

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA**



**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
Y JURÍDICAS**

**SEMINARIO SOBRE APORTACIONES TEÓRICAS  
RECIENTES**

**TÍTULO:** Derecho Humano a Salud. Su reconocimiento  
y protección en la República Argentina.-

***Apellido y Nombres del/los alumno/s:*** BONIVARDO, Georgina Lis.-

***Asignatura sobre la que se realiza el Trabajo:*** Derecho Internacional Público.-

***Encargado del Curso:*** BERTOLÉ, Cecilia.-

***Año que se realiza el trabajo:*** 2017.-

**Santa Rosa – La Pampa**

## **INDICE**

### **I. OBJETIVO**

### **II. INTRODUCCIÓN**

### **III. REGULACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD EN LA REPÚBLICA ARGENTINA**

**III. 1. Obligaciones internacionales en materia de salud asumidas por la República Argentina en relación al PIDESC**

**III.2. Observación Final del Comité de DESC sobre el último informe presentado por la República Argentina**

**III. 2. a. Aspectos Positivos**

**III. 2. b. Preocupaciones**

**III. 2. c. Recomendaciones**

**III. 3. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial del 1965 y Las Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de Discriminación Racial sobre los Informes periódicos 21° a 23° combinados en un documento presentados en el Año 2016**

**III.4. La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 y Las Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) sobre el Séptimo Informe presentado por la República Argentina.**

### **IV. CONSIDERACIONES GENERALES**

### **V. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

## **I. OBJETIVO:**

El presente trabajo desarrolla los estudios alcanzados en el Informe Final de la Beca de Iniciación otorgada en el año 2015, sobre el **reconocimiento y la protección del derecho humano a la salud en la República Argentina**. Se pretende profundizar la investigación, y se analiza la regulación del derecho en cuestión de dos instrumentos específicos de derechos humanos del sistema universal: **La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial del 1965 y La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979**, en razón de las observaciones finales que han realizado los órganos internacionales que velan por el cumplimiento de las normas contenidas en los respectivos tratados, sobre los informes presentado por el país en el año 2016.

## **II. INTRODUCCIÓN:**

Al hablar de “Salud”, es necesario esbozar la noción del término, y aunque no existe unanimidad en la doctrina, es de suma importancia su delimitación, dado que constituye el punto de partida para realizar un debido análisis del derecho humano en cuestión.

Actualmente, luego de analizar múltiples definiciones, la abogada argentina Águeda Müller<sup>1</sup> (2014), entiende a la salud *“como un proceso que varía según los contextos históricos y culturales de cada sociedad. Está [concepción] se construye como un supuesto de estado de bienestar a alcanzar, un parámetro que diferencia que es salud y que no lo es. Así, la Salud, la enfermedad y la atención responden a procesos históricos que se encuentran atravesados por distintos factores: sociales, políticos, culturales y/o económicos determinando y definiendo que se va a entender por salud y*

---

<sup>1</sup> Abogada por la USAL. Miembro de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Medicina Antropológica. Posgraduada en Derecho de Salud y Herramientas de Gestión de Salud (UBA).Asesora Jurídica de la Comisión Nacional de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Salud de Nación.

*enfermedad. Por lo tanto, los procesos de salud- enfermedad son procesos (y no situaciones “de salud total” o “enfermedad total”) que constituyen la vida cotidiana, y organizan la vida individual, familiar y social” (pp. 25).*

La delimitación que se realiza del **término Salud**, se encuadra en una **posición integral**, en dónde se va a considerar que un individuo sano, es un ser equilibrado física y mentalmente, y bien adaptado a su medio físico y social. Si bien, no se pretende abandonar la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (en adelante la OMS) en su Carta constitutiva<sup>2</sup>, dónde Salud es “...un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”, si se cuestiona la utilización del vocablo “completo”, entendiéndose que dicha norma se constituya en imposible de alcanzar, siendo un ideal a seguir, pero no definiendo estrictamente lo que constituye la salud.

Sin embargo, no se desconoce que la definición representa el gran logro de la OMS, por haber sido unas de las primeras en determinar que la salud no es solo “ausencia de enfermedades”, dejando de lado la exclusividad que pretendían el área de la medicina y las ciencias naturales, ampliando el criterio físico-somático que prevalecía hasta ese entonces; y consagrando un derecho fundamental.

Al vislumbrar la salud como un derecho humano dentro del sistema universal, es necesario recurrir a la denominada “Carta Internacional de los Derechos Humanos”<sup>3</sup>. Si bien la Declaración Universal de Los Derechos Humanos, hace una breve referencia al derecho en estudio<sup>4</sup>, se considera

---

<sup>2</sup> La Carta Constitutiva de la OMS entro en vigor en el año 1948.-

<sup>3</sup> La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), El Pacto Internacional de Derechos Sociales Económicos y Culturales (1966) y su Protocolo Facultativo (2008), El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y sus dos Protocolos Facultativos (1966 y 1989).

<sup>4</sup> Artículo 25 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

que es el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (en adelante “PIDESC”), el primero que reconoce el Derecho Humano a la Salud en su **artículo 12**, aunque posteriormente dentro del sistema universal varios instrumentos internacionales específicos se ocupan también del derecho humano a la salud en lo respectivo a las materias particulares que abarcan<sup>5</sup>. El PIDESC en su artículo 12 expresa: **“1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”**. A modo de ejemplo y con el fin de orientar a los Estados a definir las medidas que deben adoptar el artículo en su segundo párrafo dice: **“2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para: a) la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene en el trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas; d) la creación de condiciones que aseguren todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”**

Sin embargo, va a ser el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante “Comité de DESC”), quién en la **Observación General N° 14 sobre “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” del año 2000**, determine la necesidad de entender a la Salud dentro de una concepción integral y va a establecer el alcance el artículo 12 del

---

<sup>5</sup> Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965, en su artículo 5.iv; Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 en sus artículos 10.h, 11.1.f. y 12.; Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, en el artículo 24.1; Convención Internacional sobre el Derecho de los Trabajadores Migratorios y los miembros de sus familias de 1990, en sus artículo 28, artículo 43 1.e y artículo 45 1.c; y Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2008, en su artículo 25.

Pacto de DESC. En dicho trabajo se expresa que *“la referencia que en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto se hace al “más alto nivel posible de salud física y mental” no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo 2 del artículo 12 reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los **factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.**”* Además entiende otras circunstancias cómo el **acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.** (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, OBSERVACIÓN GENERAL N° 14, 2002: p.3-11)

Al haber determinado lo que se entiende por derecho humano a la salud, se procede a realizar un abordaje del derecho en nuestro país: cómo se encuentra reconocido y de qué manera se respeta, protege y garantiza al encontrarse ratificado por la República Argentina el PIDESC. Se va a tener en cuenta que ha expresado el Comité de DESC sobre último informe presentado por el país en el año 2011.

