

# Índice

<b>Presentación</b> .....	7
<b>Amores imposibles: la brecha entre universitarios y el resto de grupos educativos en los mercados matrimoniales de América Latina, 1970-2010</b> .....	11
<i>Victoria San Juan Bernuy, Albert Esteve</i>	
<b>La estructura de los hogares y el ahorro en México: un enfoque de clases latentes</b> .....	37
<i>Curtis Huffman, Paloma Villagómez-Ornelas, Delfino Vargas Chanes</i>	
<b>Transferencias intergeneracionales por género y efectos económicos del envejecimiento demográfico en México</b> .....	69
<i>Iván Mejía-Guevara, Estela Rivero, Isalia Nava</i>	
<b>Inmigración e inclusión laboral y protección social según el origen y el tiempo de residencia de los migrantes en países seleccionados de América Latina</b> .....	99
<i>Ignacio Carrasco, José Ignacio Suárez</i>	
<b>Epicentros de emigración: un análisis comparativo de la evolución de sus dinámicas socioeconómicas y demográficas en Colombia y el Brasil</b> .....	133
<i>Gisela P. Zapata</i>	
<b>Construcciones y alcances del derecho a la salud en el Primer Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos (Argentina, 2017-2020): prioridades de agenda y lineamientos de política pública desde un enfoque de derechos humanos</b> .....	167
<i>Laura Gottero</i>	
<b>Una estimación de la mortalidad en la ciudad de Buenos Aires hacia 1827</b> .....	193
<i>Luis Pablo Dmitruk, Tomás Guzmán</i>	
<b>La diversidad sexual y de género en censos y encuestas de América Latina: entre la invisibilidad y la lógica heteronormativa</b> .....	221
<i>Fernanda Stang Alva</i>	
<b>Compresión de la mortalidad en el Uruguay: niveles y diferencias regionales en el período 1996-2014</b> .....	245
<i>Mariana Paredes, Mariana Tenenbaum</i>	
<b>Factores asociados al trabajo infantil en la República Bolivariana de Venezuela</b> .....	267
<i>Malinda Coa Ravelo, Ernesto Ponsot Balaguer</i>	
<b>Orientaciones para los autores de la revista <i>Notas de Población</i></b> .....	291
<b>Publicaciones recientes de la CEPAL</b> .....	297



# Presentación

El número 108 de *Notas de Población* está integrado por diez artículos que reflejan la enorme riqueza y complejidad de los estudios contemporáneos de las poblaciones, pues contiene una gran variedad temática, comprendiendo trabajos sobre nupcialidad, familia, envejecimiento, migración internacional, derechos humanos, mortalidad, censos y población y trabajo infantil.

Esta edición inicia con el interesante trabajo de Victoria San Juan Bernuy y Albert Esteve sobre la homogamia educativa en 12 países de América Latina y el Caribe. A partir de la pregunta “¿quién se casa con quién?” los autores analizan el mercado matrimonial y la homogamia educativa en parejas jóvenes de estos países para exponer los niveles de estratificación educativa. Partiendo de la idea de la homogamia, entendida como el emparejamiento en función de características adquiridas por el individuo —entre las que la educación es la más analizada—, se ha podido documentar que la principal barrera para el ingreso a los mercados matrimoniales es la educación universitaria. Este tipo de estudios se han llevado a cabo principalmente en los Estados Unidos y Europa y son todavía escasos en América Latina y el Caribe, por lo que este trabajo contribuye a un mayor conocimiento sobre el tema en la región. Se plantean diversos objetivos claramente definidos: documentar el aumento significativo de los niveles de educación, examinar los niveles de homogamia educativa en América Latina, investigar la brecha entre la población universitaria y el resto de los grupos educativos en el mercado matrimonial mediante el uso de modelos loglineales, comprobar si hay diferencias por tipo de unión y examinar las diferencias internas en el grado de estratificación por países. Los resultados muestran un elevado grado de estratificación educativa en las parejas jóvenes heterosexuales que residen en los países estudiados y en las que la mujer declara tener entre 25 y 34 años; esta condición se acentúa aún más entre las parejas casadas. Finalmente, los autores destacan que, en términos de homogamia educativa entre la población universitaria y el resto de los grupos, la brecha ha aumentado en las últimas cuatro décadas.

En el siguiente trabajo, Curtis Huffman, Paloma Villagómez-Ornelas y Delfino Vargas Chanes abordan uno de los temas de interés en el marco de los vínculos entre la población y el desarrollo: el análisis de la organización doméstica asociada al ingreso, el ahorro y el consumo. A diferencia de los estudios tradicionales, que se centran en la edad del jefe o la jefa de hogar, los autores utilizan el análisis de clases latentes para estimar las estructuras típicas de los hogares mexicanos contenidas en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2014, lo que revela las relaciones de dependencia que existen en el interior de los hogares. Los autores destacan la utilidad del análisis de clases latentes, que permite que la investigación basada en encuestas produzca un análisis de heterogeneidad de los hogares más eficiente, al desglosar los resultados promedio en subpoblaciones más informativas de acuerdo con sus atributos demográficos de agrupación. Los autores muestran que la inclusión explícita de la estructura de los hogares en un marco de ciclo de vida e ingreso permanente proporciona conocimientos útiles sobre la heterogeneidad que subyace a los promedios nacionales habituales. Finalmente, destacan la importancia del conocimiento socioantropológico en los análisis econométricos, ya que proporciona una nueva perspectiva a la hora de descomponer los resultados promedio macroeconómicos de la investigación econométrica.

En el siguiente artículo, de Iván Mejía-Guevara, Estela Rivero e Isalia Nava, se analizan las oportunidades y consecuencias del envejecimiento que está experimentando México, en el marco de un acelerado proceso de transición demográfica que producirá transformaciones socioeconómicas en los patrones de ingreso y gasto en consumo, particularmente en los rubros de salud y cuidados. Los autores se proponen evaluar la contribución real de mujeres y hombres a los ingresos laborales y el consumo agregado por grupos de edad y a partir de la incorporación de la producción y el consumo de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, así como visualizar el potencial efecto del cambio demográfico en la dependencia económica de mujeres y hombres ante el inminente proceso de envejecimiento demográfico. Para dicho propósito, utilizan la metodología del sistema de cuentas nacionales de transferencias y las cuentas nacionales de transferencias de tiempo. El marco teórico conceptual utilizado es la economía generacional, que posibilita entender los mecanismos que intervienen en el intercambio de recursos económicos entre generaciones o grupos etarios, donde toman importancia los rasgos particulares del ciclo de vida. Si bien las actividades de trabajo doméstico y de cuidados no son contabilizadas, estas tienen un valor económico intrínseco y un papel relevante en los sistemas de apoyo entre grupos etarios y se caracterizan generalmente por las transferencias de tiempo. Los resultados revelan diferencias significativas en los patrones de ingreso laboral promedio por edad de mujeres y hombres y una participación significativamente menor entre las mujeres que entre los hombres. El trabajo doméstico y de cuidados no remunerado se encuentra subvalorado y poco reconocido en el mercado.

Ignacio Carrasco y José Ignacio Suárez son los autores del trabajo sobre inclusión de las personas migrantes, un tema de marcado interés en estos tiempos. Se proponen establecer el papel que desempeñan el origen (intrarregional o extrarregional) y el tiempo de residencia (de inmigración reciente o antigua) de estas personas en las brechas de inclusión existentes entre la población inmigrante y la local. Para ello, utilizan microdatos de encuestas de hogares de siete países de destino en América Latina en los que se dispone de información actualizada. La ventaja de este tipo de datos es la riqueza de información que contienen, pero presentan algunas limitaciones, como el hecho de que las encuestas no hayan sido diseñadas para representar a la población migrante. La investigación arrojó dos hallazgos principales: i) existen brechas en el acceso de la población migrante intrarregional y reciente a ocupaciones de mayor calificación, que podrían relacionarse con los déficits de inclusión en los ámbitos de salud, pensiones y vivienda, y ii) hay una mayor concentración de trabajadores migrantes en ocupaciones históricamente asociadas con condiciones laborales deficientes y susceptibles de discriminación.

El artículo de Gisela Zapata es un análisis de la dinámica migratoria que toma como objeto de estudio los lugares de origen de los migrantes y sus contextos en dos microrregiones situadas en Colombia y el Brasil. En concreto, la autora realiza un análisis comparativo de la evolución de las dinámicas socioeconómica y demográfica de la migración internacional en el Eje Cafetero (Colombia) y en la microrregión de Gobernador Valadares (Brasil), principales epicentros de emigración de estos dos países. El análisis se centra en comparar y contrastar los flujos y patrones migratorios y las características socioeconómicas y demográficas de los hogares de migrantes y no migrantes en estas zonas. Entre otros hallazgos, descubre que en el Eje Cafetero y la microrregión de Gobernador Valadares la proporción de mujeres es mayor en los hogares con migrantes que en los hogares sin

migrantes. Además, en ambas microrregiones los hogares de los migrantes presentan una relación de dependencia de personas mayores bastante más elevada y una relación de dependencia infantil considerablemente más baja.

A continuación, Laura Gottero, en su trabajo sobre el derecho a la salud, examina cómo se construye este derecho en el Primer Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos (2017-2020) de la República Argentina, incorporando de manera efectiva un enfoque de derechos más allá de la dimensión enunciativa, para lo que se requieren transformaciones conceptuales y metodológicas. A partir del estudio de la inclusión del derecho a la salud en dicha política pública, se entrecruzan dimensiones de análisis con elementos centrales del enfoque de derechos aplicado a la formulación de políticas públicas. Además, la autora reflexiona sobre las distancias entre el derecho a la salud cuando se presenta como un derecho social, reconocido por la Constitución nacional, y cuando se aborda como un derecho humano y social en un sentido amplio. Esta brecha supone desafíos y consecuencias para la materialización del acceso a la salud en relación con la representación de la población destinataria y las obligaciones de protección y garantía del Estado. Entre las principales conclusiones, la autora destaca la ausencia de una articulación concreta y metodológica entre el Plan y los modelos de evaluación de políticas públicas que se guían por el enfoque de derechos humanos. También observa problemas de implementación derivados del proceso de formulación, como la falta de articulación con los organismos del Estado que regulan la situación de las poblaciones a las que hace referencia el Plan (los migrantes, los pueblos originarios y las personas mayores, entre otros).

Continuando la secuencia, el trabajo sobre demografía histórica elaborado por Luis Pablo Dmitruk y Tomás Guzmán supone un aporte metodológico y empírico con relación al estudio de la mortalidad de la ciudad de Buenos Aires en el período 1826-1828. Los autores utilizan datos censales y archivos parroquiales mediante los cuales logran establecer las diferentes funciones de la tabla de mortalidad, incluidos los datos de la esperanza de vida al nacer. Tomando en cuenta que en la etapa histórica estudiada la calidad de los datos es deficiente al presentar errores de omisión, cabe destacar el procedimiento metodológico utilizado, que incluyó la utilización de tablas modelo y la aplicación de nuevas técnicas para la corrección de los datos tanto de la población como de las defunciones. El resultado es una tabla de mortalidad acorde a una sociedad del antiguo régimen demográfico, es decir, con una alta mortalidad general y una alta mortalidad infantil en particular, que coinciden además con el comportamiento de la mortalidad hacia 1855 y son similares a las observadas en otras ciudades cercanas a Buenos Aires.

