

IX

El colapso del sistema de salud*

1. Introducción

En el *Informe CELS 2002* dimos cuenta de la crisis sanitaria sin precedentes que se desencadenó en nuestro país, al compás de la crisis social, económica y política que generó los sucesos dramáticos de diciembre de 2001.¹

El problema general de la falta de provisión y acceso a medicamentos, el desabastecimiento de insumos básicos en los hospitales públicos y las precarias condiciones de atención por falta de presupuesto fueron las manifestaciones que, desde el sistema de salud, pusieron en evidencia la crisis socioeconómica que transita la Argentina.

Durante los últimos meses de 2001 y comienzos de 2002, se vivió una situación de emergencia sanitaria definida por su magnitud, informada en gran medida por los medios masivos de comunicación y reconocida por los máximos funcionarios del Poder Ejecutivo que en ese momento encabezaba Eduardo Duhalde.

Las dificultades que debieron atravesar gran cantidad de personas para acceder a medicamentos fue el primer síntoma de la crisis sanitaria. Por

* Elaborado por Julieta Rossi, directora del Programa de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del CELS con la colaboración de Daniela Lovisoló, abogada, voluntaria del CELS y miembro de la Asociación por la Igualdad y la Justicia (ACIJ).

¹ CELS, *Derechos Humanos en la Argentina. Informe 2002. Hechos enero-diciembre 2001*, ed. cit. pp. 331 a 354.

un lado, la imposibilidad de las obras sociales más importantes de afrontar las deudas con sus prestadores, implicó la suspensión de la atención a sus afiliados en las farmacias. Por otro, la devaluación del peso con relación al dólar y la incertidumbre acerca de su valor, generó conductas especulativas por parte de laboratorios, droguerías y farmacias, que provocaron un aumento exorbitante en los precios de los medicamentos.

En segundo lugar, el ya deteriorado sistema de atención de la salud basado en el hospital público y la seguridad social —que en los últimos años debió hacer frente al incremento de la demanda debido al aumento constante y progresivo de los niveles de pobreza e indigencia— colapsó por el desabastecimiento de todo tipo de insumos básicos, desde guantes plásticos y materiales de esterilización hasta cargas de oxígeno y las reservas de antibióticos, corticoides y drogas imprescindibles para el tratamiento de pacientes trasplantados, oncológicos y enfermos de HIV/SIDA.

En respuesta a este cuadro, el Gobierno nacional adoptó una serie de medidas que resultaron insuficientes por la magnitud de la emergencia. La situación en la que se encuentra el sistema sanitario es otra muestra de la debilidad e incapacidad de las instituciones para enfrentar las violaciones de derechos humanos básicos, como el derecho a la vida y a la salud.

Con particular énfasis informaremos en este capítulo sobre el estado de los hospitales públicos, provocado por la crisis financiera y la incapacidad del Estado para responder de manera urgente a una problemática que —para las personas sin trabajo o con trabajo informal— se transformó en una cuestión de vida o muerte. A su vez, daremos cuenta de algunas situaciones particulares por las que atravesaron grupos de personas que se encontraron imposibilitadas de acceder a las medicinas necesarias para tratar sus enfermedades o cuyo acceso se vio dificultado considerablemente, en particular las que dependían de la provisión estatal de dichos medicamentos. Por último haremos un repaso de las políticas puestas en marcha por el Gobierno para intentar dar respuesta a la crisis sanitaria sin precedente que vive el país.

2. El estado de los hospitales públicos del país²

Durante el año 2002, el escenario hospitalario se encontró inmerso en una realidad de precario funcionamiento, con una población en peores condiciones socioeconómicas (aumento de los índices de pobreza e

² El presente acápite ha sido realizado sobre la base de la denuncia presentada ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en ocasión de la audiencia concedida

indigencia, desocupación y subocupación).³ Con la caída de las prestaciones de las obras sociales (IOMA, PAMI, etc.) y la imposibilidad de contratación de una medicina privada, una cantidad creciente de personas recurrió al hospital público como la única posibilidad de acceder al cuidado de la salud. Paralelamente, la población más empobrecida se vio imposibilitada de trasladarse a los centros de atención por carecer de recursos.

En octubre de 2002, un grupo de organizaciones, entre ellas el CELS, presentó una denuncia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en la que se exponía la situación de crisis que atraviesa el sistema sanitario argentino. Se reclamó al organismo la realización de una vista *in loco* y a las autoridades argentinas "la adopción de todas las medidas necesarias para revertir el estado crítico del derecho a la salud de la población".⁴

En el informe presentado a la CIDH, a modo de ejemplo acotado debido a la magnitud de una situación que se repetía en todo el país, se dio cuenta de la grave problemática hospitalaria, a partir de una muestra de establecimientos de varias provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Si bien la información y los aspectos abordados no pretendieron ser exhaustivos, reflejan de manera aproximada el estado deplorable de la atención de la salud en los hospitales públicos del país.⁵