Sobre el final, se analiza la regulación del derecho en dos instrumentos específicos del sistema universal: La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial del 1965 y La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979, con motivo de haber sido los Comités que supervisan las mismas, quienes han emitido las últimas observaciones que ha recibido el país tras presentar sus informes en el año 2016.

### **III. REGULACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD EN LA REPÚBLICA ARGENTINA.**

Al analizar el Derecho Humano a La Salud en la República Argentina, surge que es consagrado por primera vez en la Constitución Nacional a partir de la reforma del año 1994. Hasta ese momento no existía texto alguno, con jerarquía constitucional que lo consagrara explícitamente cómo derecho.

En primer lugar, dentro de nuestra Carta Magna se observa la protección de la Salud en lo referente a las relaciones de consumo dentro de su artículo 42; pero resulta claro que la disposición allí contenida no enfatiza las garantías universales de Salud, sino que, limita la protección a las relaciones de consumo, originándose la limitación de la protección de la salud a la relación de trabajo. En segundo lugar, se encuentra la vía protectora de mayor alcance, la cual se logra al otorgar jerarquía constitucional a tratados de derechos humanos en el artículo 75 inciso 22<sup>6</sup>, en los cuáles se encuentra reconocido el derecho humano a la salud. (ABRAMOVICH-PAUTASSI, 2008, pp.262).

Se puede decir que la República Argentina cuenta con una norma que regula el derecho, al encontrarse el PIDESC dentro de los tratados que tienen jerarquía constitucional, y al ser este quién otorga el contenido esencial en la actualidad dentro del sistema universal.

---

<sup>6</sup> Se otorga jerarquía constitucional a los siguientes instrumentos: 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 Prevención y 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. Posteriormente, el Congreso otorgó dicho rango a la Convención Americana sobre Desaparición Forzada de Personas, a la Convención sobre la Imprescriptibilidad de los Delitos de lesa humanidad y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Históricamente, el modelo de organización del sector salud en la Argentina fue definido por las administraciones centrales–nacional o provinciales– e instrumentado mediante sus órganos territoriales, desconcentrados en forma homogénea y programada con carácter universalista, caracterizándose por una división en tres subsectores:

- a) Público, que depende de la administración pública –nacional, provincial y municipal– y está conformado por la red de efectores de salud de amplia cobertura, distribuidos en todo el territorio, con diversos grados de complejidad y de cobertura gratuita.
- b) De la seguridad social, integrado por las obras sociales para trabajadores formales asalariados.
- c) Privado, integrado por una compleja red de instituciones empresariales de diagnóstico, clínicas y sistemas prepagos de atención médica.

Sin embargo dicha reforma constitucional, también origina un período de descentralización y ajuste estructural en el que se desmantela el propio sistema de salud y se cuestiona el paradigma de universalismo asociado a la provisión de salud. En conformidad a lo prescripto por el artículo 121 de la Constitución Nacional: “las provincias conservan todo el poder no delegado por esta Constitución al Gobierno federal”, y la salud pasa a ser una de las materias no delegadas, por lo que cada provincia sostiene su propio sistema de salud, y en muchos casos estas lo transfieren a los municipios. Al originarse este traspaso de Nación a las Provincias, los gobiernos de estas últimas van a sufrir arduos problemas financieros, y se ven obligados a administrar los déficits fiscales enfrentando dificultades para planificar para el mediano plazo, dependiendo casi en forma exclusiva de los recursos económicos que se derivan de Nación en virtud del régimen de coparticipación federal. (IBÍDEM, pp. 264).

Si se realiza un estudio de la protección legal en materia de salud, (el denominado “aspecto formal”), es posible observar que existe una amplia

legislación nacional que en los últimos 15 años, han planteado numerosas modificaciones que encaminan el amparo del derecho humano a la salud, conforme se encuentra reconocido en la Constitución Nacional a la luz de los tratados internacionales que lo contemplan. Entre las principales se encuentran:

- Ley de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable ( Ley 25.673 de 2002),
- Ley de Migraciones (Ley N° 25871, de 2004),
- Ley de Parto Respetado (Ley 25.929 de 2004)
- Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (Ley N° 26.061, de 2005),
- Ley de Anticoncepción Quirúrgica (Ley 26.130 de 2006)
- Ley sobre Educación Nacional (Ley N° 26.075, de 2006),
- Ley del Programa Nacional de Educación Sexual Integral (Ley N° 26.150 de 2006),
- Ley del Programa Nacional de Educación Sexual Integral (Ley N° 26.150 de 2006),
- Ley de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas (Ley N° 26.364 de 2008),
- Ley de Protección Integral a las Mujeres (Ley N° 26.485, de 2009),
- Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado ( Ley 26.529 de 2009),
- Ley para Educación sobre las Adicciones y el Consumo indebido de Drogas (Ley 26.586 de 2009),
- Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26657, de 2010),
- Ley de Marco Regulatorio de Medicina Prepaga (Ley N° 26.682 de 2011),
- Ley de Identidad de Género (Ley N° 26.743, de 2012),

- Ley de Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Médico-Asistenciales de Reproducción Médicamente Asistida (Ley N° 26.862 de año 2013),
- Nuevo Código Civil y Comercial (Ley 26.994 de 2014) contiene distintas disposiciones que hacen referencia a la salud (como por ejemplo sobre el derecho al consentimiento informado y sobre investigaciones en seres humanos),
- Ley de Prevención del Suicidio (Ley 27.130 de 2015), y
- Ley de Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus Derivados (Ley 27.350 de 2017)

Al considerar la particularidades que tiene del sistema de salud argentino, y al encontrarse el derecho en cuestión regulado en una norma internacional, es necesario recurrir a la Observación General N° 14, que delimita y brinda las distintas obligaciones que establece el artículo 12 del Pacto Internacional de DESC, a fin determinar si el derecho humano a la salud se encuentra debidamente garantizado en la Argentina.

### **III. 1. Obligaciones internacionales en materia de salud asumidas por la República Argentina en relación al PIDESC.**

Es importante recordar que el Comité de DESC constituye “el órgano del tratado”, el cuál nace en virtud de la resolución 1985/17 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) el 28 de mayo de 1985, y se lo faculta para desempeñar las funciones de supervisión del PIDESC, constituyéndose así en un órgano jerárquicamente superior para interpretar el contenido del tratado. **Las observaciones generales se consideran verdaderas interpretaciones de las normas que forman parte del PIDESC**, más allá de que no constituyan un mecanismo de protección propiamente dicho.