La diversidad sexual y la posibilidad de medirla a través de fuentes tradicionales como censos y encuestas es la temática del siguiente trabajo, de Fernanda Stang. La autora presenta un panorama de la medición de la diversidad sexual y de género en censos y encuestas probabilísticas de alcance nacional de países de América Latina. Explora además casos internacionales en los que se ha implementado la captación de estas dimensiones, a la luz de discusiones conceptuales sobre la sexualidad y el género planteadas desde la teoría feminista y los estudios de género. Para ello, tras una revisión contextual de algunas de las problemáticas principales que afectan a la población LGBTIQ+ y la forma en que se han considerado sus derechos en la normativa internacional, se presentan las nociones y

discusiones que sirvieron de base para analizar los resultados del relevamiento. El principal hallazgo de la revisión realizada por Stang apunta a la persistencia de un enfoque binario en los casos analizados, a pesar de que las experiencias internacionales muestran la intención de superar esta lógica binaria que subyace a la matriz heteronormativa (hombre/mujer). De ahí la necesidad de advertir las consecuencias de la invisibilidad estadística de esta parte de la población latinoamericana.

Mariana Paredes y Mariana Tenenbaum abordan el tema de la compresión de la mortalidad en el Uruguay en décadas recientes. Las autoras destacan que este tipo de investigaciones son aún incipientes en la región; los primeros estudios acerca de este tema se han realizado en Chile y el Brasil. En países desarrollados de Europa y otras zonas geográficas son más abundantes y de más larga data, pues se trata de países con bajos niveles de mortalidad en cuyo caso la discusión se ha orientado a la extensión de la longevidad y a la mortalidad en edades avanzadas. La compresión de la mortalidad refleja el proceso que se produce al rectangularizarse la curva de sobrevivencia y, consecuentemente, producirse un desplazamiento y una concentración de las defunciones en las edades avanzadas, en concomitancia con el proceso de envejecimiento de las poblaciones. Concretamente, las autoras examinan este proceso de compresión en el Uruguay entre 1996 y 2014. Realizan un análisis por sexo y por regiones del país, con el objeto de averiguar si el aumento promedio de los años de vida se produce en toda la población e identificar diferencias territoriales. Los hallazgos muestran un proceso de compresión de la mortalidad en el país que se produce con mayor intensidad en el caso de la población masculina, que presenta niveles más bajos de esperanza de vida y experimenta más avances en el descenso de la mortalidad. Asimismo, los resultados permiten visualizar la evolución del desplazamiento hacia la derecha de la edad modal, la disminución del intervalo de edad de ocurrencia de la muerte y la concentración de las defunciones en las edades avanzadas.

Finalmente, Malinda Coa y Ernesto Ponsot presentan una investigación descriptiva e inferencial sobre algunos factores sociodemográficos y económicos que explican por qué las familias venezolanas recurren al trabajo infantil de algunos de sus miembros. Los autores utilizan cifras oficiales que provienen de la Encuesta de Hogares por Muestreo de 2013 realizada por el Instituto Nacional de Estadística venezolano. Después de ajustar un modelo de regresión logística, efectúan un análisis de posibilidades y probabilidades. Concluyen que las probabilidades de que los niños de entre 10 y 14 años trabajen se elevan cuando ocurren los siguientes eventos: i) aumenta la edad; ii) el niño es de sexo masculino; iii) no estudia; iv) vive en un hogar en situación de pobreza o pobreza extrema, y v) el jefe de hogar tiene bajo nivel educativo. Entre todos estos factores, el más influyente es la escolaridad; si un niño no está escolarizado, aumentan considerablemente las posibilidades de que sea sometido a trabajo infantil. Se confirma entonces que la educación es un medio para mantener a los niños alejados del trabajo temprano. No obstante, las necesidades básicas insatisfechas dentro del hogar también tienen un peso significativo.

# Construcciones y alcances del derecho a la salud en el Primer Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos (Argentina, 2017-2020): prioridades de agenda y lineamientos de política pública desde un enfoque de derechos humanos<sup>1</sup>

Laura Gottero<sup>2</sup>

Recibido: 08/01/2019

Aceptado: 11/02/2019

## Resumen

En este artículo se examina cómo se presenta el derecho a la salud en el Primer Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos (2017-2020), incorporando de manera efectiva un enfoque de derechos más allá de la dimensión enunciativa, para lo que la planificación requiere transformaciones conceptuales y metodológicas. A partir del estudio de la inclusión del derecho a la salud en dicha política pública, se entrecruzan dimensiones de análisis con elementos centrales del enfoque de derechos aplicado a la formulación de políticas públicas. Además, se reflexiona sobre las distancias entre el derecho a la salud cuando se presenta como un derecho social reconocido

<sup>1</sup> Artículo elaborado a partir de avances de investigación en el marco del Proyecto de Investigación Científica y Tecnológica Orientados (PICTO)-UNLa “Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos (2017- 2020): relevamiento sobre el estado de implementación en el Conurbano Sur de la Provincia de Buenos Aires”, Instituto de Justicia y Derechos Humanos, Universidad Nacional de Lanús (UNLa).

<sup>2</sup> Profesora de nivel medio y superior en Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Buenos Aires y Doctora en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Instituto de Justicia y Derechos Humanos, UNLa. Correo electrónico: lauritagottero@gmail.com.

por la Constitución nacional y cuando se aborda como un derecho humano y social. Esta brecha supone desafíos y consecuencias para la materialización del acceso a la salud respecto a la representación de la población destinataria y las obligaciones de protección y garantía del Estado.

**Palabras clave:** acceso a derechos, derecho a la salud, políticas de derechos humanos, Plan Nacional de Acción de Acción en Derechos Humanos (PNADH), políticas públicas, Argentina.

## Abstract

This article examines how the right to health is presented in the first National Human Rights Action Plan (2017–2020), incorporating a genuine rights approach that goes beyond the enunciation of principles and leads to conceptual and methodological transformations in planning. Based on a study of the inclusion of the right to health in this public policy, aspects of analysis are intersected with core elements of the rights approach, as applied to policymaking of public policies. In addition, reflections are offered on the gaps between the right to health when recognized as a constitutional social right and its treatment as a human right in the social domain. These gaps entail challenges and consequences for realization of access to health, with respect to representation of the target population and the State's obligations to protect and guarantee.

**Keywords:** access to rights, right to health, human rights policies, National Human Rights Action Plan (PNADH), public policies, Argentina.

## Résumé

Le présent article examine la façon dont le droit à la santé est abordé dans le Premier Plan d'action national pour les droits de l'homme (2017-2020), en y incorporant effectivement une approche qui va bien au-delà du droit énoncé, dont la planification appelle des transformations conceptuelles et méthodologiques. Partant de l'étude de l'inclusion du droit à la santé dans cette politique publique, les dimensions d'analyse se conjuguent avec les éléments centraux de l'approche des droits appliquée à la formulation des politiques publiques. Cette approche analyse en outre sur le décalage existant entre le droit à la santé lorsqu'il est présenté comme un droit social reconnu par la Constitution nationale et ce même droit abordé comme un droit humain et social. Cet écart pose des défis et a des répercussions en termes de réalisation de l'accès à la santé sur le plan de la représentation de la population cible et des obligations de l'État en matière de protection et de garantie.

**Mots-clés:** accès aux droits, droit à la santé, politiques des droits de l'homme, plan d'action national pour les droits de l'homme (PNADH), politiques publiques, Argentine.

## Introducción

En el campo transdisciplinario de los derechos humanos, el derecho a la salud se configura como un paradigma fructífero para analizar el modo en que se presentan los elementos centrales de un derecho humano, así como los principales desafíos que estos plantean en cada contexto nacional. Los derechos humanos constituyen las protecciones de que gozan las personas y representan una limitación al poder de los Estados. Alcanzan a todos aquellos que se encuentran en el territorio nacional, ya sea que se consideren ciudadanos/as o no. Se trata de las garantías esenciales para desarrollar la vida de manera digna y conforman un compromiso estatal asumido ante la comunidad internacional a partir de la aprobación y ratificación de instrumentos internacionales de derechos humanos (Serrano y Vázquez, 2013; Kawabata, 2003; Nikken, 1999; Bobbio, 1998). Los Estados se comprometen a incorporar progresivamente la perspectiva de derechos humanos en la formulación de las políticas públicas; ello implica que las planificaciones que regulen la garantía y el acceso a los derechos fundamentales para la vida deben efectuar transformaciones a lo largo de todo su ciclo, tomando en cuenta los lineamientos propios del enfoque de derechos humanos.

En este artículo se examina la planificación en torno al derecho a la salud contemplado en el Primer Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos (2017-2020), elaborado por el Estado argentino. A partir del análisis de la estructura de la planificación y de los objetivos de salud planteados, se investiga cómo se construye la agenda de salud pública con arreglo a un enfoque de derechos humanos, a fin de abordar el diseño de esta política desde una mirada crítica. Además, se examinan la selección de objetivos y las líneas de acción. El estudio parte de la premisa de que existen distancias entre las políticas que gestionan y regulan los derechos sociales —dándoles el sentido y el alcance de derechos humanos— y las que emplean una retórica de derechos humanos para referirse a los derechos sociales, sin reconstruir ni revisar su contenido y sus modalidades de implementación. Estas brechas tienen implicancias concretas y se producen porque la perspectiva de derechos no constituye una declaración de buenas intenciones por parte de los Estados sino una metodología y un esquema conceptual preciso que puede y debe ser aplicado en el diseño de políticas.

Aquí se presentan los resultados del estudio con respecto a la inclusión y planificación del derecho a la salud en el PNADH, que dan cuenta del modo en que surgen estas discrepancias y ponen en evidencia los retos que plantean los derechos humanos a la hora de elaborar políticas públicas en la región. El PNADH es el primer plan oficial implementado como tal en la Argentina, aunque tiene antecedentes que le sirvieron de base: uno de los más importantes es el documento *Acciones para un Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos 2010-2015*, elaborado por la entonces Secretaría de Derechos Humanos durante el gobierno de la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner<sup>3</sup>. El Plan 2017-2020 fue presentado en diciembre de 2017, durante el segundo año de gobierno del Presidente Mauricio Macri,

<sup>3</sup> Este documento se menciona y se explica brevemente en los fundamentos del Primer Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos (2017-2020) y figura en un anexo normativo; véase [en línea] <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/300000-304999/304591/dec1024.pdf>.

y paradójicamente su vigencia se inscribe en una etapa de retrocesos, contradicciones y desafíos claros en materia de derechos humanos en el país (CELS, 2017 y 2016; FUNDEPS/ANDHES, 2018; CIDH, 2017, entre otros trabajos). Sin embargo, los Estados que se comprometen a cumplir las normativas internacionales de derechos humanos mantienen su responsabilidad más allá de las gestiones puntuales de los gobiernos; de allí que resulte relevante articular las metas de salud y derechos humanos enunciadas en el PNADH con los compromisos estatales de incorporar un enfoque de derechos humanos en todo el ciclo de las políticas públicas, entendidas como responsabilidades de Estado independientes de las gestiones específicas de gobierno.