Del relevamiento efectuado durante el año 2002, se evidenciaron problemas comunes a la mayoría de los hospitales públicos tanto del interior del país como de la ciudad de Buenos Aires. Los problemas más graves que se repetían pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- Aumento notable o cambio en el perfil de la demanda, producto del incremento de los índices de pobreza e indigencia y el deterioro del nivel de vida de la población.

para exponer sobre la crisis del sistema sanitario el día 18 de octubre de 2002 por las siguientes organizaciones: Asociación de Médicos Municipales (Lista Alternativa), Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos, Comisión Pro-Cátedra Salud y Derechos Humanos, Comité de Acción Jurídica (adherido a la CTA), Familiares de Detenidos y Desaparecidos por Razones Políticas, Federación Nacional de Salud y Seguridad Social (adherido a la CTA), Intersalud (Comisiones de Salud de Asambleas Populares de Buenos Aires), Madres de Plaza de Mayo-Línea Fundadora, Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), Servicio Paz y Justicia (SERPAJ), Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP) y CELS.

³ A este respecto véase en este *Informe* el Capítulo X.

⁴ Es de señalar que el informe de referencia ha sido elaborado sobre la base de información de prensa, testimonios de trabajadores y profesionales de la salud, así como de denuncias presentadas ante los tribunales de justicia del país, la Defensoría del Pueblo de la Nación y defensorías del pueblo de distintas ciudades del país.

⁵ En el mismo sentido véase "El sistema hospitalario" en Médicos del Mundo, *Informe: El impacto de la crisis en el sistema sanitario argentino*, 2002. Disponible en Internet en www.mdm.org.ar.

- Reducción o suspensión de ciertas prácticas básicas como el uso de radiografías, las prácticas de laboratorio, tomografías computadas, estudios radiológicos contrastados, etc.
- Falta de disponibilidad de insumos básicos, como jeringas, guantes, gasas, etc.
- Falta de disponibilidad de drogas básicas. En el caso de algunas drogas, su falta era absoluta (antituberculosas, antirretrovirales, etc.).
- Retrasos o suspensión de cirugías de mediana o alta complejidad que en algunos casos ha provocado la muerte de pacientes.
- Cierre de áreas por falta de insumos, como neonatología, sector de quirófanos o terapia intensiva.
- Derivación de pacientes que usualmente se hubieran tratado en el hospital al que acudieron por carencia de insumos o imposibilidad de realizar prácticas de diagnóstico o cirugías, con el consecuente riesgo de vida.
- Disminución de la alimentación brindada a los pacientes internados, en cantidad o calidad.
- Condiciones de higiene y salubridad inadecuadas.
- Falta de mantenimiento de las instalaciones hospitalarias.
- Falta de reparación y/o renovación de equipamientos que, en consecuencia, han quedado en desuso.
- Precarización de las condiciones laborales del personal. En la mayoría de los hospitales, no se abonaban regularmente los sueldos del personal y los recursos humanos eran insuficientes para hacer frente a la demanda.

En suma, la emergencia sanitaria adquirió facetas desconocidas para la salud pública argentina. Particularmente alarmante ha sido que, ante la imposibilidad de atender todos los casos, el hospital público se haya concentrado en la emergencia.

2.1 Provincia de Buenos Aires

2.1.1. En el Hospital Posadas de Haedo,⁶ según una denuncia presentada ante la Defensoría del Pueblo de la Nación con fecha 7 de mayo de 2002 en el mes de diciembre de 2001, la provincia de Buenos Aires cesó la

⁶ Es el único centro de salud del conurbano bonaerense que cuenta con la infraestructura necesaria para atender casos de mayor complejidad, y junto al Instituto Interzonal de Agudos Luis Güemes, cubre la principal atención sanitaria del Oeste. Sus pacientes provienen básicamente de los partidos de La Matanza, Tres de Febrero, San Martín, Morón, San

remisión de partidas presupuestarias. En enero de 2002, la situación era tan crítica que hasta se carecía de jeringas descartables y guantes para médicos y enfermeras. Se dejaron de realizar estudios por falta de reactivos y no existían alimentos suficientes para preparar la comida de los pacientes internados.⁷

Comparado con el mes de enero de 2001, las consultas se habían reducido en un 15%, los partos atendidos en un 15%, las tomografías en un 46%, las cirugías en un 32% y el número de camas en un 38%. Se suspendieron los procedimientos quirúrgicos con excepción de los más urgentes y menos costosos y se redujeron las atenciones a urgencias.⁸

Según la denuncia, al igual que en los hospitales del resto del país, los pacientes más empobrecidos no pueden concurrir, ya que carecen de dinero para trasladarse desde su hogar. Sucede lo mismo con trabajadores que duermen en el hospital para poder estar presentes al día siguiente.⁹

A su vez, de acuerdo con la denuncia, en enero de 2002 se hicieron 313 cirugías programadas contra las 627 realizadas durante el mismo período del año anterior. De los diez quirófanos disponibles sólo dos funcionaban. Asimismo, se producían faltantes de gasas, jeringas, anestésicos y otros insumos esenciales.¹⁰

En un memorando interno del mes de abril de 2002, el interventor del Hospital Posadas¹¹ comunicó la restricción absoluta de las internaciones programadas y la aceptación de derivaciones; suspendió la actividad quirúrgica programada; impuso la derivación de los casos de extrema necesidad; suspendió las prácticas de diagnóstico y tratamiento programadas que requerían uso de insumos y/o materiales y limitó la admisión de internación a los casos de extrema necesidad y de imposible derivación.

