

La *fragmentación* de carácter territorial es el fruto de las marcadas desigualdades de desarrollo económico entre las diversas regiones, cuestión que se avizora a poco de realizar la pertinente comparación.

Las consecuencias se manifiestan a través de la limitación en el acceso a los servicios y a la falta de equidad requerida para satisfacer las necesidades de la población, de modo consecuente y sostenible.

La *fragmentación* tiene una fuerte relación con la poca autonomía de algunas provincias, tanto por factores culturales, como socioeconómicos y también territoriales.

Qué sucede? durante años la cuestión 'salud' no fue considerado como un tema estratégico y por lo tanto su tratamiento no ha sido materia de inclusión en la agenda política como cuestión central para el bienestar de la comunidad en orden a la salud pública.

Se tiende, ahora, a establecer una cobertura universal de salud (CUS), dirigida a las personas sin recursos necesarios para cubrir sus necesidades en materia de salud, ello de acuerdo con lo sugerido por las autoridades que ejercen rectoría internacional, lo cual implica establecer y acordar prioridades para procurar el alcance de la cobertura universal en salud; en este marco se planteó la creación de una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias y un sistema de acreditación de la calidad, agencia que fue prevista como parte del proyecto de reforma laboral, sin que dicho proyecto hubiese merecido aún tratamiento parlamentario.

Para alcanzar estas metas sanitarias se requieren no sólo recursos económicos, aplicados con precisión, sino también acuerdos claros y perdurables entre los sectores y actores involucrados; materializar el acceso equitativo a servicios de calidad similares, debiendo establecerse como prioridad, procurando un tratamiento acorde a la relevancia de la materia, ello no sólo en la agenda sanitaria sino en la política.

Otra cuestión muestra la coexistencia de enfermedades infectocontagiosas junto al aumento sostenido de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. Así el sobrepeso y la obesidad, particularmente, el crecimiento de la obesidad infantil, desafían la capacidad de formular políticas públicas dirigidas a la regulación de publicidad de alimentos, políticas fiscales y etiquetado frontal, entre otras.

Es necesario generar estrategias para enfrentar el VIH/sida y la tuberculosis.

La interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas ya fue lograda en ocho de las 19 provincias endémicas: Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Misiones, Neuquén, Río Negro, San Luis y Santa Fe.

Falta que a través de un compromiso de desarrollo humano se logre superar los condicionantes asociados a la pobreza que dan lugar a la falta de control de algunas enfermedades como a la imposibilidad de erradicar otras, ello pese a logros tales como la integración del Calendario Nacional de Vacunación, la cobertura por parte del Estado del Programa de VIH, que realiza asistencia integral de los servicios necesarios para atender a las personas que sufren estos padecimientos, recordando que corresponde obviar que problemas de índole burocrático impongan falta de provisión o interrupciones en el suministro, particularmente de medicamentos.

Para mejorar la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles se necesita optimizar los programas preventivos existentes que se centran en el control de los factores de riesgo, como también sostener y profundizar medidas alternativas como lo fue el aumento del impuesto al tabaco, mecanismo que se ha dejado de lado, pese a las manifestaciones en contrario del sector salud.

Se reitera que imperiosamente se requiere actualizar el conjunto de prestaciones contenidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), con fundamento en la evidencia científica, considerando el impacto y efectividad a que debe apuntar el Programa, tal como fuera recomendado por esta INDH.

Por su parte, y mas allá de la rectoría que a este respecto le cabe a la autoridad sanitaria nacional, el organismo de contralor de la Obras Sociales y EMP que integran el subsector de la seguridad social, es decir la Superintendencia de Servicios de Salud que debe procurar la mejora de la atención de los beneficiarios que recurren buscando solución a los múltiples problemas que enfrentan con ciertas entidades; es del caso precisar que esta Institución Nacional solicitó la adecuación de una norma dictada 1998 que continúa estableciendo el procedimiento de atención de las quejas que presentan los beneficiarios del sistema. La ineficiencia es pues una valla a superar para mejorar sensiblemente la atención del conjunto de trabajadores bajo relación de dependencia, junto con sus grupos familiares primarios, además de los asociados a las mencionadas empresas.

En cuanto a las actuaciones judiciales que se tramitan a través de la interposición de acciones de amparo, la SSSalud es quien debe seguir un registro de casos; sólo registró los referidos a las Obras Sociales, que en el curso de 2017 ascendieron a 3200. Es decir que resultaría adecuado y conveniente solucionar a través del organismo de contralor los diferendos de modo de evitar la actuación judicial, la que en principio, resulta extraña al sistema de salud, ahorrando recursos para los pacientes como para el propio Estado.