## **A. Perspectiva de derechos y estudio de políticas públicas: planteamiento articulado**

Las políticas públicas pueden entenderse como una planificación fundamentada del Estado sobre cuestiones que se incorporaron a la agenda pública, por lo que se tratan como problemáticas relevantes que el aparato estatal decide abordar con arreglo a sus capacidades institucionales, su configuración ideológica y sus objetivos de gobierno. Ello tiene lugar en un contexto dinámico de actores que interactúan para obtener y acrecentar el poder en la toma de decisiones que se asocia con dicha cuestión problemática desde el punto de vista político (Parsons, 2007; Vilas, 2007; Aguilar Villanueva, 1996; Kelman, 1992; Oszlak, 1985, entre otros trabajos). Tanto la formulación como la implementación de políticas públicas se tornan etapas continuas y complementarias, y llevan aparejadas interacciones entre Estado y sociedad cuyas formas particulares definen modos concretos de acceso a un derecho (Matus, 2014; Procacci, 1999; Bobbio, 1998; Subirats, 1993; y Gellner, 1983, entre otros trabajos).

En el período reciente se han intensificado las preocupaciones y las demandas por parte de diversos sectores respecto de la consolidación del acceso a los derechos y la protección de estos como parte de los compromisos estatales en materia de derechos humanos; de allí provienen también las iniciativas para monitorear y evaluar políticas públicas de acuerdo con este enfoque (OEA/GTPSS, 2015; ACNUDH, 2006; Abramovich y Pautassi, 2010; Rossi y Moro, 2014, entre otros trabajos).

Desde esta visión general de políticas, en el artículo se plantea un problema de investigación a partir de una perspectiva transdepartamental y transdisciplinaria, para lo que resulta preciso articular saberes interdisciplinarios y de distintos campos temáticos en función de los objetivos propuestos para afrontar la problemática planteada. Es así que la metodología empleada se vincula directamente con los requerimientos del problema de investigación en contexto y se adapta a dichos requerimientos (Arnoux, 2009; De Oto, 2017). Por esta razón, se combinan dos estrategias de análisis:

i) Marco metodológico del enfoque en derechos humanos

Este enfoque teórico-metodológico brinda marcos conceptuales para el análisis y las herramientas de recolección, estudio y evaluación de datos de políticas en concordancia con los lineamientos provistos por los instrumentos internacionales de derechos humanos a los que los Estados se han obligado tras ratificarlos (OEA/GTPSS, 2015; Gerlero, 2010; y Pautassi, 2010a y 2010b, entre otros trabajos). En un apartado posterior se profundizará sobre este esquema metodológico.

ii) Estudio de planificación estratégica de políticas públicas

Estas estrategias y metodologías de investigación presentan herramientas de análisis de políticas públicas que resultan adecuadas para examinar las características de formulación, implementación e impacto o evaluación de una política seleccionada. En este marco, se trabajó con elementos de la Planificación Estratégica Situacional (PES), concebida específicamente para los escenarios latinoamericanos y que incorpora una visión integral y dinámica entre escenarios, instituciones, actores privados y públicos, así como variables contextuales (Matus, 2014 y 2008).

## B. Alcances y contenido del derecho a la salud como derecho humano

Como se ha indicado anteriormente, la planificación del derecho a la salud como derecho social constitucional y la planificación como derecho (social) humano entrañan efectos diferentes. El primer modo constituye un compromiso estatal a nivel nacional, de acuerdo con las delimitaciones que surgen de la normativa y de las representaciones que cada Estado construye respecto de los sujetos de derecho; el segundo representa un conjunto de obligaciones estatales asumidas ante la comunidad internacional que protege a todas las personas dentro del territorio del Estado que aprobó dichos acuerdos.

Según la Declaración y Programa de Acción de Viena (Naciones Unidas, 1993), los derechos humanos son universales, indivisibles, interdependientes y están relacionados entre sí, por lo que el incumplimiento o las falencias de un derecho humano afecta de manera inexorable a otros (Piovesan y Gotti, 2013). Su fortalecimiento o, de lo contrario, las acciones negativas que tienden a su debilitamiento o vulneración corresponden a los Estados, que son los que asumen un compromiso a nivel internacional mediante la firma de instrumentos normativos de derechos humanos. De allí que para Bobbio (1998) el desafío contemporáneo no radique en la enunciación y el reconocimiento formal de derechos —para lo cual existe un vasto catálogo de normas—, sino en su cumplimiento efectivo en tanto que obligaciones del Estado.

El derecho a la salud se reconoce en varios instrumentos del Sistema Universal de Derechos Humanos; uno de los más importantes es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 1966), en el que el artículo 12 reconoce

el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental. El órgano de supervisión del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, a saber, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, elaboró asimismo una serie de Observaciones Generales que otorgan contenido concreto al derecho a la salud como derecho humano, y uno de sus resultados principales es la Observación General N° 14 (Naciones Unidas, 2000) sobre el derecho al más alto nivel posible de salud, por ser fundamental para el acceso a otros derechos, y porque estos son necesarios para concretar el acceso a la salud (parágrafo 3). Su garantía se puede establecer mediante la formulación de políticas públicas y normativa específica, y también por medio de la adopción de recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Observación General N° 14 establece que el mejor estado de salud posible depende de un amplio espectro de factores socioeconómicos, que definen las posibilidades de una vida sana: “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” (Naciones Unidas, 2000, pág. 2). Por dicha interrelación, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales interpreta que el derecho a la salud requiere atención sanitaria oportuna y adecuada e incluye:

el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud... (Naciones Unidas, 2000, pág. 3).

A partir de esta afirmación, Arballo (2013) indica que una de las características del derecho a la salud es que su cumplimiento requiere la adopción de medidas no sanitarias; por ello, la demanda de políticas públicas para garantizar su acceso es mucho mayor de lo que comúnmente se supone, lo que acentúa la necesidad de adoptar un enfoque de derechos en este tipo de planificaciones. Siguiendo a Piovesan y Gotti (2013), gran parte de estas medidas se vinculan con obligaciones inderogables para los Estados, que incluyen desde garantizar el acceso a la salud sin discriminación y visibilizar la protección de derechos de los que la salud depende (alimentación, vivienda, medio ambiente, entre otros), hasta formular estrategias participativas de salud pública que impliquen mecanismos de evaluación y revisión.

La Observación General N° 14 indica que los Estados deben respetar el derecho a la salud, en especial mediante la eliminación de las trabas de acceso a la salud impuestas a ciertos grupos vulnerables:

los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. (Naciones Unidas, 2000, págs. 9 y 10).

La referencia específica a las medidas no relativas a la salud y a los factores no sanitarios que inciden en el acceso efectivo al derecho a la salud conecta esta discusión con el concepto de determinantes sociales, que resulta imprescindible para la transformación conceptual que supone entender la salud como derecho humano. La interrelación entre factores sanitarios y socioeconómicos se materializó a través de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2009a), que recientemente reconoció la antigüedad de las perspectivas de salud que desde hacía más de un siglo destacaban la incidencia de las desigualdades en el estado de salud de la población. La función de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) es “reunir y analizar pruebas científicas de los mecanismos sociales que condicionan la salud y las desigualdades en materia de salud; formular recomendaciones de política para fortalecer el sistema de salud y promover la equidad en este ámbito mediante la adopción de medidas relacionadas con los factores sociales; y fomentar la aplicación de las recomendaciones en los países.” (Naciones Unidas, 2005, pág. 5).

En 2009 la CDSS publicó un documento en el que, como aspiración internacional, proponía aceptar la reducción de las desigualdades sanitarias en el período de una generación (30 años), y afirmaba que la “mala salud de los pobres” se debía a “una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible...” (OMS, 2009b, pág. 1). En lo que respecta a la labor de la CDSS, en 2011 se firmó en Río de Janeiro la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, en el marco de la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2011). En esa ocasión se destacó que la inequidad sanitaria representaba un desafío tanto al interior de los países como en el plano mundial, puesto que los sectores de gobierno, los actores sociales y también la comunidad internacional se habían comprometido a mitigar la desigualdad sanitaria. Asimismo, la Declaración expone las principales áreas de intervención e incidencia sobre la inequidad sanitaria y señala que se debe: i) adoptar una gobernanza más eficiente para la salud y el desarrollo; ii) fomentar la participación en el diseño e implementación de políticas; iii) reorientar el sector salud para la reducción de la inequidad sanitaria; iv) fortalecer la gobernanza y la cooperación internacional; v) hacer un seguimiento de los progresos y la rendición de cuentas (OMS, 2011). Este instrumento de compromiso internacional destaca el rol de las políticas públicas a la hora de afrontar las desigualdades en términos de salud, aunque en sus líneas de acción no incluye de manera específica la disminución de las injusticias distributivas multidimensionales que inciden en la situación de salud y conforman los determinantes sociales. Por otra parte, la Declaración reconstruye el panorama de los actores involucrados, lo que vuelve más compleja la presencia del Estado a raíz del acompañamiento de otros agentes, públicos y privados, quienes tendrán responsabilidades y atribuciones en lo referente al acceso a la salud.

Volviendo a dirigir nuestra atención al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, este formuló otras Observaciones Generales relevantes para el acceso a la salud como derecho humano. Por razones de especificidad y extensión del artículo, aquí solo se señalarán dos:

Primero, la Observación General N° 3 (1990) sobre el alcance y el modo en que los Estados deben cumplir con sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, a saber: i) destinar “el máximo de los recursos de que disponga” al cumplimiento de las obligaciones, esfuerzo que debe estar acreditado o probado; ii) “adoptar medidas” que no se encuentren supeditadas a eventualidades y que deben implementarse en un plazo “razonablemente breve tras la entrada en vigor del Pacto para los Estados interesados” (Naciones Unidas, 1990), y iii) respetar el criterio de progresividad: si bien el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que las transformaciones que lleven a un cumplimiento integral de los derechos no podrán producirse en un período breve de tiempo, existe una obligación inmediata de respetar y proteger el contenido mínimo del derecho.

Segundo, en la Observación General N° 20 sobre la igualdad y la no discriminación se indica que estas son “componentes fundamentales de las normas internacionales de derechos humanos y son esenciales a los efectos del goce y el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales.” (Naciones Unidas, 2009, pág. 1). Además, se aclara que la obligación de los Estados ante situaciones de discriminación es inmediata, y se define a estas situaciones como cualquier distinción, exclusión, restricción, preferencia o trato diferente cuyo resultado sea afectar el reconocimiento, acceso o goce en condiciones de igualdad de los derechos enunciados en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Naciones Unidas, 2009).