Miguel, Merlo, Moreno, Hurlingham e Ituzaingó, ya que es el hospital de referencia para el conurbano bonaerense, cuya población oscila entre los ocho y diez millones de habitantes. Se encuentra intervenido por el Ministerio de Salud de la Nación desde hace doce años y padece un incremento en la atención de consultas debido a la cantidad de personas que pierden su cobertura prepaga o incluso de obra social. Cf. *Clarín*, Suplemento zonal Morón-Ituzaingó, 13/2/02.

⁷ Denuncia presentada ante la Defensoría del Pueblo de la Nación con fecha 7 de mayo de 2002, firmada por miembros de la Comisión de Salud de la Asamblea Barrial de Ramos Mejía, representantes de la Federación Nacional de Salud de CTA y por miembros de la comunidad en defensa del Hospital Posadas.

⁸ Cit.

⁹ Cit.

¹⁰ *Clarín*, Suplemento zonal Morón-Ituzaingó, 13/2/02.

¹¹ Memorando Interno con fecha 21 de abril de 2002, firmado por el interventor (Dr. Alberto Díaz Legaspe) y dirigido a la administración contable, los jefes de departamento y las entidades gremiales del Hospital Posadas. Documento adjuntado como prueba a la denuncia presentada ante la Defensoría del Pueblo de la Nación.

2.1.2. Debido a la dramática situación del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón, del Partido de San Martín, en julio de 2002, la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP)¹² presentó una acción de amparo¹³ con el objeto de obtener la provisión de modo inmediato y constante de los insumos hospitalarios, los medicamentos, la apertura de quirófanos ociosos, las camas de internación no utilizadas, la aparatología y la designación de personal médico y auxiliar de la medicina necesarios para el normal desenvolvimiento de la integridad del hospital y disponer las medidas de arreglo y mantenimiento permanente de la infraestructura edilicia y funcional del mismo.¹⁴

En esta denuncia se hace referencia a las estadísticas oficiales de los meses de mayo y junio de 2002, ante el pedido de derivación de pacientes graves que requieren terapia intensiva. Para la Unidad de Terapia Intensiva de Adultos, en mayo se solicitaron 78 derivaciones pudiendo concretarse sólo 19 (24%), las otras 59 no pudieron ser realizadas. Al día 22 de junio se solicitaron 73 derivaciones y sólo pudieron ser derivadas diez (14%), no conociéndose la evolución de las otras 63 personas, aunque se sabe que cuatro de ellas fallecieron mientras se buscaba su derivación. Para la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica se solicitaron, en mayo de 2002, 38 derivaciones, de las cuales diez (26,3%) no pudieron concretarse. En los primeros 22 días de junio se solicitaron 51 derivaciones de las cuales 19 (37,2%) no tuvieron respuesta. De las 22 derivaciones que Neonatología había pedido en mayo, 12 (54,5%) no pudieron concretarse. Un mes después, se solicitaron 19 derivaciones con nueve pedidos sin respuesta (47,4%).

El 11 de julio de 2002, como resultado de la acción judicial promovida, el juzgado competente en la causa resolvió hacer lugar a la medida cautelar solicitada por los accionantes y dispuso intimar al ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires a que, en el término de 72 horas, "proceda a regularizar el suministro de insumos básicos y medicamentos necesarios para el normal funcionamiento de las diferentes áreas del hospital", así como "proveer a las refacciones edilicias y de material instrumental —que reviste carácter de urgente— de las áreas de Gine-

¹² La Asociación Sindical de Profesionales de la Salud Bonaerense (CICOP) nuclea a ocho mil profesionales de 66 hospitales de la provincia de Buenos Aires.

¹³ "Insumos con orden judicial", *Página/12*, 17/7/02.

¹⁴ "Norberto Héctor Tarrio y otros s/Acción de Amparo." Acción de amparo promovida por la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud Bonaerense (CICOP) contra el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y el gobernador de la provincia de Buenos Aires. Causa en la que es competente el Juzgado N° 2 de Garantías del distrito de San Martín.

ciología, Neurocirugía, Cuidados Intensivos, entre otros". En agosto, el Juzgado resolvió hacer lugar a la acción de amparo y condenar al Ministerio de Salud de la provincia y al gobernador ya que considera que han incurrido en una conducta omisiva manifiestamente arbitraria e ilegal, en menoscabo del derecho a la salud pública, constitucionalmente reconocido.¹⁵

La sentencia fue apelada por el Gobierno de la provincia de Buenos Aires.¹⁶ La Cámara de Apelaciones competente, el 5 de septiembre de 2002, en una interpretación conservadora acerca de la función jurisdiccional y de la acción presentada, resolvió rechazar la acción de amparo por considerar que: "no se han agotado las vías ordinarias o normales para la obtención de la decisión que se pretende", que con la acción incoada no se pretendía "la reparación de un daño concreto", sino "la modificación de una política sanitaria en general" —lo que comprendía la intromisión de los jueces en "asuntos que le son propios a otros [poderes]" — y que los jueces no podían "priorizar un hospital e ignorar el resto de los hospitales provinciales". CICOP recurrió a la Suprema Corte de la provincia de Buenos Aires, cuya sentencia definitiva se encuentra aún pendiente.