A fin de lograr entender cuáles son las obligaciones que conlleva el artículo 12 del PIDESC, como se anticipó en el presente trabajo, el órgano

emite la Observación General N° 14 sobre “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” en el año 2000.

En virtud de ello, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en el desarrollo de su jurisprudencia, y en fallos que se refieren al derecho humano a la salud<sup>7</sup>, ha receptado las observaciones realizadas por diversos órganos internacionales cuasijurisdiccionales de protección de derechos humanos. (BAZÁN, 2010: pp. 377 a 381).

Al encontrarse consagrado el derecho en cuestión desde un enfoque integral, el Estado deberá cumplir, conforme con la mencionada Observación General, con los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

**a) Disponibilidad.** Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS). (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, OBSERVACIÓN GENERAL N° 14, 2000: p. 12 )

**b) Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: **i) No discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben

---

<sup>7</sup> Fallo: 323: 3229, 3139. Corte Suprema de Justicia de la Nación. Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c/ Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas. C. 823. XXXV. 24/10/2000.

ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos. **ii) Accesibilidad física:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades. **iii) Accesibilidad económica (asequibilidad):** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaigan una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos. **iv) Acceso a la información:** ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad. (IBIDEM, p. 12)

**c) Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo

de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate. (IBIDEM, p. 12).

**d) Calidad.** Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. (IBIDEM, p 12)

Luego de la delimitación de los elementos esenciales, el Comité expone las obligaciones en el ámbito del derecho a la Salud, las cuales establecen un marco dentro del cual las decisiones legislativas, políticas y administrativas deben adoptarse en el ámbito nacional para satisfacer el derecho a la salud. Asimismo las mismas pueden diferenciarse de la siguiente manera:

- i. **Obligaciones legales de carácter general inmediatas<sup>8</sup>** (que incluyen obligaciones básicas) **y progresivas:**
  - **De carácter general inmediato:** destacan el hecho de que, incluso en los países con fuertes restricciones económicas, los gobiernos deben contemplar los derechos humanos y cumplir con sus obligaciones específicas y jurídicamente vinculantes para poder llevar a cabo esta tarea. Ante todo, los Estados deben respetar la dignidad de todos sus ciudadanos, garantizándoles el acceso a condiciones de vida humana y a la asistencia médica básica, sin discriminación alguna. Las obligaciones universales inmediatas definen el mínimo aceptable que los Estados pueden, no pueden o deben hacer, y el Comité de DESC considera que el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y la Declaración de Alma-Ata ofrecen

---

<sup>8</sup> Párrafo 31-33

una orientación inequívoca en cuanto a las obligaciones básicas dimanantes del artículo 12. Por consiguiente, el Comité considera que entre las obligaciones de prioridad comparables figuran las siguientes:

- a. Velar por la **atención de la salud genésica, materna** (prenatal y postnatal) **e infantil**;
  - b. Proporcionar **inmunización contra las principales enfermedades infecciosas** que tienen lugar en la comunidad;
  - c. Adoptar medidas para prevenir, tratar y **combatir las enfermedades epidémicas y endémicas**;
  - d. **Impartir educación y proporcionar acceso a la información** relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades;
  - e. Proporcionar **capacitación adecuada al personal del sector de la salud**, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.
- **De carácter progresivo:** La realización progresiva del derecho significa que los Estados Partes **tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12**. Se presume que **no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud**. En caso de que un Estado Parte adoptara deliberadamente medidas de carácter regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte. (ASHER, 2010: pp.40).

- ii. **Obligaciones legales de carácter específico**<sup>9</sup>: Las obligaciones gubernamentales en derechos humanos se engloban generalmente en tres categorías: *respetar, proteger y cumplir*.
- iii. **Obligaciones internacionales**<sup>10</sup>: Hace referencia a que todos los Estados Partes deben adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, para dar plena efectividad a los derechos reconocidos en el Pacto, y contemplando específicamente los demás instrumentos internacionales dónde se ha consagrado la cooperación internacional.

Al contemplar el cuerpo de obligaciones que implica para el Estado el artículo 12 del PIDESC, es posible concluir que la amplia legislación que regula el derecho humano a salud en el país, cumple con la obligación de adaptar los instrumentos jurídicos concretos. Sin embargo es necesario que se complemente con acciones que demuestran la efectividad de las normas vigentes, mediante la implementación de políticas en materia de salud y por medio de la adopción de programas elaborados por la OMS.

A fin de ver en qué grado se materializan las obligaciones básicas en el Estado Argentino y que acciones se realizan para dar efectividad a las normas, es de carácter obligado recurrir a las Observaciones Finales del Comité de DESC, las cuáles dan a conocer cómo el Estado da cumplimiento a lo normado en el instrumento internacional, en dónde se destacan los aspectos positivos, las preocupaciones y recomendaciones.

### **III.2. Observación Final del Comité de DESC sobre el último informe presentado por la República Argentina.**

---

<sup>9</sup>Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, OBSERVACIÓN GENERAL N° 14, 2000: Párrafo 34-36

<sup>10</sup>IBIDÉM. Párrafo 38 a 42.

El PIDESC establece como mecanismo de protección la obligación de presentar informes (el primero dentro de los dos años de ratificado y luego con una periodicidad de cinco años), sobre las medidas que hayan adoptado y los progresos que hayan obtenido con el fin de asegurar el respeto a los derechos reconocidos en él.

El último Informe periódico presentado por la República Argentina fue en el año 2011. Si bien el Informe se realiza sobre el PIDESC en su conjunto, se priorizarán los datos referidos al Derecho Humano a la Salud, y se consideran a los determinantes económicos, sociales y culturales que forman parte del mismo a fin de seleccionar los aspectos positivos, preocupaciones y recomendaciones.

El tercer informe que realiza la República Argentina, no cumple con el plazo establecido en la Observación Comité del año 1999, dado a que recién es presentado en el año 2011, ocho años después de lo requerido.

### **III. 2. a. Aspectos Positivos**

En su última observación, el Comité además de lamentar la demora con la que es presentado el informe, destaca los siguientes aspectos positivos en lo referido al derecho humano a la salud:

- i. Que el Estado parte haya ratificado el **Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales el 24 de octubre de 2011**. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2011: E/C.12/2011/SR.44 a 46, p.4)
- ii. La **Ley de migraciones** (Ley N° 25871, de 2004), que, entre otras cosas, **protege el derecho de todos los migrantes**, incluidos los que se encuentran en situación irregular, a tener acceso a la educación y a los **servicios de salud** (arts. 7 y 8). (IBIDEM, p.5.b).