La erradicación de la discriminación incide en el acceso a la salud y fortalece el entramado de derechos necesarios para una vida digna desde una premisa de igualdad, es decir que “asegurar que todas las personas tengan igual acceso a una vivienda adecuada y a agua y saneamiento ayudará a superar la discriminación de que son objeto las mujeres, las niñas y las personas que viven en asentamientos informales y zonas rurales.” (Naciones Unidas, 2009, pág. 4).

La acción discriminatoria es el común denominador de muchas prácticas irregulares u obstaculizadoras del acceso a la salud y afecta sobre todo a los grupos vulnerables. En 2003, el Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física informó que “La no discriminación y la igualdad de trato son dos de los elementos más importantes del derecho a la salud. Por consiguiente, las normas internacionales de los derechos humanos proscriben toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de salud y a los factores determinantes básicos de la salud...” (Hunt, 2003, pág. 9). De conformidad con lo expuesto, Pautassi y Ramírez (2013) indican que la no discriminación relacionada con el derecho a la salud se puede estudiar en función de al menos dos dimensiones: la oferta de atención a la salud por parte del Estado, que no debe ser selectiva con respecto a la condición del sujeto que la demanda, y el reconocimiento de la diversidad en el seno de las prácticas terapéuticas, respetando así concepciones distintas de la salud y de la medicina.

En el continente americano, los parámetros del Sistema Universal de Derechos Humanos se articulan con los estándares provistos por el Sistema Interamericano. La

Convención Americana de Derechos Humanos (o Pacto de San José de Costa Rica, 1969) de la Organización de los Estados Americanos establece de manera explícita el carácter progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales en el artículo 26, capítulo III, mientras que el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) (1988) constituye un instrumento de protección de los derechos económicos, sociales y culturales, que también destaca la obligación de adoptar medidas progresivas como elemento central de dicha garantía, hasta el máximo de los recursos disponibles, que permita la plena efectividad de los derechos en cada escenario nacional (art. 1); asimismo, el Protocolo dispone que los derechos se deben ejercer en articulación con el principio de no discriminación (art. 3). Con respecto a la salud, el artículo 10 señala que se trata de un bien público; para garantizar el derecho a la salud, deberá haber acceso a la atención primaria, extensión de los servicios a todas las personas dentro del territorio y en especial la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos con mayor riesgo y en situación de pobreza, entre otros aspectos (OEA, 1988).

Para Pautassi (2010a), el Protocolo de San Salvador forma parte del conjunto de instrumentos de derechos humanos que permite definir de manera más precisa el contenido del derecho, así como suministrar herramientas y parámetros para el análisis de las políticas públicas<sup>4</sup>. En la sección siguiente se ahondará en esta idea.

## C. Metodologías para incorporar el enfoque de derechos en las políticas públicas

Tal como señalan Rossi y Moro (2014), en la actualidad existen dos modelos preponderantes para el diseño de políticas públicas con perspectiva de derechos humanos: la propuesta esbozada por las Naciones Unidas (ACNUDH, 2006), y la guía metodológica y conceptual elaborada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) entre 2008 y 2015.

Con respecto a esta última, su elaboración surge del contenido del Protocolo de San Salvador, que representó el punto de partida para el diseño de la metodología específica del enfoque de derechos humanos en cuanto a la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas. A este respecto, en el documento *Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador* (OEA/GTPSS, 2015) se explica el modo en que se identifican y evalúan las obligaciones del Estado incluidas en la formulación

<sup>4</sup> Junto a estos instrumentos de derechos humanos de referencia significativa en la región, cabe señalar la Resolución 1/18: “Corrupción y derechos humanos” de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, que dice: “La corrupción en la gestión de los recursos públicos compromete la capacidad de los gobiernos para cumplir con sus obligaciones de derechos sociales, incluidos salud, educación, agua, transporte o saneamiento, que resultan esenciales para la realización de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales y en particular de las poblaciones y grupos en condición de más vulnerabilidad”. El hecho de que se vincule el acceso a derechos económicos, sociales y culturales con la protección de las personas frente a la corrupción institucional indica una configuración renovada de las obligaciones del Estado en materia de derechos humanos. Se trata de un tema que también se aborda en la bibliografía reciente de este campo interdisciplinario. Véase mayor información en Peters (2015).

de políticas. Esta propuesta, de carácter vinculante para los Estados que aprobaron el Protocolo, comprende indicadores cuantitativos y cualitativos: los primeros expresan un resultado esperado con magnitudes (“cantidad de personas que acceden a una consulta en un centro de atención primaria de la salud”), y los segundos analizan ese resultado esperado a través de dimensiones no mensurables (“inclusión y tipo de preguntas sobre determinantes sociales de la salud realizadas por el/la efector/a de salud en el cuestionario inicial de anamnesis durante la consulta en un centro de atención primaria de la salud”<sup>5</sup>).

De manera complementaria —y esto constituye uno de los elementos diferenciales de esta propuesta—, se propone incorporar señales de progreso que permitan indagar en la experiencia que las personas consideran tener respecto al acceso a sus derechos. Continuando con el tema de los ejemplos anteriores, una señal de progreso podría ser el “grado y características de información significativa sobre su cuadro de salud que la persona cree haber adquirido a partir de la consulta médica realizada”<sup>6</sup>.

Dichos indicadores y señales se examinan desde tres perspectivas: i) recepción del derecho, es decir la forma en que un derecho del Protocolo se incorpora en la normativa nacional y las políticas públicas; ii) contexto financiero y presupuestario, que se refiere a la disponibilidad efectiva de recursos para la ejecución de políticas públicas, y iii) capacidades estatales e institucionales, es decir de qué manera el Estado establece y sostiene organismos específicos para la implementación de políticas públicas en los que confluyan la recepción del derecho y el presupuesto necesario para la provisión de los recursos humanos y materiales necesarios para salvaguardar el derecho en cuestión. De manera simultánea, el análisis se realiza a partir de dimensiones transversales, que son la igualdad y la no discriminación, el acceso a la información y la participación, y el acceso a la justicia<sup>7</sup>.

Si bien el modelo propuesto por las Naciones Unidas no comprende un esquema con dimensiones y variables metodológicas, este provee elementos para rastrear la incorporación del enfoque de derechos humanos en la acción del Estado y en estrecha relación con las estrategias gubernamentales orientadas al desarrollo. El planteo general no tiene por objetivo principal visibilizar las obligaciones de los Estados, sino proponer la adopción del enfoque de derechos humanos en diferentes contextos nacionales, presentando diversos argumentos relacionados con la gestión pública. Se identifica a los titulares de derechos y a los titulares de deberes como elemento característico —sin centrarse en la responsabilidad estatal como vértice del compromiso con los derechos humanos—, y se establece la realización de los derechos humanos como objetivo del enfoque de derechos humanos en todas las políticas (ACNUDH, 2006).

La propuesta de las Naciones Unidas no tematiza la dimensión de obligatoriedad sino que resalta la conveniencia del uso del enfoque de derechos humanos, al que le asigna

<sup>5</sup> El documento de la OEA sugiere indicadores y señales y establece una distinción por tipo de derecho. Los ejemplos que se presentan aquí son ejercicios derivados del estudio de dicho modelo, y fueron elaborados específicamente para este artículo, con finalidad explicativa.

<sup>6</sup> Ejemplos formulados específicamente para este artículo, con finalidad explicativa.

<sup>7</sup> Esta síntesis proviene de un planteamiento profundo expuesto en publicaciones anteriores, que no se detalla aquí por razones de extensión de texto. Para mayor información, véase Gottero (2015a).

beneficios de orden práctico: i) clarificar derechos de “los más pobres entre los pobres”; ii) abordar los derechos humanos desde una perspectiva holística que fundamente las políticas, mediante la referencia a los instrumentos internacionales de derechos humanos; iii) contar con la posibilidad de generar procesos participativos; iv) desarrollar mecanismos de transparencia y rendición de cuentas; v) concretar la vigilancia de los compromisos del Estado; vi) exhibir resultados positivos sostenidos que hagan más efectivas las inversiones (ACNUDH, 2006). Para la propuesta, estas finalidades constituyen las fortalezas de incorporar una perspectiva de derechos en las políticas públicas de los Estados, pero la dimensión de obligación estatal se subordina a la estrategia persuasiva pensada para efectivizar la adopción de estos fundamentos. Por último, la vinculación de la perspectiva de derechos humanos con los enfoques sobre el desarrollo le otorga un carácter instrumental a la primera, configurándola como una herramienta favorable de gobierno, y no como una meta en sí misma<sup>8</sup>.

Tal como se observará en la instancia de análisis del derecho a la salud según el PNADH, la elección de una u otra opción para incorporar el enfoque de derechos humanos en las políticas públicas conlleva consecuencias significativas en el contenido y el alcance de la salud como derecho humano planificado.

## D. El PNADH de la Argentina: un recorrido por su planificación general

El PNADH se elaboró para el período 2017-2020 y se planteó como una respuesta desde las políticas públicas a las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos contraídas por el Estado argentino, principalmente a partir de la ratificación de la Declaración y Programa de Acción de Viena (Naciones Unidas, 1993). Ello se vinculó con el cumplimiento de los compromisos asumidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible<sup>9</sup>. En tanto acción que atiende a dicha demanda, esta política se define como un instrumento de gestión estructurado sobre la base de un ciclo clásico de planificación, conformado por etapas sucesivas y continuas que vuelven a empezar: diagnóstico y análisis, diseño y elaboración, implementación y ejecución, monitoreo, evaluación, y así sucesivamente. Se considera que la prefiguración de esta serie de etapas es clásica porque no incorpora las visiones estratégicas que señalan la simultaneidad de dos o más fases de este ciclo, puesto que muchas veces la implementación de una política genera nuevas necesidades de formulación, o bien la evaluación parcial de los resultados surge mientras se ejecuta el plan, sin haber finalizado. A su vez, ello da lugar a nuevos esfuerzos para reformular metas y acciones.

<sup>8</sup> Abramovich (2006) hizo una crítica pormenorizada de la adopción del enfoque de derechos humanos en las políticas y estrategias de desarrollo.

<sup>9</sup> La salud constituye el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (Naciones Unidas, 2018). Si bien en la planificación del PNADH sobre el derecho a la salud no se hace referencia a dicho ODS, este sí se encuentra en la agenda pública del Estado argentino vinculado casi en su totalidad con el objetivo de gobierno de desarrollo humano sustentable, y en parte con la idea de un acuerdo productivo nacional. A su vez, este forma parte de un proceso de reestructuración institucional de la administración pública iniciado en 2015. Véase [en línea] <http://www.odsargentina.gob.ar/VinculacionODS>.