2.1.3. La situación edilicia y las condiciones sanitarias del Hospital Interzonal de Agudos General San Martín de La Plata eran absolutamente precarias, según informaban medios de prensa en agosto de 2002: "El revoque de las paredes se cae, la humedad hace estragos en los cielorrasos, los pisos están gastados y sobre las paredes los graffittis taparon la pintura, las pérdidas de agua forman charcos en los pasillos, los residuos hospitalarios se encuentran esparcidos por el piso y los baños en condiciones deplorables. Los perros vagabundos ingresan al hall y recorren el edificio sin que el personal de seguridad lo advierta. Técnicos y enfermeros coin-

¹⁵ Sentencia dictada por el Juzgado N° 2 de Garantías del distrito de San Martín, a cargo del juez Juan Carlos Sorondo (h), en la causa 5992: "Norberto Héctor Tarrio y otros s/ Acción de Amparo", con fecha 23 de agosto de 2002.

¹⁶ La Fiscalía de Estado de la provincia de Buenos Aires fundó el recurso de apelación, ante la Cámara de Apelación y Garantías en lo Penal del Departamento Judicial de San Martín "en la no afectación de derecho alguno de los recurrentes y su consecuente alta de legitimidad procesal, en la exclusiva utilización por parte del magistrado actuante, de las pruebas acompañadas por los accionantes para decidir el caso, en la improcedencia de la vía del amparo para evaluar la situación de los hospitales públicos y en la vulneración del principio de división de poderes". Si bien se admite la "situación calamitosa" del sistema público de salud, considera que las "modalidades y plazos de cumplimiento dictados en la sentencia) no se conciben con los mecanismos que la Administración Pública considera apropiados y realizables de acuerdo a la situación de emergencia que atravesaba el Estado".

ciden en que con la falta de las medidas higiénicas de rigor se corre el riesgo de que proliferen enfermedades intrahospitalarias. Ésa es la descripción del pabellón central del Policlínico, donde se atiende a casi 900 pacientes por día que concurren a los consultorios externos y donde están ubicados la guardia y varios servicios de clínica médica".¹⁷

2.1.4. Por su parte, el estado del Hospital Interzonal de Agudos Luisa G. de Gandulfo de Lomas de Zamora¹⁸ fue denunciado por la CIOOP¹⁹ a través de la interposición de una acción de amparo en donde se describía la siguiente situación: "Algunos de los graves problemas que padece el hospital se pueden ilustrar de la siguiente manera: el Servicio de Obstetricia tiene un solo baño y 11 camas de internación con una única enfermera para atender a 15 puérperas de riesgo y a 15 recién nacidos. El sector 'dilatantes' se encuentra a más de cien metros de distancia y no tiene enfermera. Existen falencias en limpieza, clasificación de insumos y medicamentos y en la esterilización de materiales en la sala de partos. Durante el mes de septiembre se produjeron cuatro defunciones en terapia neonatal (aparentemente producidas por *Klebsiella*, cultivada de catéter y fluidos) lo cual ha obligado al cierre del sector. En insumos, faltan hasta desinfectantes comunes, algodón, apósitos y guantes estériles. Es imposible solicitar hemogramas, cultivos y/o análisis, lo que pone en grave riesgo no sólo la vida de las pacientes y los recién nacidos, sino la responsabilidad de los profesionales; en el Servicio de Farmacia, el desabastecimiento de medicamentos provoca interrupciones, alteraciones y cambios en los tratamientos. Los analgésicos inyectables prácticamente no existen. Algodón, antisépticos y guantes se distribuyen diariamente en forma

¹⁷ "Preocupa el estado de abandono del San Martín", *El Día*, 12/8/02. Citado en news@buenafuente.com (medio de información para el sector de salud hispanoparlante).

¹⁸ El hospital se encuentra en remodelación desde 1996 y sólo se ha cumplido parcialmente con la primera etapa de las obras, siendo tres las planeadas originariamente.

¹⁹ La CIOOP interpuso la acción contra el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires a fin de que la provincia proveyera de inmediato y con carácter urgente los insumos hospitalarios, los medicamentos, la apertura de quirófanos ociosos, la designación de personal médico y auxiliar de la medicina, necesarios para el desenvolvimiento normal, integral y permanente del hospital. También se solicita disponga y requiera la inmediata realización de las refacciones necesarias para el mantenimiento permanente de la infraestructura edilicia y funcional del mismo. Asimismo, se solicita como medida cautelar, se ordene al gobernador de la provincia de Buenos Aires, a través de su ministro de Salud, que en forma inmediata y urgente disponga la entrega de los insumos más imprescindibles y los medicamentos básicos esenciales para continuar con la prestación del servicio, ya que el mantenimiento de la situación obligaría en el corto plazo al cierre del hospital ante la imposibilidad de continuar atendiendo mínimamente los requerimientos en el área de la salud de los habitantes de la zona. La jueza civil N° 3 de Lomas de Zamora, Dra. Pascual, dictó medida cautelar el 3 de octubre de 2002.