- iii. La Ley nacional de **salud mental** (Ley N° 26657, de 2010), por la que se promueven los **servicios de salud basados en la comunidad y se garantiza un enfoque interdisciplinario**; (IBIDEM, p.5.c)
- iv. La Ley sobre **educación nacional** (Ley N° 26075, de 2006), por la que, entre otras cosas, **se destina a la educación el 6% del producto interno bruto**. (IBIDEM, p-5.f)

### III. 2. b. Preocupaciones

En lo que respecta a aquellos motivos que preocupan al Comité, se enumeran los siguientes en referencia al Derecho Humano a la Salud:

- i. por las consecuencias negativas de la **explotación de litio en Salinas Grandes (provincias de Salta y Jujuy) en el medio ambiente, el acceso al agua, la forma de vida y la subsistencia de las comunidades indígenas**. (IBIDEM, p.9),
- ii. el aumento de la **utilización de plaguicidas químicos y de semillas de soja transgénicas** en regiones tradicionalmente habitadas o utilizadas por **comunidades indígenas** ha tenido efectos negativos en esas comunidades.(IBIDEM, 10),
- iii. que a esas comunidades les resulte **cada vez más difícil aplicar sus métodos tradicionales de cultivo** y que, en consecuencia, ello pueda ser un **obstáculo** importante para garantizar el **acceso a alimentos seguros, suficientes y asequibles**. (IBIDEM, p.10),
- iv. las **persistentes desigualdades** existentes en el disfrute de los **derechos económicos, sociales y culturales** entre **hombres y mujeres**, en particular en materia de **empleo**.(IBIDEM, p.14),
- v. el gran número de **trabajadores** del Estado parte empleados en el **sector informal de la economía** y lamenta que un porcentaje considerable de ellos, por ejemplo los trabajadores migratorios, no tengan acceso al sistema de seguridad social, en particular a los planes de pensiones. El Comité expresa también **preocupación**

- por la discriminación con respecto a las condiciones de trabajo y a los salarios mínimos** experimentada en particular por los trabajadores tercerizados o temporeros, así como por las mujeres en los trabajos domésticos, la industria textil y el sector agrícola. (IBIDEM, p.15),
- vi. por el persistente **déficit de vivienda** en el Estado parte, debido al desfase entre las necesidades de grandes sectores de la sociedad y la oferta de alojamiento adecuado y asequible. (IBIDEM, p. 21),
- vii. por la **insuficiencia de los servicios de salud reproductiva para las jóvenes y las mujeres** en el Estado parte, lo que ha dado lugar a tasas de mortalidad materna elevadas y en general a altas tasas de embarazo en la adolescencia. Además, observa en particular **grandes disparidades entre las distintas provincias**. (IBIDEM, p.22),
- viii. que los **abortos no medicalizados** siguen siendo una de las principales **causas de la mortalidad materna**. (IBIDEM, p.22),
- ix. el **alto nivel de consumo de tabaco en el Estado parte**, especialmente entre las **mujeres y los jóvenes**. (IBIDEM, p.24),
- x. a pesar de los esfuerzos realizados por el Estado parte para garantizar el acceso universal a la educación **siguen existiendo los problemas como el de los niños no incorporados al sistema educativo**, el analfabetismo, la repetición de cursos y la deserción escolar, especialmente **entre las comunidades indígenas desfavorecidas y marginadas**. Además, observa con preocupación que las comunidades indígenas **no siempre disfrutan del derecho a una educación bilingüe intercultural**. (IBIDEM, p.26).

### III.2. c. Recomendaciones

Por último el Comité brinda una serie de **recomendaciones** al Estado argentino, y dentro de las que tienen relación con el Derecho a Humano a la Salud, se encuentran:

- i. que **proporcione datos desglosados**, por año, con respecto a cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, teniendo en cuenta los motivos prohibidos de discriminación. (IBIDEM, p. 12),
- ii. que **refuerce las disposiciones legislativas y otras medidas** destinadas a luchar realmente por la igualdad efectiva de derechos del hombre y la mujer y a combatir todas las formas de discriminación contra la mujer. (IBIDEM, p.14),
- iii. que **redoble sus esfuerzos para promover la igualdad entre los géneros** en todas las esferas de la vida, aliente a que se consideren opciones legales, la creación de capacidad y los servicios que permitan a mujeres y hombres conciliar sus obligaciones profesionales con sus obligaciones familiares y a que se promueva el empleo de la mujer en el sector formal de la economía. (IBIDEM, p.14),
- iv. que  **siga haciendo todo lo posible por reducir el sector informal de la economía** a fin de promover el empleo en el sector formal y, así, lograr que todos los trabajadores puedan disfrutar plenamente de los derechos económicos y sociales. (IBIDEM, p.14),
- v. que **haga aplicable la legislación relativa al salario mínimo a los sectores en los que todavía no se aplica**, que se tomen medidas para garantizar la plena protección jurídica de los trabajadores, independientemente del sector en que estén empleados, a que considere la posibilidad de modificar los requisitos de residencia establecidos para los trabajadores migratorios, en consonancia con la Constitución Nacional y con la Ley de migraciones, a fin de que puedan tener acceso a un régimen de prestaciones sociales no contributivas.(IBIDEM, p.15),

- vi. **que refuerce los programas de asesoramiento jurídico y que aumente la disponibilidad de albergues y servicios de apoyo psicosocial a las víctimas de violencia doméstica** y que aporte fondos suficientes al Consejo Nacional de las Mujeres a fin de que pueda alcanzar sus objetivos. (IBIDEM, p.18),
- vii. que **adopte políticas en materia de vivienda** con el fin de garantizar a todos el acceso a una vivienda adecuada y asequible, con seguridad jurídica de la tenencia. (IBIDEM, p.21),
- viii. a **velar por que la Ley sobre la salud sexual y reproductiva se aplique en todas las provincias** y porque se garantice a todas las personas, especialmente a los adolescentes, acceso a educación y servicios completos de salud sexual y reproductiva, con el fin de, entre otras cosas, reducir las elevadas tasas de mortalidad materna. (IBIDEM, p.22),
- ix. que **ponga en marcha programas para mejorar la sensibilización de la población a la salud sexual y reproductiva.** (IBIDEM, p.22),
- x. parte que **adopte las medidas necesarias para garantizar el acceso al aborto legal**, a fin de reducir el número de muertes maternas evitables, y que garantice el acceso a instalaciones, suministros y servicios de salud para reducir los riesgos previos y posteriores al aborto. (IBIDEM, p.22),
- xi. que **ratifique y aplique el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco** y que elabore políticas fiscales, de fijación de precios y de sensibilización de la población que sean eficaces para reducir el consumo de tabaco, en particular entre las mujeres y los jóvenes.(IBIDEM, p.23),

Al Estado argentino se le concedió plazo hasta el 2 de diciembre de 2016 para presentar el próximo informe ante el Comité. De lo expuesto, se puede observar que ha existido un avance de gran importancia en lo atinente a la nueva legislación, hecho que se había recalcado antes.