La forma de planificación se relaciona con el documento internacional de referencia para la elaboración del PNADH, del que se extrajo la metodología empleada en su formulación. Dicho documento se denomina *Handbook on National Human Rights Plans of Action* (ACNUDH, 2002) y se trata de un manual sobre planes nacionales de acción en derechos humanos elaborado a partir de las recomendaciones formuladas en la Declaración y Programa de Acción de Viena (Naciones Unidas, 1993), entre las cuales se incluyó el llamado a los Estados para que diseñen planes nacionales de derechos humanos. El manual establece los aspectos que se deben observar en un plan nacional de derechos humanos para evaluar su eficiencia: el nivel de las políticas que sustentan la planificación, que debe ser transparente y participativa; la integración amplia de los lineamientos de derechos humanos en el plan; el establecimiento de prioridades viables o realistas y la acción orientada a la consecución de los objetivos; criterios claros y mecanismos de participación sólidos para el monitoreo y la evaluación, e insumos y recursos adecuados<sup>10</sup>. Así, la incorporación del enfoque de derechos humanos se enmarca en una visión más amplia de la gestión estatal orientada hacia la consecución de objetivos, y en este caso, estos propósitos son los compromisos internacionales que los Estados han contraído tras ratificar los instrumentos que se encuentran en el sistema de las Naciones Unidas; de allí que esta guía incluya referencias explícitas a los beneficios derivados del cumplimiento de sus instrucciones.

El PNADH adopta el lenguaje del manual y de la propuesta general elaborada por las Naciones Unidas (ACNUDH, 2006), lo que se observa cuando se destacan los beneficios de contar con un PNADH, en términos de estimular “una comprensiva evaluación de las necesidades del país en materia de derechos humanos” (Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2017, pág. 19). Este posicionamiento se distancia del registro del enfoque de derechos humanos vinculado con las obligaciones del Estado, y se centra en el convencimiento de que se debe fortalecer la estrategia planteada.

En paralelo con la conformación de este discurso, se observa que se han incorporado elementos provenientes de diferentes líneas de argumentación y legitimación, que se evidencian cuando se fundamenta la importancia del enfoque de derechos en la gestión pública. En este sentido, el PNADH plantea que el Estado asume un nuevo rol al incluir a los derechos humanos en la agenda pública, y expresa que, de ese modo, se propicia la construcción de un “régimen general de valores” sobre derechos civiles y políticos, así como también sobre derechos económicos, sociales y culturales.

<sup>10</sup> Por otra parte, el seguimiento persigue los siguientes objetivos: la ratificación de instrumentos internacionales de derechos humanos; una sólida administración de justicia; relaciones entre derechos humanos y desarrollo; el reconocimiento de derechos económicos, sociales y culturales y su implementación, con especial atención a los grupos más vulnerables.

## E. Un Plan con varios planes

El PNADH constituye una política nacional central con una serie de planificaciones complementarias a las que el documento se refiere brevemente: por un lado, se encuentran los Planes Operativos Anuales, que tendrían la finalidad de hacer que el PNADH sea operativo —lo que supondría una “planificación de la planificación”— y, por el otro, los Planes Federales, que de hecho son provinciales y tienen por cometido la implementación de esta política en escenarios subnacionales (Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2017).

En su fase de formulación el PNADH se puso en contacto con diversos organismos del Estado, del Poder Judicial y también de los gobiernos provinciales. Ello permitió configurar un organigrama institucional bastante extenso, en busca de recomendaciones e insumos:

Se enviaron los documentos a: veinte (20) Ministerios, a la Comisión de Derechos Humanos y Garantías de la Cámara de Diputados y a la Comisión de Derechos Humanos y Garantías de la Cámara de Senadores; al Ministerio Público Fiscal, Dirección General de Derechos Humanos; al Ministerio Público de la Defensa, Defensora General de la Nación; a la Corte Suprema (Oficina de Violencia Doméstica, Base General de Datos de Niños, Niñas y Adolescentes, Oficina de la Mujer). Por otro lado, se consultó a las veinticuatro (24) jurisdicciones provinciales, a ocho (8) organizaciones de la sociedad civil, a siete (7) expertos y expertas de Universidades Nacionales y al Consejo Interuniversitario Nacional (CIN). (Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2017, pág. 25).

Resulta llamativo que en el conjunto de comunicaciones no se hayan incluido organismos estatales con competencia directa en la situación de grupos identificados de manera específica en el Plan, como la Dirección Nacional de Migraciones (DNM) o el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), puesto que existen ítems de la planificación que se concentran en estos grupos. Por otra parte, la atención específica a grupos vulnerables de acuerdo con dimensiones transversales (igualdad, participación, acceso a información y a la justicia) constituye un elemento central de la formulación de políticas desde un enfoque de derechos.

Además de las consultas al interior del Estado, la elaboración del PNADH contempló la dimensión de participación social o comunitaria a través de una consulta virtual realizada en la plataforma del Programa Justicia 2020<sup>11</sup>, que se definió como “un foro donde se instaló una consulta ciudadana abierta que posibilitó el acceso de miles de personas que pudieron aportar sus ideas, comentarios y opiniones sobre políticas públicas en materia de planificación en derechos humanos” (Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2017, pág. 26). Si bien considerar una instancia participativa en la elaboración del Plan es un elemento preliminar de una buena práctica potencial, pueden señalarse diversas limitaciones de esta forma de concretar la participación.

<sup>11</sup> Véase [en línea] <https://www.justicia2020.gob.ar/>.

En principio, el pedido de opinión o de insumos no constituye de por sí un mecanismo de participación, pues la demanda no está puesta en quien facilita el acto de participar, sino en quien desea expresarse o ser parte en el proceso.

En segundo lugar, el recurso de consulta virtual a través de una plataforma web necesariamente supone un proceso selectivo del público destinatario, en el sentido de que solo pueden participar en esta iniciativa quienes cuentan con disponibilidad de conexión a internet y tecnología adecuada para hacerlo (como celulares o computadoras), tienen conocimiento de la existencia de esta consulta o del programa que la organiza, y poseen ideas exploratorias o concretas respecto del tema consultado. Además, solo es posible participar mediante el registro personal del usuario, lo que puede ocasionar dificultades adicionales (de orden personal o técnico) en cuanto a la participación.

En lo relativo a la participación de las ocho organizaciones de la sociedad civil y los/las siete expertos/as universitarios/as —si se considera la capacidad institucional de ampliar el muestreo—, desde una perspectiva metodológica esta indagación resultaría insuficiente como relevamiento muestral en campo, dadas las dimensiones y el alcance de la política, así como las posibilidades que tiene el Estado de transferir mecanismos de consulta y recomendaciones a los niveles subnacionales. Además, no se explican las condiciones bajo las cuales se recurrió a esa muestra ni se especifica cómo fue el pedido de información solicitada.

Finalmente, en su desarrollo el PNADH se propone elaborar un sistema de indicadores de monitoreo y evaluación (Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2017). Esta intención es promisoria respecto de los compromisos internacionales asumidos por el Estado en materia de adecuación de sus políticas públicas a un enfoque de derechos humanos que genere elementos concretos de evaluación desde esa perspectiva. No obstante, puesto que existían modelos previos que podrían haber servido de materia prima para la elaboración del PNADH, habría sido deseable que la confección de tal sistema hubiera estado precedida por la aplicación de metodología disponible para evaluar políticas mediante indicadores de derechos humanos (OEA/GTPSS, 2015), que esta tomara como base el contenido del Protocolo de San Salvador (OEA, 1988), y que no excluyera la incorporación de premisas del enfoque de las Naciones Unidas.

## **F. Planificación del derecho humano a la salud en el PNADH**

El análisis de la construcción del derecho a la salud como derecho humano incluido en el PNADH se realizó mediante una investigación en tres dimensiones: i) estructura formal de la planificación (del Plan y del eje de derecho a la salud); ii) representaciones y definiciones del derecho a la salud vertidas en la planificación, y iii) selección y articulación de los objetivos que componen la planificación del derecho humano a la salud en la política pública objeto de estudio.

Cuadro 1

**Estructura de la planificación y adaptación del derecho a la salud al contexto local**

Dimensión de estudio	Primer Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos (2017-2020)
Estructura formal de la planificación y adaptación del derecho a la salud al contexto local	<p>Se trata de una política nacional central y cuenta con planificaciones complementarias, como los Planes Operativos Anuales y los Planes Federales, destinados a implementar la política nacional en las provincias.</p> <p>Insumos para la formulación obtenidos a partir de la consulta a Ministerios, otros organismos del Estado, Poder Judicial, gobiernos provinciales, y espacio virtual de consulta pública en la página web del Programa Justicia 2020.</p> <p>Socios necesarios: provincias, obras sociales (subsistema de salud), la SENNAF y el INDEC (estas siglas se explican en el cuerpo del texto).</p> <p>El derecho a la salud se incluye en el eje "Acceso universal a derechos" y se estructura en acciones de gestión, responsables, socios necesarios, meta, e indicador.</p> <p>Las metas y los indicadores son cuantitativos o de resultado ("realizado"/ "no realizado").</p> <p>No se incluyen señales de progreso de acuerdo con la metodología del enfoque de derechos humanos.</p>

**Fuente:** Elaboración propia sobre la base de la sistematización del análisis.

El derecho a la salud figura en el eje temático N° 4, "Acceso universal a derechos", y cada una de las acciones se estructura en contenido, responsables, socios necesarios, meta e indicador. En términos metodológicos, es importante señalar que las metas y los indicadores están definidos de manera cuantitativa y que se establecen porcentajes esperados de resultado para cada propósito, lo que constituye una visión parcial desde un enfoque de derechos, que debería complementarse con indicadores cualitativos y con señales de progreso que surjan de la experiencia de la población. Asimismo, no se observa una periodización de las metas o un cronograma de realización, por lo que se entiende que esto les correspondería a los Planes Operativos Anuales o a los Planes Federales, que deberían estar en proceso de elaboración desde 2018.

Los Planes Federales se relacionan con el proceso de adhesión de las provincias al PNADH, que se encargarían de formular dichas planificaciones, mientras que las acciones anuales pueden observarse en la sección sobre el seguimiento de los avances, publicada en el micrositio del PNADH<sup>12</sup>.

En lo que respecta a la distribución de responsables y de socios, allí también se pueden discutir premisas relativas al carácter integral y transversal del derecho a la salud, componente necesario para lograr el acceso desde un enfoque de derechos. Entre los responsables, el

<sup>12</sup> El seguimiento actualizado de los objetivos puede observarse [en línea] en <https://trello.com/b/ID3DwvD9/eje-4-acceso-universal-a-derechos>. También puede consultarse la publicación reciente del cumplimiento de compromisos que corresponde al año 2018; véase [en línea] <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/compromisos-cumplidos-2018>.

PNADH distingue al Ministerio de Salud<sup>13</sup> en su totalidad, aunque a veces hace referencia al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) y al Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) (Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2017). La identificación específica de estos organismos encargados de la salud y la posterior referencia al Ministerio de Salud motivan una primera observación sobre cómo se orientan las acciones en el ámbito de la salud que, en el período reciente, han registrado los mayores avances respecto del lenguaje y la metodología de derechos humanos aplicada a la gestión. Esto les quita preeminencia a los desafíos persistentes en espacios de la agenda de salud pública donde la perspectiva de derechos es una asignatura pendiente, como es el caso de la epidemiología. En ese ámbito, una interpelación desde el PNADH contribuiría a que sus espacios de gestión pudieran transformar la forma en que realizan su trabajo. Así, se podría comenzar por una gestión sanitaria de las poblaciones en territorio y luego tomar una perspectiva integral de las problemáticas de salud pública en la que se incluyan consideraciones relativas a las desigualdades estructurales y representaciones actualizadas sobre las movilidades de personas, enmarcando las acciones previstas de acuerdo con indicadores de derechos humanos planteados para las políticas públicas, puesto que esta articulación es factible, necesaria y capaz de mejorar los resultados previstos para una acción sanitaria epidemiológica (Gottero, 2015a, 2015b y 2014; Breilh, 2013, 2010 y 2009; Menéndez, 2009; Krieger, 2001; Ortiz, 2005; Ortiz e Insúa, 2003; Buck y otros, 1998, entre otros trabajos).