accionada. No existe un profesional farmacéutico; en el Servicio de Clínica Médica faltan termómetros, descartadores de jeringas y agujas, papel para la evolución de historias clínicas y solicitudes de exámenes complementarios y tensiómetros. Es insuficiente el número de vehículos para traslado de pacientes y/o material biológico para realizar estudios complementarios. Es incompleta la cobertura de mucamas lo que sobrecarga personal de enfermería, distrayéndolo de sus tareas específicas. No se ponen los cargos de planta sino por médicos con funciones de guardia, por lo cual no se acompaña la cantidad de recursos humanos con las necesidades crecientes del servicio; en el Servicio de Oftalmología faltan insumos (guantes, guardapolvos, broches, algodón, etc.) y medicamentos dilatadores, antibióticos, corticoides, etc.), a lo que se suman las deficiencias graves en infraestructura ya que los techos gotean permanentemente, hay grietas por las que se filtra el agua y no hay calefacción en invierno; en Terapia Intensiva hay deficiencias en infraestructura, insumos y medicamentos, como en el resto del hospital y resulta especialmente grave la falta de personal médico, enfermeras y limpieza suficiente para envergadura del servicio; en el Servicio de Cardiología resultaría imprescindible el mantenimiento de electrocardiógrafos en tiempo y forma, papel para electrocardiogramas, recetas, un cardiodesfibrilador y un equipo de RCP, transductor para ecocardiografía doppler y electrodos descartables".

2.1.5. Según otro documento elaborado por la CICOP en octubre de 2002, el Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero, que cuenta con alrededor de 1200 pacientes internados con patologías mentales, comparado con otros establecimientos de salud las deficiencias, el deterioro, el abandono y las condiciones inhumanas de trabajo. Particularmente en las salas, por insuficiencia de elementos de limpieza y de personal, los pacientes convivían con insectos como chinches, cucarachas, piojos, etc. El documento señala que las condiciones edilicias eran indignas ya que ponían en riesgo no sólo a los pacientes, sino también a quienes los asistían (profesionales, técnicos, enfermeros, encargados de talleres, etc.). No se actualizan las viejas instalaciones (red cloacal, red pluvial, la potabilidad del agua, instalaciones eléctricas, sanitarias y habitacionales) las que infrecuentemente se retocan de manera insuficiente. Un ejemplo de esto es que en salas de 120 pacientes se cuenta solamente con dos baños. En determinados momentos se internan pacientes que deben dormir en el piso por razones de superpoblación. Existe una alarmante escasez de recursos humanos puesto que hay un enfermero cada sesenta a noventa pacientes.

Según el informe, en los meses de enero a febrero de 2002 se constató mediante un registro estadístico el descenso de peso de los pacientes internados (sobre una muestra de quinientos pacientes, la baja promedio fue de tres kilos por mes). Cabe destacar que el hospital cuenta con una sola nutricionista y dos concurrentes para supervisar la calidad y la cantidad de los menús suministrados a los pacientes, tarea un tanto ardua para ser ejecutada por tan pocas personas.

2.1.6. El Tribunal en lo Criminal N° 3 de Mar del Plata, ante un amparo solicitado por el Colegio de Médicos de esa localidad, juzgó que "la negligente administración de los Hospitales Interzonal General de Agudos Oscar Allende (HIGA) y Materno Infantil Victorio Tetamanti (HIEMI), como consecuencia de omisiones arbitrarias del Poder Ejecutivo provincial, ha amenazado el derecho a la salud de la población"²⁰ e hizo lugar a la acción judicial. Los jueces intervinientes dieron cuenta de "la existencia de una desgarradora afectación del derecho a la salud en perjuicio de gran parte de las personas que habitan esta zona, por no brindar los Hospitales Públicos Provinciales de Mar del Plata (HIEMI e HIGA) los servicios necesarios mínimos, básicos y esenciales para su efectivo goce". Según los magistrados, la descentralización de estos hospitales contribuiría a resolver problemas como los que se señalan: sólo se aprovecha una fracción del tiempo disponible en los quirófanos, no se cubren designaciones de personal esencial; hay flagrantes carencias de higiene y desaprovechamiento de las condiciones edilicias existentes.

El fallo señala que "al menos tres pacientes con dolencias cardíacas han muerto recientemente en Mar del Plata a la espera de ser operados (...) A igual espera están sometidas cantidad de mujeres, no obstante portar en sus pechos tumores; muchas personas están quedando ciegas por no poder ser operadas de cataratas; otras no caminan y están postradas a la espera de cirugía de caderas. Todos esperan, y mientras lo hacen sus dolencias se agravan y sus calidades de vida empeoran, lo que retroalimenta la patología y hace que el tratamiento sea cada vez más difícil y más caro".²¹

Señalan los jueces que "esta situación es, además, intrínsecamente injusta, porque se ha llegado a un estado de cosas en el cual los que puedan

²⁰ Las consideraciones que se citan en este apartado corresponden a la sentencia dictada por el Tribunal en lo Criminal N° 3 del Departamento Judicial de Mar del Plata, integrado por los jueces Daniel Eduardo Adler, Eduardo Oscar Alemano y Hugo Trogu, el 4 de junio de 2002, en la causa 836, "Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires IX Distrito s/Amparo". El fallo fue referido en "Muertos esperando la cirugía", *Página/12*, 08/06/02.