Sin embargo, se observa que el país incurre en una serie de violaciones<sup>11</sup> al derecho humano a salud que han sido definidas en la Observación General N° 14:

- Que no adopte las medidas necesarias para proteger a comunidades indígenas de las consecuencias negativas de la explotación de empresas de litio en Salinas Grandes (provincias de Salta y Jujuy).
- La no regulación de la utilización de plaguicidas químicos y de semillas de soja transgénicas en regiones tradicionalmente habitadas o utilizadas por comunidades indígenas.
- No hacer cumplir las leyes para impedir la contaminación de agua, el aire y el suelo por las industrias extractivas.
- No tener en cuenta y no proteger los métodos tradicionales de cultivo de comunidades indígenas.
- Que no se materialice la amplia normativa de perspectiva de género, y que continúen las persistentes desigualdades entre hombres y mujeres.
- La no adopción de una política nacional que se vea reflejada en la sociedad, en relación a los servicios de salud reproductiva para las jóvenes y las mujeres, dado a que existen grandes disparidades entre las distintas provincias.
- No reducir las tasas de mortalidad infantil y materna, a causa de los abortos no medicalizados.
- No disuadir la producción, comercialización y consumo del tabaco.
- No velar por la incorporación de los niños de comunidades indígenas al sistema educativo, y no respetar el derecho de obtener educación bilingüe intercultural.
- No realizar una debida vigilancia del ejercicio del derecho a la salud, al no contar con un desglose de datos relevantes del derecho.

---

<sup>11</sup> IBIDÉM. Párrafo 50 a 52.

En razón de que muchas de las violaciones que existen, y que las preocupaciones y recomendaciones que realiza el Comité de DESC conllevan una íntima vinculación con las obligaciones asumidas por el Estado Argentino en otros instrumentos específicos dentro del sistema universal, en su mayor parte con derechos referidos al colectivo de mujeres y comunidades indígenas, es que se recurre a las Observaciones Finales emitidas en 2016 por los Comités que supervisan las normas de aquellos instrumentos.

### **III. 3. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial del 1965 y Las Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de Discriminación Racial sobre los Informes periódicos 21° a 23° combinados en un documento presentados en el Año 2016**

El presente instrumento internacional fue ratificado por la República Argentina en el año 1968, y entra en vigor un año después. En su artículo 2 establece una serie de obligaciones fundamentales que los Estados se comprometen a seguir, y de conformidad con las mismas en su artículo 5 se compromete a garantizar el goce de determinados derechos mediante la prohibición y eliminación de la discriminación racial en todas sus formas, garantizando a toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico. Entre los derechos enunciados encontramos el derecho **“a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”**.

Al igual que todas las demás convenciones, la presente cuenta con un Comité para la Eliminación de Discriminación Racial (“el CERD” en adelante), ante el cual los Estados tienen la obligación de presentar informes periódicos sobre cómo se están aplicando los derechos. El CERD es un órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación de las normas de la Convención.

La República Argentina presenta los informes periódicos 21° a 23°, en noviembre de 2016 ante el CERD. Entre los **aspectos positivos** que observa, se encuentran relacionados con el goce del derecho humano a la salud, los siguientes:

- La ratificación por el **Estado parte del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el 24 de octubre de 2011**, (CERD, 2016/ C/ ARG/CO/21-23. p.4)
- las **medidas legislativas e institucionales** adoptadas por el Estado parte durante el período examinado, cómo la a creación de la **Dirección de Promoción y Desarrollo de Prácticas contra la Discriminación**, en 2011, por el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). (IBIDÉM)

Dentro de las **preocupaciones** que enumera el Comité, en relación al derecho humano a la salud, es de suma importancia las referidas a la **discriminación estructural**, en dónde entiende que continúan siendo víctimas los pueblos indígenas y los afrodescendientes de discriminación, y que estos se enfrentan invisibilidad de sus derechos. Lo que alarma al CERD de la situación actual, es que ello limita el acceso de los pueblos indígenas y de los afrodescendientes al cumplimiento de los estándares internacionales mínimos en el ámbito del desarrollo, incluidos los reflejados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En este sentido lamenta:

- la **falta de acceso a servicios básicos** de las comunidades indígenas, afrodescendientes y migrantes, particularmente aquellos en situación irregular, (IBIDÉM, p. 6)
- los casos de **desnutrición de niños** pertenecientes a comunidades indígenas, (IBIDÉM)
- las **dificultades de acceso al agua** de las comunidades indígenas, acceso que se ve además dificultado por la falta de titularización de sus tierras, (IBIDÉM)

- las **actividades de las empresas** que explotan recursos naturales. (IBIDÉM).

En referencia a las **políticas públicas**, su preocupación radica en que, a pesar de la existencia de normas relativas a la protección de los derechos de los pueblos indígenas, **falta un marco legislativo completo y mecanismos adecuados** que pongan en práctica de manera plena y efectiva estos derechos de manera uniforme en todo el territorio del país (arts. 2 y 5). (IBIDÉM 8)

Asimismo también plantea su preocupación por la **falta de una normativa** que regule los procedimientos de consulta con miras a la obtención del **consentimiento libre, previo e informado** de los pueblos indígenas; y de los mecanismos efectivos para llevar a cabo dichas consultas. El Comité lamenta el reducido número de consultas del Estado parte; y que cuando éstos se producen es con un carácter discrecional y sin respetar los estándares internacionales (arts. 2 y 5). (IBIDÉM p. 19)

En lo que respecta a las **mujeres** pertenecientes a **pueblos indígenas, afrodescendientes y migrantes**, incluidas las mujeres pertenecientes a la **República Dominicana y LGBTI**, y otras minorías, al Comité le **preocupa que continúan enfrentándose a múltiples formas de discriminación** en todas las áreas de la vida social, política, económica y cultural (art. 2, párr. 2). (IBIDÉM p. 35)

Para estos casos que son de preocupación del CERD, el mismo **recomienda** al Estado que:

- i. Adopte una **política integral de lucha contra el racismo** y la discriminación racial que promueva la inclusión social y reduzca los altos niveles de pobreza que afectan a los miembros de pueblos indígenas y los afrodescendientes y migrantes, particularmente aquellos en situación irregular. El Comité recomienda al Estado parte que **redoble sus esfuerzos para hacer frente a la situación de**

- malnutrición infantil** que afecta particularmente a los pueblos indígenas; (IBIDÉM p. 7)
- ii. Tomando en cuenta su recomendación general núm. 32 (2009) sobre el significado y alcance de las medidas especiales en la Convención, **adopte medidas especiales o de acción afirmativa orientadas a eliminar la discriminación estructural** contra los pueblos indígenas y los afrodescendientes. El Comité **insta a desarrollar e implementar** adecuadamente el proyecto **“Visibilización y Promoción de Derechos de la Comunidad Afrodescendiente”** para reconocer a la población afrodescendiente; darle mayor visibilidad, tomando en cuenta su recomendación general núm. 34 (2011) sobre discriminación racial contra afrodescendientes, y para el reconocimiento de sus derechos; (IBIDÉM)
  - iii. **Adopte las medidas necesarias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible** (IBIDÉM).
  - iv. **Reflejar en su legislación la visión que tiene sobre su carácter pluriétnico y multicultural.** El Comité recomienda dar prioridad en CERD/C/ARG/CO/21-23 3 la agenda legislativa a las iniciativas para la lucha contra la discriminación racial y la promoción de los derechos de los pueblos indígenas y de las personas afrodescendientes, en consulta con estos grupos, para así contar con un marco legal adecuado en todo el territorio. (IBIDÉM p.8)
  - v. **Adoptar una normativa y mecanismos apropiados en todo el territorio** a fin de que, con miras a **obtener el consentimiento libre, previo e informado**, la consulta previa sea realizada de manera sistemática, de buena fe, con autoridades representativas y mediante procedimientos apropiados, proporcionando información suficiente y apropiada; (IBIDÉM p.18)
  - vi. **Asegurar que tanto las medidas legislativas o administrativas que puedan afectar a los pueblos indígenas**, como todos los proyectos

de infraestructuras y explotación de recursos naturales **sean sometidos al proceso de consulta previa** con miras a obtener su consentimiento libre, previo e informado. (IBIDÉM)

- vii. Incluya una **perspectiva de género** en todas sus políticas y estrategias para hacer frente a las múltiples formas de discriminación que afectan, en especial, a las mujeres pertenecientes a pueblos indígenas, afrodescendientes, y migrantes, incluidos LGBTI y otras minorías. Se recomienda también contar con estadísticas desglosadas al respecto, teniendo en cuenta su recomendación general núm. 25 (2000) relativa a las dimensiones de la discriminación racial relacionadas con el género. (IBIDÉM p. 35)

#### **III.4. La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 y Las Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) sobre el Séptimo Informe presentado por la República Argentina.**

Dicha Convención representa uno de los principales logros originados entre los años 1976 y 1985 para las mujeres, representando un hito en la historia de los derechos humanos. La entrada en vigor como tratado internacional se origina el 3 de septiembre de 1981 después de su ratificación por el vigésimo país signatario, y es ratificada por la República Argentina el 15 de julio de 1985.

En lo que respecta al derecho humano a la salud, en sus palabras iniciales, se resalta la preocupación por la mujer en situación de pobreza, dado a que tiene un acceso mínimo a la alimentación, la salud, la enseñanza, la capacitación y las oportunidades de empleo, así como a la satisfacción de otras necesidades. Posteriormente se hace explícitamente referencia al derecho en cuestión en los **Artículos 10,11 y 12**. El primero de ellos enuncia las medidas apropiadas que deben adoptar los Estados para eliminar la

discriminación contra la mujer, con el fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres; y en su inciso h) se refiere a establecer **“Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”**.

En el artículo 11 se refiere al **ámbito laboral de mujer**, y establece que los Estados deben adoptar *“medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres los mismos derechos”* y entre ellos se encuentra numerado en el inciso f) **el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, respetando la función de reproducción**. Por último en su artículo 12, Los Estados Partes se comprometen a adoptar todas las medidas apropiadas para **eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica** a fin de asegurar, en **condiciones de igualdad entre hombres y mujeres**, el **acceso a servicios de atención médica**, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia y a **garantiza a la mujer servicios apropiados** en relación con el **embarazo, el parto y el período posterior al parto**, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una **nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia**.

En la misma línea que otros tratados de derechos humanos, la Convención cuenta con el comité supervisor que conforme al artículo 17.1., tiene por fin examinar los progresos realizados en la aplicación de las normas que se plasman. El Comité para la Eliminación de Discriminación contra la Mujer, (en adelante “CEDAW”), está conformado por 23 expertos/as en el área de derechos de la mujer de diversos países, elegidos/as por los Estados Partes de la Convención, teniendo en cuenta la distribución geográfica equitativa y la representación de distintas culturas y sistemas jurídicos.

Los Estados tienen un plazo para realizar la entrega del primer informe, y luego los informes periódicos se presentan cada cuatro años. Si la CEDAW lo requiere se presentan informes extraordinarios. La importancia de los mismos, es que deben dar cuenta de las medidas legislativas, judiciales, administrativas y otras que se hayan adoptado a fin de erradicar la discriminación contra la mujer.

La República Argentina presentó su séptimo informe en noviembre de 2016. En la Observación Final, entre los **aspectos positivos** que destaca la CEDAW en relación al derecho humano a la salud, se encuentran los siguientes:

**1) La adopción de medidas como:**

- Ley 27.210 del 4 de noviembre de 2015, que establece **un cuerpo de abogados para proporcionar asistencia jurídica a las víctimas de la violencia de género**; (CEDAW,2016,C/ARG/O/7, p. 4)
- El Nuevo Código Civil y Comercial (Ley 26.994 del 1 de octubre de 2014), **que reconoce el valor económico del trabajo doméstico**;
- Ley 26.862 del 5 de junio 2013 que garantiza el **acceso a todos los métodos científicos de fertilización asistida**; (IBIDÉM)
- Ley 26.844 del 13 de marzo de 2013 sobre el Contrato de Trabajo Régimen Especial los asalariados en las viviendas privadas y su Decreto Reglamentario 467/2014 que **reconoce los derechos laborales y la protección de los trabajadores domésticos**; (IBIDÉM)
- Ley 26.842 de 19 de diciembre 2012 que **prevé la prevención y sancionar la trata de personas y asistencia a las víctimas**;
- Ley de Identidad de Género (Ley 26.743 de 9 de mayo de 2012), que **reconoce el derecho a la identidad de género autopercibida**; (IBIDÉM)