Entre los socios necesarios, el PNADH identifica a los gobiernos provinciales, las obras sociales, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF), y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2017). Al elegirse a estos socios, la planificación en materia de salud y derechos humanos asume una direccionalidad clara y se focaliza en ciertos grupos de la población, a la vez que contempla a esos mismos grupos desde una visión esquemática de la gestión que impide el entrecruzamiento de dimensiones de acción por parte del Estado. Por ejemplo, el hecho de centrarse en la SENNAF como único organismo estatal vinculado con la gestión de una población que requiere especial atención revela cierta preselección de destinatarios al planificar la atención a la salud, a la vez que deja de lado otras posibilidades de articulación. De hecho, aquellos niños, niñas y adolescentes pueden ser migrantes, pertenecer a pueblos originarios, afrontar una condición de discapacidad, vivir experiencias relativas a su condición sexual o de género, participar (o no) del sistema educativo, así como llevar a cabo otras prácticas propias de su desarrollo familiar y social que inciden en su situación de salud y que pueden regularse por el Estado e incluirse en líneas de acción desde un enfoque de derechos humanos.

<sup>13</sup> Si bien en las referencias del PNADH se mantiene la denominación de “Ministerio”, es importante señalar que en septiembre de 2018, a través del Decreto 802/2018, se reestructuró el organigrama de la administración pública nacional del Estado argentino, a raíz de lo cual varios Ministerios se transformaron en “Secretarías de gobierno”. Es así como el entonces Ministerio de Salud se convirtió en la “Secretaría de Gobierno de Salud”; no obstante, en este artículo se mantendrá la denominación original que es la que figura en el Plan.

Esta crítica a la falta de una mirada transversal cobra fuerza al observar la planificación específica del PNADH para el grupo de niños, niñas y adolescentes en el eje No. 1, “Inclusión, no discriminación e igualdad”, dentro del cual el punto 1.4 establece la protección de los grupos que se encuentran en una especial situación de vulnerabilidad, como niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, y personas en situación de discapacidad. No obstante ello, en la planificación específica del derecho a la salud no se hallan medidas que atiendan las problemáticas específicas de las personas mayores y de quienes afrontan una o más discapacidades, por lo que se observan incoherencias en la construcción de poblaciones prioritarias desde el planteamiento sanitario con perspectiva de derechos humanos<sup>14</sup>.

Cuadro 2  
**Representaciones y prioridades del derecho a la salud**

Dimensión de estudio	Primer Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos (2017-2020)
Representaciones del derecho a la salud de acuerdo con prioridades establecidas	<p>El derecho a la salud se planifica mediante siete acciones, que se distribuyen de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tres acciones orientadas a la salud sexual y reproductiva, entre las que se encuentran la provisión de insumos e información sobre anticonceptivos, la reducción de embarazos adolescentes no intencionales y la realización de la segunda edición en el 2019 de la Encuesta Nacional en Salud Sexual y Reproductiva, para poder compararla con el primer relevamiento de 2013.</li> <li>– Dos acciones relacionadas con la salud materno infantil, que son la promoción de la lactancia y la reducción de la morbilidad a través de estrategias de prevención y atención perinatales.</li> <li>– Una acción destinada a la accesibilidad del sistema de salud en poblaciones vulnerables, que se vincula con la mejora del porcentaje de diagnósticos oportunos mediante estrategias amigables en el sistema. Sin embargo, el indicador de resultado se centra en los diagnósticos de VIH y se refiere exclusivamente a esta población afectada.</li> <li>– Una acción programática para reducir la morbilidad por la enfermedad de Chagas, a través del control vectorial, el diagnóstico oportuno en niños, niñas y adolescentes, y la recertificación en algunas provincias para verificar que la enfermedad no se propague nuevamente.</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia sobre la base de la sistematización del análisis.

Como puede observarse en el cuadro, los objetivos del acceso a la salud en el PNADH se reparten en cuatro áreas: de manera predominante, salud sexual y procreación responsable, así como salud materno infantil. Entre las áreas con menor atención, se encuentran la accesibilidad al sistema (con foco en el VIH) y la reducción del riesgo epidemiológico que conlleva la enfermedad de Chagas.

<sup>14</sup> Cabe resaltar que todas las poblaciones a las que se hace referencia en este artículo y en el PNADH (migrantes; personas mayores; niños, niñas y adolescentes; personas en situación de discapacidad, entre otras) fueron objeto de convenciones de derechos humanos específicas que regulan el modo y el alcance de la protección que los Estados debían brindarles en razón de su situación particular de vulnerabilidad. Estos instrumentos fueron ratificados por la Argentina.

Una de las primeras observaciones que surge del análisis es que ninguna acción constituye una línea de acción nueva o específica del PNADH, sino que este retoma iniciativas o propósitos de organismos de la órbita del ex-Ministerio de Salud, que luego incluye en la planificación, aunque no incorpora una revisión conceptual y metodológica desde la perspectiva de derechos humanos. Esta observación se sustenta en una serie de ejemplos provenientes del análisis de políticas realizado, de los que se incluirán dos por razones de espacio:

- i) La realización de la II Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva parte de una línea de acción ya desarrollada por el ex-Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) en 2013<sup>15</sup>. La inclusión de la II Encuesta en el PNADH responde a la meta de “evaluar sus resultados, para generar información relacionada con la salud sexual y la salud reproductiva de la población que oriente la elaboración de estrategias para mejorar la implementación de la política pública y permita la comparación con los datos obtenidos en la Encuesta de 2013.” (Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, pág. 69)<sup>16</sup>. No obstante, parte de estas tareas ya se están realizando por el organismo que se conoce actualmente como Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, que posee un banco de recursos y campañas destinados a la población y a los equipos de salud<sup>17</sup>.

Pese a que convendría hacer una segunda edición de la Encuesta, en esta acción del PNADH no se observan elementos coincidentes con un enfoque de derechos que permitan evaluar, en principio, cómo sus resultados conducen a conclusiones sobre avances y cuestiones pendientes en materia de cumplimiento de obligaciones internacionales sobre los temas que abarca el PNADH. Asimismo, se debería confeccionar un instrumento de recolección de datos para luego revisarlo a la luz de los parámetros del enfoque de derechos humanos, con el fin de acercar la información obtenida a la materia prima necesaria para evaluar estos resultados con aquel paradigma, y mantenerlo en las instancias de sistematización de datos, difusión de resultados y definición de líneas de trabajo subsiguientes. Estas reformulaciones deberían surgir del PNADH y le brindarían una gran oportunidad de transformar las políticas desde una mirada transversal e integral.

- ii) La promoción y la protección de la salud materno infantil a partir de dos objetivos, a saber la promoción de la lactancia y la reducción de la morbimortalidad mediante estrategias de prevención y atención perinatales. Nuevamente, estas acciones ya tienen lugar en otras planificaciones de la agenda de salud pública<sup>18</sup> de la gestión presente y

<sup>15</sup> Sus resultados pueden consultarse en INDEC/MSAL (2014).

<sup>16</sup> Los resultados de dicha encuesta fueron objeto de análisis académicos, entre los que pueden señalarse el artículo de Rojas, Moyano y Peláez (2017), y el de Rojas (2017).

<sup>17</sup> Véase [en línea] <https://www.argentina.gob.ar/salud/saludsexual>, aunque la misma existencia de la Dirección expresa un solapamiento entre sus iniciativas y la planificación del PNADH.

<sup>18</sup> Las actividades de promoción de la lactancia pueden encontrarse en este documento MSAL y otros (2013), que se relaciona con la promulgación en aquel año de la Ley 26.873 de Promoción y Concientización Pública de la Lactancia Materna. También se puede consultar este boletín informativo, que es más reciente: MSAL (2016). En cuanto a la reducción de la morbimortalidad, puede citarse el Plan del año 2010 del entonces Ministerio de Salud de la Nación (MSAL, 2010a) y, con anterioridad, este documento estratégico: MSAL (2004). De manera complementaria, puede citarse un documento del año 2013: MSAL (2013). Por último, un balance del período 2003-2011 que recorre estas acciones y metas se encuentra en el documento MSAL (2011).

de gestiones anteriores. A pesar de que se construyan como un derecho universal para las madres y sus niños/as y de que resulte auspiciosa su referencia en el PNADH, esto no necesariamente implica que su contenido se configure desde el enfoque de derechos humanos, ya que la inclusión de este enfoque hace necesario el cumplimiento de requisitos específicos, como la progresividad, la interdependencia, y la consideración de los elementos concretos de este tipo de planificación, entre otras cosas.

Por otra parte, las líneas de trabajo relativas a la promoción y la prevención de la salud, si bien abordan la accesibilidad a este derecho en términos concretos, no alcanzan para definir su orientación por criterios de la perspectiva de derechos humanos dirigida a las políticas públicas, y es posible que sufran una evaluación insatisfactoria si se siguen estos parámetros. Al respecto, la acción de facilitar la llegada y la atención en el sistema de salud se encuentra en un solo objetivo del Plan:

Asegurar el acceso al diagnóstico de la población, realizado oportunamente, con especial foco en poblaciones claves, mediante estrategias tendientes a reducir las barreras de acceso como la creación de consultorios amigables, la provisión de reactivos para tamizaje, acceso universal sin orden médica al test rápido de VIH en el primer nivel de atención (centros de salud y unidades sanitarias móviles) y organizaciones de la sociedad civil. (Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2017, pág. 67)<sup>19</sup>.

En la redacción de este objetivo se hace hincapié en la promoción, la prevención y el control del VIH, por lo que se circunscribe el alcance del concepto de accesibilidad<sup>20</sup>. Aunque en primera instancia este objetivo se relacione con el acceso a un diagnóstico oportuno, resultaría preciso que el PNADH fundamentara la predominancia de la atención para el diagnóstico y el tratamiento de VIH, no por ir en desmedro de esta iniciativa de detección, sino para evaluar cómo se consideran otros tipos de diagnósticos relacionados con problemáticas de la salud pública que también forman parte de la agenda sanitaria. Asimismo, la referencia a poblaciones claves, sin indicar de cuáles se trata, también pone de manifiesto incoherencias y ambigüedades en esta parte de la planificación.