²¹ *Ibidem*. Voto del Dr. Adler.

acceder a servicios de medicina privada tendrán muchísimas más posibilidades de desarrollar mejores calidades de vida, e incluso de salvar las mismas. Los demás sencillamente no lo podrán hacer, porque el Estado no asegura, en las condiciones que más adelante veremos, el standard mínimo debido de prestaciones médicas en sus hospitales. No se respeta así el principio de igualdad (art. 16 CN), del cual se deriva el derecho a la no discriminación arbitraria, base de todo el sistema nacional de salud, que no tiene aplicación (art. 1 de la ley 23.661 sobre el Sistema Nacional de Seguro de Salud; art. 4 de la ley 11.072; arts. 11 y 36 inc. 8 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires). En Mar del Plata, existe salud, pero sólo para algunos”.

La sentencia recoge testimonios desoladores de autoridades y médicos de los hospitales médicos. Así, el director del Hospital Interzonal de Aguados, Dr. Marcos Bravo, manifestó que las carencias actuales son absolutamente inéditas, que ponen en grave compromiso a la atención médica y a la conciencia de los médicos, al saber éstos que no pueden suministrar los medios adecuados a sus pacientes. Dijo que el servicio es insuficiente para atender las necesidades de la población y que no existe programación, ni siquiera a corto plazo de las actividades del hospital a su cargo, las que se programan o reprograman día a día. Refirió que se adoptaron medidas restrictivas, con la afectación consecuente de varios servicios: a) reforzamiento del servicio de guardia y de terapia intensiva; b) reducción de las intervenciones quirúrgicas programadas (“este enfermo va, éste no va”), con transferencia de algunos recursos de cirugía a guardia. Manifestó que en el área quirúrgica existen problemas graves por falta de insumos, lo que implica privación de atención médica a parte de la población, con posibilidad de diversas secuelas y hasta de muerte de los pacientes. Entre quince a veinte personas por día esperan hasta 24 horas para ser internadas, ello por la escasez de camas y de personal para su atención. “Los pacientes se seleccionan (sic) por criterio de gravedad y urgencia”, aunque aclaró que “no hay ninguna norma escrita”, ni en el hospital, ni desde el Ministerio.

En relación con el Hospital Materno Infantil (HIEMI), el jefe del Servicio de Clínica Pediátrica, Dr. Jorge Antonio Salgueiro, informó que a la fecha de la audiencia existía un gran deterioro en alta complejidad; a modo de ejemplo manifestó que no existen catéteres para diálisis de niños con problemas nefrológicos. Dijo que se evidenciaba, en general, un gran deterioro de la salud, viéndose agravado en los últimos dos meses, en especial por demoras para la realización de estudios complementarios. También ello se observa por la falta de insumos y medicamentos, siendo claro al expresar que “se medica con lo que se tiene, con el consiguiente perjuicio pa-

ra el paciente que ve alterada así la rutina del fármaco en el tratamiento". También manifestó en esa oportunidad que la situación ha llevado a que "se nieguen internaciones de embarazadas a término, pues no se cuenta con camas para la posible internación en terapia neonatológica en casos de riesgo claro". Por su parte, la jefa del Servicio de Neonatología del HIEMI, Dra. Adelina Fontana, manifestó que existe insuficiencia de oxígeno para la atención de neonatos, y que en los últimos tiempos se han incrementado los riesgos de morbilidad y mortalidad por infección intrahospitalaria.

El fallo refiere a una inspección efectuada el 3 de abril de 2002 por el juez Pedro Hooft en el HIGA en la que se verificó que "el hall de entrada donde permanentemente circulan numerosas personas, pacientes, familiares, personal de hospital, denota cúmulo de suciedad en el piso y ambiente general, con grandes capas de polvillo, olor nauseabundo, moscas, percibiéndose restos de gasas, papeles, colillas de cigarrillos. Igual situación se advierte en la sala de espera del hospital, que se encuentra en el sector nuevo y muy cercano al servicio de emergencia, incluso con bolsas de residuos en los distintos lados del pasillo. Asimismo se observa en el peor estado de higiene los sanitarios contiguos y de uso público (...) Dichos consultorios están desbordados, al punto tal de observarse un niño que padece leucemia y que debiera encontrarse internado en sala de aislamiento, con un barbijo, sentado en una silla en el pasillo común, próximo a la sala de espera. En tal situación de vulnerabilidad, se encuentran treinta pacientes alojados en una sala de capacidad para ocho, con camas en los pasillos".²²