- **La decisión de la Corte Suprema de Justicia** ( F., ELA / Medida autosatisfactiva” F. 259. XLVI, sentencia de 13 de marzo de 2012), **en la interpretación de las disposiciones del Código Penal relativas a la interrupción legal del embarazo;** (IBIDÉM)

2) La adopción de medidas para **mejorar su marco institucional y política** destinada a acelerar la **eliminación de la discriminación contra la mujer y promover la igualdad de género**, entre ellas:

- El **Plan de Acción Nacional** para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra la mujer y la asistencia a las víctimas (2017-2019); (IBIDÉM p. 5)
- El **Programa Nacional de Primera Infancia**, aprobada por el Decreto 574/2016, que prevé el establecimiento de centros de cuidado infantil, en 2016; (IBIDÉM)
- El **Departamento de Orientación, apoyo y protección a las víctimas**, de la trata y la explotación sexual, la violencia de género, así como institucional u otras formas de violencia contra los niños y niñas, en 2014. (IBIDÉM)
- La **Guía para el cuidado de la salud integral** de las personas transexuales, en 2015, (IBIDÉM p. 32)
- Toma nota de las **acciones emprendidas para prevenir el VIH / SIDA y enfermedades de transmisión sexual**, incluyendo la entrega de la medicación antirretroviral. (IBIDÉM)

3) El haberse **adherido** a los siguientes **instrumentos internacionales y regionales**:

- El **Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Derechos culturales**, en 2011; (IBIDÉM, p. 6)
- **Convenio de la OIT N° 189** (2011) relativa al trabajo decente para el hogar Los trabajadores, en 2014. (IBIDÉM)

Sin embargo, la CEDAW está profundamente preocupada por:

- El **estancamiento de la tasa de mortalidad materna** en el Estado parte, debido en parte **al aborto inseguro**.
- El **acceso limitado al aborto legal** en el Estado parte, en contra de la legislación y la decisión adoptada por el Tribunal Supremo de justicia en el año 2012.
- La **frecuente negativa de los médicos a practicar un aborto por razones de conciencia**. (IBIDÉM, 33)
- **Alta tasa de embarazos precoces** en el Estado Parte; (IBIDÉM p.35)
- El **acceso limitado a los servicios de salud mental**, especialmente para las **mujeres que viven en zonas rurales y las mujeres de bajos ingresos**, y las disparidades regionales en la aplicación de la Ley de Salud Mental (Ley N° 26.657), que prevé la desinstitucionalización, la rehabilitación y la reinserción del paciente en la comunidad; (IBIDÉM)
- La **ausencia de estrategias específicas** para garantizar el acceso a la **atención médica de calidad para las mujeres**; (IBIDÉM)
- El **acceso limitado a los servicios de salud especializados**, en particular, sexual y servicios de salud reproductiva, para las mujeres con discapacidad; (IBIDÉM)
- El **alto consumo de tabaco entre las niñas en comparación con los varones**. (IBIDÉM)

A la luz de los hechos detallados, la CEDAW **recomienda** al Estado Argentino a realizar las siguientes acciones:

- I. **Reducir la tasa de mortalidad materna**, garantizar que las mujeres tengan acceso a servicios apropiados, incluyendo los servicios obstétricos de emergencia, en relación con el embarazo, incluyendo prenatal, servicios de maternidad y post-natal, y **aumentar las asignaciones presupuestarias** para la

- prestación de servicios ginecológicos y obstétricos en las zonas rurales y remotas; (IBIDÉM p. 34)
- II. Iniciar los **procedimientos de rendición de cuentas para asegurar que todas las provincias aprueban protocolos sobre la práctica del aborto no punible**, de acuerdo con la decisión del Tribunal Supremo de Justicia en 2012 y en línea con el Protocolo Nacional para la Atención Integral a Personas con derecho a la interrupción legal del embarazo; (IBIDÉM)
  - III. **Garantizar que las mujeres tengan acceso a métodos seguros de aborto legal y servicios post-aborto**
  - IV. **Definir y aplicar los requisitos de justificación más estrictos para evitar el uso general de la objeción de conciencia de los médicos** que se niegan a realizar abortos, teniendo en cuenta en particular la situación de los embarazos precoces, como resultado de la violación y el incesto que pueden constituir tortura; (IBIDÉM)
  - V. **Acelerar la aprobación del proyecto de ley para la interrupción voluntaria del el embarazo.** El aumento del acceso al aborto legal, no sólo en casos de violación y el riesgo para la vida o la salud de la mujer embarazada, sino también a otras circunstancias tales como el incesto y malformación fetal grave es el riesgo. (IBIDÉM)
  - VI. **Garantizar el acceso a la orientación y la educación sexual y reproductiva en los derechos de los y las adolescentes**, llevar a cabo campañas de concienciación sobre los métodos anticonceptivos modernos y aumentar el acceso a los anticonceptivos seguros y asequibles; (IBIDÉM p.36)
  - VII. **Desarrollar estrategias a nivel local, en colaboración con los profesores y civiles la sociedad** destinada a promover la

- planificación familiar y para superar las barreras culturales para el uso de anticonceptivos; (IBIDÉM)
- VIII. **Adoptar una estrategia con objetivos e indicadores** para proporcionar en un plazo determinado el acceso a los servicios de salud mental de las mujeres en todo el Estado Parte y difundir información sobre los servicios de salud mental disponibles; (IBIDÉM)
- IX. **Realizar políticas y programas de diseño** a nivel nacional y provincial paraa garantizar el acceso a la atención médica para las mujeres mayores;
- X. **Asegurar que las mujeres con discapacidad tengan acceso a la información** en formatos accesibles sobre su salud y los derechos sexuales y reproductivos; (IBIDÉM)
- XI. **Tomar medidas para garantizar que los servicios de salud, especialmente ginecológica,** que los servicios sean accesibles para las mujeres con discapacidad, en particular, a través de inversiones en instalaciones de salud y equipos, y sensibilizando a los profesionales de la salud sobre los derechos y la dignidad de las mujeres con discapacidad; (IBIDÉM)
- XII. **Ratificar la Convención Marco de la Organización Mundial de la Salud Control del Tabaco,** para reducir el alto consumo de tabaco entre los adolescentes, en particular las niñas, y hacer frente a las consecuencias para la salud. (IBIDÉM).

#### **IV. CONSIDERACIONES GENERALES**

Al concluir el presente trabajo se logra observar que, no existen dudas acerca del avance en la legislación argentina en materia de salud, aunque se hayan originado mucho tiempo después de la incorporación de los tratados de derechos humanos a nuestra Constitución Nacional.