Como se ha anticipado, el planteo de acciones tendientes a la integralidad, que indican un trayecto promisorio desde la salud y los derechos humanos, se contradice con indicadores de resultado que no representan la multidimensionalidad. Por ejemplo, en lo que respecta al acceso a métodos anticonceptivos, se prevé lo siguiente:

<sup>19</sup> En línea con las argumentaciones anteriores, cabe señalar que ya se están formulando metas como esta en la Dirección de Sida y ETS a través de su página web. Un ejemplo de ello es la información sobre lugares cercanos para realizarse el test de diagnóstico; véase [en línea] <https://www.argentina.gob.ar/salud/vih-sida/donde>.

<sup>20</sup> Cabe recordar que la noción de accesibilidad surgió en la década de 1960 para caracterizar el modo en que los servicios de atención interactuaban con la población o se acercaban a ella. Desde este punto de vista, analizar la accesibilidad en términos de derecho a la salud implica observar las barreras existentes que puedan impedir una atención adecuada, las que se clasifican principalmente en geográficas, administrativas y culturales. Otros factores que han sido valorados en el análisis de accesibilidad a servicios de calidad son la continuidad y la integralidad en la atención (Comes y otros, 2006; Naciones Unidas, 2000).

Mejorar la oferta y el acceso a métodos anticonceptivos (MAC), priorizando los métodos de larga duración a través de la compra y distribución de MAC a todo el país, el trabajo intersectorial con Educación Sexual Integral de Ministerio de Educación, la promoción de consejerías en salud sexual y salud reproductiva en el primer nivel de atención, capacitaciones a profesionales para mejorar el acceso a información y anticoncepción, y formación de promotores en salud. (Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2017, pág. 68)<sup>21</sup>.

Para llevar a cabo esta acción multidimensional se plantea la meta de lograr que un 85% de las mujeres empleen un método anticonceptivo y que un 15% de ellas elijan un método de larga duración, mientras que el resultado será el porcentaje de mujeres que usan un método anticonceptivo. En consecuencia, la prevención en materia de salud sexual queda focalizada en los usos y prácticas de las mujeres, sin que los varones participen en este tipo de acciones; por su parte, tampoco se observan acciones o metas que lleven aparejadas prácticas de salud sexual y procreación responsable orientadas a la población masculina, por lo que la responsabilidad de la planificación familiar recae únicamente en las mujeres, mientras que los hombres terminan escindidos como sujetos de derecho en esta rama de la salud pública. Además, el indicador cuantitativo que se expresa como resultado esperado requiere indicadores cualitativos y señales de progreso que den cuenta de los avances en esta acción programática de acuerdo con el enfoque de derechos humanos. Se corrobora así la observación de que el PNADH establece acciones, metas e indicadores de resultado clásicos para las teorías de formulación de políticas públicas, pero no genera los resultados esperados que incorporen en la evaluación las transformaciones propias de los modelos sobre la base de los derechos humanos. Se trata de un elemento fundamental de las incoherencias relativas a las formas de implementación y de evaluación.

Por último, el objetivo del Plan referente al aspecto epidemiológico se centra en la prevención de la enfermedad de Chagas:

Reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedad de Chagas en la República Argentina, a través de la interrupción de la transmisión vertical y el control o interrupción de las formas no vectoriales de transmisión del *Trypanosoma Cruzi* y el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la infección aguda y/o crónica reciente (menores de 19 años). (Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2017, pág. 69)<sup>22</sup>.

La exclusiva elección del Chagas como enfermedad de transmisión por vectores se contradice con la persistencia de otras enfermedades de este tipo en la agenda sanitaria, que también presentan altos niveles de incidencia, prevalencia y morbilidad, como es el

<sup>21</sup> La Dirección de Salud Sexual y Reproductiva ya contempla estas iniciativas y se refiere a ellas de forma literal, aunque en sus materiales informativos e institucionales no se menciona al PNADH. A modo de ejemplo, véase [en línea] <https://www.argentina.gob.ar/salud/saludsexual/enfoque-genero> y <https://www.argentina.gob.ar/salud/saludsexual/metodos-anticonceptivos>.

<sup>22</sup> El documento tutorial para la detección y el manejo de casos sospechosos o confirmados de Chagas data de 2010; véase MSAL (2010b). En 2018 se publicó una tercera edición del documento sobre detección y atención del Chagas para equipos de salud, que había sido publicado por primera vez en 2010, véase [en línea] <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000622cnt-03-guia-para-la-atencion-al-paciente-con-chagas.pdf>. Todos estos materiales figuran en la web de la actualmente denominada Secretaría de Gobierno de Salud.

caso del dengue. Esta selección por parte del PNADH tampoco ofrece explicaciones o fundamentos que permitan entender su predominancia. A la vez, los resultados esperados se corresponden con una evaluación del impacto orientada por la epidemiología del riesgo, como la certificación de que se ha interrumpido la transmisión en las provincias afectadas y la recertificación en aquellas provincias que habían logrado detener la propagación de la enfermedad. Estos objetivos de carácter técnico no incluyen elementos o métodos propios del enfoque de derechos humanos —que está mucho más emparentado con las perspectivas epidemiológicas críticas—, y se enfocan en la dimensión del riesgo, lo que da como resultado acciones y metas descontextualizadas de las condiciones de prevalencia de la enfermedad. Dichas condiciones se asientan en las desigualdades estructurales, que necesariamente deben reconocerse y analizarse a fin de diseñar acciones programáticas de derechos humanos, como el derecho a la salud.

## G. Algunas conclusiones derivadas del análisis

Finalizado el primer año de implementación del PNADH, corresponde contextualizar los resultados de este estudio en el marco de una mirada procesual que entiende que los tiempos previstos en la planificación suelen no corresponderse con la concreción efectiva al implementar el plan. No obstante ello, cabe señalar algunas cuestiones para el análisis que no dependen de estos despliegues temporales entre las fases de formulación y ejecución, ni de las dificultades que conlleva la puesta en práctica de una política pública de estas características.

En principio, se debe destacar la gran oportunidad que representa la existencia del PNADH en términos de una construcción de políticas relativas a los derechos humanos. Como se ha mencionado, esta planificación se implementa en un contexto de retroceso de los derechos, producto de las reformas institucionales y económicas, así como de una actualización de discursos que no fortalecen de manera equilibrada la noción de derechos humanos en sus diversos ámbitos<sup>23</sup>. Sin embargo, la voluntad y la decisión de impulsar este tipo de política revela que, detrás de los mandos decisorios o de los principales responsables políticos de la cartera de derechos humanos —que en la escena pública manifiestan contradicciones e incoherencias en su labor como funcionarios/as—, existen

<sup>23</sup> Este contexto histórico se ha analizado en informes citados previamente en este artículo. En el mismo mes del lanzamiento del PNADH, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) emitió un comunicado respecto de la represión policial ejercida contra manifestantes durante el debate por la reforma previsional en el Congreso de la Nación, en el que afirmó que “en democracia, los Estados deben actuar sobre la base de la licitud de las protestas o manifestaciones públicas y bajo el supuesto de que no constituyen una amenaza al orden público. A fin de contribuir a la no repetición de estos hechos, la CIDH rechaza cualquier forma de violencia y promueve la búsqueda de soluciones con absoluto apego a los derechos humanos.” (CIDH, 2017). En tanto, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), en su informe anual correspondiente a 2017, expresó lo siguiente: “Una cantidad de decisiones, medidas y hechos afectan negativamente cuestiones críticas de la agenda y los mecanismos de protección de derechos en la Argentina. No se trata de hacer una caracterización global del proyecto que lleva adelante la alianza Cambiemos, sino de señalar una preocupante convergencia de acciones y decisiones políticas y judiciales que erosionan aspectos nodales del sistema de derechos humanos en el país.” (CELS, 2017).

equipos de trabajo que procuran introducir cambios en sus espacios de gestión. En este sentido, la posibilidad de hallar planificadores y técnicos que realmente estén convencidos de la importancia de implementar el PNADH constituye una oportunidad promisoriosa para efectuar transformaciones en el campo interdisciplinario de los derechos humanos.

No obstante lo anterior, y a efectos de contar con más insumos que permitan revisar y profundizar la construcción de esta perspectiva en todo el ciclo de políticas públicas, cabe debatir algunas cuestiones que surgen del análisis realizado.

En principio, el Plan carece de una articulación concreta y metodológica con modelos de evaluación de políticas públicas que se guíen por el enfoque de derechos humanos. Si bien existen referencias importantes como el manual del ACNUDH y el documento del Estado argentino sobre lineamientos de acción en derechos humanos 2010-2015, no existe ningún trabajo que siga el método específico diseñado por la OEA para los países que integran el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Este modelo establece una serie de pasos y dimensiones que deben estudiarse y evaluarse de manera cualitativa y cuantitativa en todas las fases de las políticas públicas, de modo que estas políticas se puedan adecuar a la perspectiva de derechos que constituye un compromiso de los Estados.

Esta ausencia de articulación está en la base de las tensiones y contradicciones entre el propósito general del PNADH como política de derechos humanos, los objetivos y las acciones del eje de salud, y los resultados e indicadores que medirán los avances respecto de las metas estipuladas. Todos estos elementos se han confeccionado en diferentes registros y representaciones sobre lo que significan los derechos humanos, el derecho a la salud, las problemáticas sanitarias desde una perspectiva de derechos y, finalmente, el tipo de información o dato que resulta relevante para evaluar progresos o discontinuidades en el acceso y la garantía del derecho humano a la salud.

La falta de diálogo entre el Plan y esas metodologías específicas genera asimismo una disociación respecto de las dimensiones transversales de análisis en la evaluación de políticas desde el enfoque de derechos, como la igualdad y la no discriminación, el acceso a la información y la participación, y los mecanismos de acceso a la justicia. La incorporación de esos ejes en la perspectiva de la planificación habría transformado los objetivos previstos aportando rasgos concretos del lenguaje e inquietudes relativas a los derechos humanos.

Por otra parte, desde las metodologías de planificación y desde el diseño metodológico de un abordaje en territorio, se observan problemas de implementación derivados del proceso de formulación. Entre dichos obstáculos pueden señalarse la falta de justificación para seleccionar ciertas opciones en los objetivos, la ausencia de articulación con agencias del Estado que regulan la situación de las poblaciones a las que el Plan hace referencia (migrantes, pueblos originarios, personas mayores, etcétera), y la existencia de mecanismos de participación social elaborados sobre la base de una muestra débil, tanto en términos de convocatoria por parte del Estado como de accesibilidad espontánea por parte de la población en general. Los organismos como la Dirección Nacional de Migraciones (DNM) y el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) se incluyen en otros ejes del PNADH,

pero su omisión en el campo de planificación de la salud dificulta el fortalecimiento de la mirada integral, transversal e interdependiente sobre este derecho social y humano.

También se aprecia la necesidad de construir y visibilizar los avances del Plan de manera que resulte comprensible no solo para los técnicos y las técnicas que trabajan en su implementación, sino también para el resto de la sociedad y los grupos que tengan un interés especial (organizaciones de la sociedad civil, el sector académico, los medios de comunicación, entre otros). Esto implica realizar un esfuerzo de sistematización y comunicación que permita dar una idea tanto general como detallada acerca de los avances realizados, sobre todo para los sectores sociales interesados, para que no solo se trate de un objeto de investigación académica.