En la inspección judicial efectuada por los propios jueces encontraron "en todos los servicios en ambos hospitales, deficiencias en insumos necesarios, como guantes, medicamentos, placas de rayos". Las listas de espera para quirófano llegan a tres meses en el HIEMI, y "en el HIGA la situación es más acuciante aun para patologías malignas". Es que "no parece razonable que su quirófano central opere sólo de 8 a 14 horas". Además, en el HIEMI, "las mujeres con complicaciones de parto son llevadas a través de un pasillo externo por varios pisos, pese a que existe espacio" para reubicar el servicio de cirugía. En el HIGA, la "terapia intensiva funciona en lamentables condiciones, cuando existen áreas nuevas en perfecto estado".²³

"No se trata realmente de un problema de falta de medios económicos", sino "de una pésima administración de los recursos", según los jueces, que intiman al Poder Ejecutivo bonaerense a cumplir la ley provincial 11.072 que adopta "el modelo del hospital público descentralizado". Para los magistra-

²² *Ibidem.*

²³ *Ibidem.*

dos, "la centralización dificulta o impide la adquisición de medicamentos, la provisión de vacantes y la contratación de servicios", así como "el recupero de las deudas millonarias de las obras sociales".²⁴ El fallo establece que el proceso administrativo destinado a concluir con la efectiva descentralización no podrá demorarse más de ciento ochenta días corridos y deberá comenzar a programarse dentro de las 24 horas de notificado el fallo. Asimismo, los jueces intiman al Poder Ejecutivo de la provincia de Buenos Aires a "proveer en forma constante e inmediata de los insumos hospitalarios, los medicamentos, los cargos médicos y de auxiliares de medicina necesarios para el normal funcionamiento de los hospitales HIEMI e HIGA de Mar del Plata, y (...) deberán asignarse a la Caja Chica de los Hospitales la suma de permanente y constante de veinte mil pesos a los efectos de que en esta crítica situación se pueda acceder a la compra de insumos y medicamentos".

Señala el fallo que "como producto de años de administración burocrática y centralista, los hospitales locales, de lo que deberían ser, centros de alta y mediana complejidad, se han convertido, en especial el HIGA, en una suerte de gigantesco servicio de guardia, emergencias y atención primaria por demanda espontánea, en el cual por definición poco es lo que se puede planificar y prevenir. Los hospitales no interactúan sino ocasionalmente con las municipalidades de la zona, a los fines de elaborar planes de atención médica y de prevención de enfermedades evitables, conforme las necesidades y peculiaridades de la población. No se advierte que tengan prácticamente posibilidad de seleccionar y nombrar a su propio personal, dependiendo en tal sentido de las decisiones que omnímodamente se adoptan en La Plata, a veces a contrapelo de las reales necesidades. No pueden manejar sus fondos, sino hasta el monto de las raquílicas cajas chicas que, a modo de gracia principesca, les son provistas cuando las situaciones estallan o están a punto de hacerlo. Paradójicamente los hospitales son generadores de importantes recursos económicos que, sin embargo, nadie parece preocuparse en cobrar eficazmente. Peor aún, hasta se sospecha que los créditos de los que los hospitales son acreedores, son graciosamente condonados por ignotos funcionarios. Los profesionales médicos no son efectivamente oídos en las tomas de decisiones sobre cuestiones del hospital por parte del poder central. Los directores se han convertido en meros empleados o apéndices del poder ministerial, al cual deben recurrir permanentemente en busca de instrucciones para resolver hasta las cuestiones más mínimas del día a día, o para recibir algún anticipo de caja chica con que mantener en funcionamiento la estructura. Recursos bien administrados harían que los quirófanos al menos funcionaran y que, en consecuen-

²⁴ *Ibidem*.

cia, las listas de espera de cirugía se reduzcan; que los aparatos, que resultan hoy de muy difícil reposición, sean cuidados y mantenidos preventivamente. Ciertas operaciones sencillas podrían realizarse en Mar del Plata y, sin embargo, se gasta más haciéndolas realizar en ciudades distantes”.²⁵

El fallo concluye con una recomendación para el Ministerio de Salud de la Nación, el Ministerio de Salud de la provincia y la Municipalidad de General Pueyrredón sobre la provisión de un sistema eficaz y racional de administración de los recursos en materia de salud.

La sentencia dictada por el Tribunal de Mar del Plata, fue apelada por el Estado provincial. La Cámara de Apelación y Garantías de Mar del Plata²⁶ confirmó parcialmente la sentencia.²⁷ Así ratificó la resolución referida a la descentralización del hospital y la provisión de insumos hospitalarios, medicamentos, cargos médicos y auxiliares de la medicina necesarios para su normal funcionamiento, modificando la orden de que se provea una cifra mínima de caja chica para cada hospital, por la de que se mantenga el regular suministro de fondos imputables a las mismas en condiciones que permitan la eficaz y tempestiva atención de las necesidades diarias y urgentes que sean menester solucionar en ambos nosocomios.