Sin embargo la gran labor legislativa, no alcanza para lograr la efectividad del derecho humano a la salud, de acuerdo a lo proclamado en las tres observaciones finales analizadas.

Si se retoma las obligaciones básicas que la Observación General N° 14 del Comité de DESC entendía que debían cumplirse aún en aquellos Estados en los que tenían restricciones económicas, más allá del deber de progresividad, es posible observar que la República Argentina no garantiza de acuerdo a lo establecido,: 1) el acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados; 2) el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre; 3) el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable; 4) una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud; 5) la debida atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil; y 6) que se imparta educación proporcionando acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades.

Hay que considerar que entre la observación del Comité de DESC del año 2011 y las observaciones brindadas por el CERD y la CEDAW en el año 2016, transcurrieron cinco años, y no existen grandes avances que permiten decir que hayan disminuido las violaciones detalladas en el Observación General N° 14 en la que incurre la Argentina. Solo se refleja el cambio en lo que respecta la adopción un cuerpo de abogados para proporcionar asistencia jurídica a las víctimas de la violencia de género y la implementación en el año 2014 del Departamento de Orientación, apoyo y protección, para la protección de las víctimas de la trata y la explotación sexual, la violencia de género, así como institucional u otras formas de violencia contra los niños y niñas.

Por último se vuelve recalcar que, no alcanza que el Estado cuente con la mejor legislación en materia de salud, si esta no es acompañada por la formulación de políticas y programas que cuenten con un presupuesto acorde para poder llegar a cada rincón del país. Se espera que con el transcurso de los años la República Argentina pueda ir adoptando las recomendaciones dadas por los Comités, porque son fundamentales para poder garantizar el derecho humano a la salud de todos y todas.

Georgina Lis Bonivardo

DNI 34536961.

## **V. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

### **1. Libros, artículos y otras publicaciones de doctrina.**

- ABRAMOVICH Víctor, & PAUTASSI, Laura. (2008). El derecho a la salud en los tribunales: Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. *Salud colectiva*, 4(3), 261-282.

-ASHER, Judith (2005): “*El Derecho a la Salud: Manual de Recursos para ONG*”. Ed. Commonwealth Medical Trust (Asociación Médica del Commonwealth) Co- publicado AAAS Science and Human Rights Program. Nueva York- Estados Unidos.

- BAZÁN, Víctor, (2010) “El derecho internacional de los derechos humanos desde la óptica de la Corte Suprema de Justicia de Argentina”: *Estudios Constitucionales*, Año 8, N° 2, 2010, pp. 359 - 388. ISSN 0718-0195. Centro de Estudios Constitucionales de Chile Universidad de Talca.

-COURTIS, Christian (2006): “La prohibición de regresividad: apuntes introductorios”, en Christian Courtis, coord., *Ni un paso atrás. La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales*. Buenos Aires, Del Puerto.

-MELISH, Tara (2005): “El litigio supranacional de los derechos económicos, sociales y culturales: avances y retrocesos en el Sistema Interamericano”, en

AA.VV., *Derechos económicos, sociales y culturales*. México, Programa de Derechos Humanos del Ministerio de Relaciones Exteriores.

-MITTELBRUNN, Carlos P. Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. En LOPEZ, Carlos (2011): *“Salud y ciudadanía: teoría práctica de la innovación”* Ed. Centro del Profesorado y del recurso de Gijón-Austrias, pp.12-19.

-MÜLLER. Águeda, El derecho de la Salud y los derechos Humanos. En: AIZENBERG, Marisa. Dir. (2014): *“Estudios Acerca Del Derecho De La Salud”*, Ed. LA LEY- Thomsom Reuters. Buenos Aires- Argentina, pp. 15-25.

-SALVIOLI, Fabián Omar, (1997), *“Relaciones internacionales, Derechos Humanos y Educación para la Paz”* en *“Direitos Humanos: A promessa do século XXI”*, Portugal.

- SURASKY, Javier, (2005), *Guía de lectura Sistema Universal de protección de los Derechos Humanos*.

-URQUILLA BONILLA, Carlos Rafael (2000): *“Los derechos económicos, sociales y culturales en el contexto de la reforma al Sistema Interamericano de protección de los Derechos Humanos”*, en *Revista IIDH*, núm. 30-31.

## **2. Instrumentos internacionales de derechos humanos.**

-Carta de la OEA. Año 1948.

-Carta de las Naciones Unidas. Año 1945.

-Carta Social Europea. Año 1961, revisada en 1996.

-Convención Americana sobre Derechos Humanos. Año 1969

-Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, Año 1969.

-Convención Internacional sobre el Derecho de los Trabajadores Migratorios y los miembros de sus familias. Año 1990.

-Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Año 1965

-Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Año 1979.

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Año 2008.
- Convención sobre los Derechos del Niño. Año. 1989.
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Año 1948.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), Año 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). Año 1966.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Año 1966.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador". Año 1988.

#### **4. Observaciones Generales**

- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación general N° 14, "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12)", 22° período de sesiones 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Segunda Observación General sobre Segundo Informe Periódico presentado por la República Argentina, 1999,:E/C.12/1/Add.38.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Tercera Observación General sobre Tercer Informe Periódico presentado por la República Argentina, 2011: E/C.12/2011/SR.44 a 46.
- Comité para la Eliminación de Discriminación Racial, Observaciones Finales del sobre los Informes periódicos 21° a 23° combinados en un documento presentados en el Año 2016. / C/ ARG/CO/21-23.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observación General sobre Informe Periódico presentado por la República Argentina en 2016, C/ARG/O/7

#### **6. Jurisprudencia de la Corte Suprema De Justicia De La Nación.**

- Fallo 321:1684, 11/06/1998, "Policlínica Privada c. Municipalidad de Buenos Aires"

-Fallo 323:3235, 24/10/2000, “Campodónico de Beviacqua Ana c/ Min. Salud - Sec. -Programa de Salud y Bco. de Drogas Neoplásicas”.

-Fallo 324:3571, 16/10/2001, “Monteserrín Marcelino c. Estado Nacional – M.S. y A.S.”

-Fallo 323:1323, 01/06/2000, “Asociación Benghalensis c. Estado Nacional – M.S. y A.S. s/ amparo 16.986”.

-Fallo 324:677, 13/03/2001, “Etcheverry Roberto c. OMINT S.A. y Servicios”.

-Fallos 324:754, 13/03/2001, “Hospital Británico de Buenos Aires c. Estado Nacional –M.S. y A.S.”