El derecho a la salud en la Argentina evoluciona en un campo de acción heterogéneo y complejo, con desafíos particulares e históricos que obedecen a una multiplicidad de factores, como la estructura del sistema de salud, caracterizado por la superposición y la fragmentación, las trayectorias del período reciente respecto de la provisión de recursos y presupuestos, y la diversidad multidimensional de la población residente en la Argentina. Por ello, el PNADH brinda una gran oportunidad de transformación y de constitución de buenas prácticas, aunque es posible que la desarticulación entre dicho Plan, los lineamientos metodológicos del enfoque de derechos humanos y los compromisos internacionales asumidos por el Estado esté generando obstáculos a la hora de construir y visibilizar innovaciones y buenas prácticas en la accesibilidad igualitaria a la salud, y para fortalecerlo en tanto derecho humano.

## Bibliografía

- Abramovich, V. (2006), “Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo”, *Revista de la CEPAL*, N° 88 (LC/G.2289-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- Abramovich, V. y L. Pautassi (comps.) (2010), *La medición de derechos en las políticas sociales*, Buenos Aires, Editores del Puerto.
- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2006), *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo* (HR/PUB/06/8), Ginebra.
- (2002), *Handbook on National Human Rights Plans of Action*, Ginebra.
- Aguilar Villanueva, L. (1996), *La hechura de las políticas*, Ciudad de México, Grupo Porrúa Editor.
- Arballo, G. (2013), “Localizando el derecho a la salud”, *Tratado de derecho a la salud*, L. Clérico, L. Ronconi y M. Aldao (coords.), Buenos Aires, Abeledo-Perrot.
- Arnoux, E. (2009), *Análisis del discurso: modos de abordar materiales de archivo*, Buenos Aires, Santiago Arcos Editor.
- Bobbio, N. (1998), *Estado, gobierno y sociedad*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Breilh J. (2013), “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 31, N° 1.

- (2010) “La epidemiología crítica: una nueva manera de mirar la salud en el espacio urbano”, *Salud Colectiva*, vol. 6, N° 1.
- (2009), *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Buck C. y otros (1998), “Servicios de salud y políticas de salud (discusión)”, *El desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) (2017), *Informe Anual 2017*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- (2016), *Informe Anual 2016*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Comes, Y. y otros (2006), “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios”, *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología (UBA)*, vol. XIV.
- CIDH (Comisión Interamericana de Derechos Humanos) (2018), *Resolución 1/18: Corrupción y derechos humanos*, Washington, D. C.
- (2017), “CIDH expresa preocupación por la actuación de la fuerza policial en protestas y agresiones a periodistas en Argentina” (214/17) [en línea] <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2017/214.asp>.
- De Oto, A. (2017) “Notas metodológicas en contextos poscoloniales de investigación”, *Metodologías en contexto: intervenciones en perspectiva feminista/poscolonial/latinoamericana*, M. Alvarado y A. De Oto (eds.), Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- FUNDEPS/ANDHES (Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables/Abogados y Abogadas del Noroeste Argentino en Derechos Humanos y Estudios Sociales) (2018) *Informe sobre la situación de derechos humanos en Argentina* [en línea] <http://www.fundeps.org/wp-content/uploads/2018/12/Informe-2018-FUNDEPS-ANDHES.pdf>.
- Gellner, E. (1983), *Naciones y nacionalismo*, Madrid, Alianza Editorial.
- Gerlero, M. (2010), “Inclusión social y perspectiva de derecho: el aporte de la Sociología Jurídica”, *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social: debates actuales en la Argentina*, L. Pautassi (org.), Buenos Aires, Biblos.
- Gottero, L. (2015a), “Indicadores de derechos humanos en políticas públicas contra el dengue en Argentina: un desafío pendiente”, *Población y Salud en Mesoamérica*, vol. 13, N° 2, enero-julio.
- (2015b), “Dengue en la agenda pública argentina: relatos institucionales sobre los brotes en la frontera noroeste (2009-2013)”, *Punto Cero*, vol. 20, N° 31, Cochabamba.
- (2014), “Migraciones limítrofes, derecho a la salud y participación social en políticas sobre dengue: análisis de los discursos sobre el diagnóstico estatal y las soluciones propuestas (Argentina, 2009-2013)”, tesis de doctorado, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires.
- Hunt, P. (2003), “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, presentado de conformidad con la resolución 2003/31” (E/CN.4/2003/58), Comisión de Derechos Humanos, 13 de febrero.
- INDEC/MSAL (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos/Ministerio de Salud de la Nación) (2014), *Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013. ENSSyR 2013. Presentación de resultados*, Buenos Aires, Kawabata, J. A. (2003), *Los derechos humanos*, Buenos Aires, inédito.
- Kelman, S. (1992), *La política pública en el Estado moderno*, Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano.
- Krieger N. (2001), “Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial”, *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, N° 4, agosto.
- Matus, C. (2014), *Planificar para gobernar: el método PES*, Buenos Aires, Fundación CIGOB.
- (2008), *Teoría del juego social*, Lanús, Ediciones de la UNLa.
- Menéndez, E. (2009), *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

- MSAL (Ministerio de Salud de la Nación) (2016), “Boletín de la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud: recomendaciones para la lactancia materna” [en línea] [http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/2016-08\\_bo2/notio.php](http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/2016-08_bo2/notio.php).
- (2013), *Análisis de la mortalidad materno infantil: República Argentina, 2003-2012* [en línea] [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000616cnt-analisis\\_mortalidad\\_materno\\_infantil\\_argentina-2003-2012.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000616cnt-analisis_mortalidad_materno_infantil_argentina-2003-2012.pdf).
- (2011), *Políticas de salud sexual y salud reproductiva: avances y desafíos. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: balance 2003-2011* [en línea] [http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06\\_original-balances-syr.pdf](http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06_original-balances-syr.pdf).
- (2010a), *Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes* [en línea] [http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/pdfs/plan\\_operativo\\_reimpresion\\_junio2010\\_WEB.pdf](http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/pdfs/plan_operativo_reimpresion_junio2010_WEB.pdf).
- (2010b), “Enfermedad de Chagas: normativa y tutorial para la vigilancia a través del sistema nacional de vigilancia laboratorial SIVILA-SNVS” [en línea] <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000001314cnt-chagas-tutorial-notificacion-traves-sivila-2010.pdf>.
- MSAL (Ministerio de Salud de la Nación) y otros (2013), *Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y del niño, módulo 3: maternidad segura y centrada en la familia* [en línea] <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000001254cnt-lactancia-promocion-apoyo-hamyn.pdf>.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2004), *Morbi-mortalidad materna y mortalidad infantil en la República Argentina: estrategias para mejorar el desempeño de los servicios de salud materno infantil* [en línea] <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000246cnt-g17.tapa-morbi-mortalidad-materna-argentina.pdf>.
- (1993), “Declaración y Programa de Acción de Viena. Nota de la Secretaría” (A/CONF.157/23), Viena, 12 de julio.
- (1990), *Observación General N° 3. La índole de las obligaciones de los Estados Partes* (E/1991/23), Ginebra, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- (1966), “Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos” (A/RES/2200(XXI)), Nueva York, 16 de diciembre.
- Nikken, P. (1997), “Sobre el concepto de derechos humanos”, *Revista del Seminario de Derechos Humanos*, San José, Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH).
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (1988), Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) [en línea] <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>.
- OEA/GTPSS (Organización de los Estados Americanos/Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador) (2015), *Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador* (OEA/Ser.D/XXVI.11), Washington, D.C.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2011), *Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro, Brasil, octubre de 2011). Informe de la Secretaría* (EB130/15), Ginebra.
- (2009a), *Comisión de Determinantes Sociales de la Salud: informe de la Secretaría* (A62/9), 62ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra.
- (2009b), *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, Buenos Aires, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Ortiz, Z. (2005), “Las enfermedades de la pobreza desde la Epidemiología”, *Médicos Hoy*, marzo.
- Ortiz, Z. e I. Insúa (2003), “Los meridianos de la pobreza y la enfermedad. El rol de la epidemiología en la medición de la vulnerabilidad social”, *Boletín de la Asociación Nacional de Medicina*, vol. 81, N° 2E.

- Oszlak, O. (1985), *La formación del Estado argentino: orden, progreso y organización nacional*, Buenos Aires, Editorial de Belgrano.
- Parsons, W. (2007), *Políticas públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*, Ciudad de México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Pautassi, L. (2010a), “Indicadores en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Más allá de la medición”, *La medición de Derechos en las Políticas Sociales*, V. Abramovich y L. Pautassi (comps.), Buenos Aires, Editores del Puerto.
- (2010b), “El enfoque de derechos y la inclusión social. Una oportunidad para las políticas públicas”, *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social: debates actuales en la Argentina*, L. Pautassi, (org.), Buenos Aires, Biblos.
- Pautassi, L. y S. Ramírez (2013), “Derecho a la salud en contextos de discriminación: el caso de los pueblos originarios”, *Tratado de Derecho a la Salud*, L. Clérico, L. Ronconi y M. Aldao (coords.), Buenos Aires, Abeledo-Perrot.
- Peters, A. (2015), *Corrupción y derechos humanos*, Basilea, Instituto de Gobernanza de Basilea.
- Piovesan, F. y A. Gotti (2013), “Protección del derecho a la salud en el sistema de protección universal de los derechos humanos”, *Tratado de Derecho a la Salud*, L. Clérico, L. Ronconi y M. Aldao (coords.), Buenos Aires, Abeledo-Perrot.
- Procacci, G. (1999), “Ciudadanos pobres, la ciudadanía social y la crisis de los estados de bienestar”, *Ciudadanía: justicia social, identidad y participación*, S. García y S. Lukes (comps.), Madrid, Siglo XXI Editores.
- Rojas, E. (2017), “El derecho a la salud sexual y reproductiva en la Argentina: un análisis a partir de la variación de la mortalidad por enfermedades de transmisión sexual entre los quinquenios 1997-2001 y 2009-2013”, *Notas de Población*, N° 104 (LC/PUB.2017/13-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rojas, E., S. Moyano y E. Peláez (2017), “Progresos y desafíos en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva en la Argentina de los últimos 40 años. Una aproximación a partir de información relativa a “la primera vez”, *Sexualidad, Salud y Sociedad*, N° 25.
- Rossi, J. y J. Moro (2014), *Ganar derechos: lineamientos para implementar políticas públicas basadas en derechos*, Buenos Aires, Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos del MERCOSUR (IPPDH).
- Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural (2017), *Primer Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos (2017-2020)*, Buenos Aires, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- Serrano, S. y D. Vázquez (2013), *Los derechos en acción: obligaciones y principios de derechos humanos*, Ciudad de México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Subirats, J. (1993), “Análisis de políticas y gestión pública: promesas y riesgos de una vida en común”, *Ekonomiaz*, vol. 26.
- Vilas, C. M. (2007), *Pensar el Estado*, Lanús, Ediciones de la UNLa.