2.1.7. En el Hospital Penna, de la ciudad de Bahía Blanca, durante el invierno del 2002, los familiares de los pacientes internados debieron cubrirse con una cantidad extra de abrigo, tanto en los pasillos como dentro de las habitaciones, de las cuales muy pocas cuentan con estufas eléctricas. La prensa local describe en junio de 2002 habitaciones sin ningún sistema de calefacción, pasillos gélidos y gente abrigada con frazadas, éstas son algunas de las imágenes y sensaciones que ofrece el hospital. El frío, que también golpea otras dependencias, como la habitación de enfermería, consultorios externos y salas de médicos, obligó a las autoridades del hospital a comprar cien frazadas para abrigar a los enfermos.²⁸

2.2 Provincia de Misiones

2.2.1. En el Hospital Madariaga de Posadas, según declaraciones de Martina Ramírez, enfermera del Banco de Sangre, en mayo de 2002, “a los bancos de sangre llega gente de las zonas periféricas del interior de Posa-

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ Integrada por Julio Isaac Arriola, Daniel Mario Laborde y Carlos Gustavo Pizarro Lastra.

²⁷ Sentencia del 7 de agosto de 2002.

²⁸ “Bahía Blanca: El frío castiga en el Hospital Penna”, *La Nueva Provincia*, 14/06/02. Citado en news@buenafuente.com.

das y no hay sangre ni reactivos para grupos sanguíneos. El caso más frecuente es el de las embarazadas, a quienes generalmente se les detecta su grupo sanguíneo y factor”.²⁹

Asimismo, comentó “que muchas veces las embarazadas llegan a hacerse el análisis y tienen el feto muerto hace una semana. Cuando ellas empiezan a tener fiebre, no se las interna ya que ante la falta de insumos, la fiebre no es considerada una emergencia. Para el caso de las transfusiones, no se cuenta con sangre en el hospital. No hay bolsas porque salen caras —desde veinte a veinticinco pesos— y los productos descartables no se consiguen. Además, la asepsia es desastrosa. La empresa privada concesionaria del servicio no entrega los elementos básicos a sus empleados, como guantes, lavandina, detergente, bolsas de residuo o los colores para identificar residuos peligrosos. Las agujas se desechan en botellas”.³⁰

En el mismo sentido, otro empleado del hospital manifestó que “el Gobierno no destina el presupuesto para el servicio de neonatología. Los colchones no tienen sábanas, ni cobertores de colchón y las camillas de quirófano están oxidadas. Se ha llegado a recibir a los bebés con papel de diario porque no había guantes ni compresas”.³¹

2.3 Provincia de Santa Fe

2.3.1. En el servicio de cardiología del Hospital Provincial de la ciudad de Rosario, a mayo de 2002, faltaba papel para los electrocardiógrafos. Los estudios se hacían según la urgencia. Escaseaban los insumos básicos como algodón, alcohol, agujas y jeringas. En odontología, a veces faltaban agujas o anestubos. En la guardia sólo había cinco camas y cinco camillas, mientras que el hospital recibe un promedio de consultas de 120 adultos por día. En los quirófanos, el equipamiento de anestesia estaba obsoleto y se rompía con frecuencia.³²

2.3.2. En el laboratorio del Hospital Centenario, de la ciudad de Rosario, según la prensa local en agosto de 2002, “las agujas son de mala calidad y la falta de reactivos limita la cantidad de análisis diarios. Suele faltar insulina, gasas, guantes, alcohol y drogas básicas. En cirugía la luz del quirófano es insuficiente, por lo tanto se opera hasta el mediodía. Antes

²⁹ Entrevista con Martina Ramírez, enfermera del Banco de Sangre del Hospital Mada-riaga de Posadas, Misiones, mayo de 2002.

³⁰ Entrevista con Luis Vargas, Terapia Intensiva del Hospital Madariaga de Posadas, Misiones, mayo de 2002.

³¹ *Ibidem*.

³² “El Hospital Provincial tuvo que pedir un respirador artificial”, *La Capital*, 11/6/02. Citado en news@buenafuente.com.

se hacían cuatro cirugías cardiovasculares por mes, ahora se suspendieron porque el instrumental quedó obsoleto. Se realizan dos mil diálisis mensuales y no hay tiempo físico para poder atender a todos los pacientes, por lo tanto se está subsidiando, es decir que a una persona que necesita cuatro horas de tratamiento, se lo hacen en tres".³³

2.4 Ciudad de Buenos Aires

2.4.1. Con relación al Hospital de Pediatría Juan Garrahan, sus autoridades resolvieron el 16 de enero de 2002 suspender las cirugías programadas ante la escasez de anestésicos, jeringas, sondas, agujas, guantes y hojas de bisturí, entre otros elementos indispensables para operar. La situación era de tal gravedad que se estudió la posibilidad de almacenar material descartable ya utilizado para reesterilizarlo en caso de agotar los stocks, según informó el director médico ejecutivo, Alberto Dal Bó. "No es un problema presupuestario. Los proveedores no nos entregan insumos. Dicen que no tienen material porque no lo pueden importar por falta de divisas o porque la oferta está retraída por los vaivenes cambiarios", explicó Dal Bó.³⁴

El Garrahan es un hospital de pediatría de alta complejidad, de referencia a nivel nacional, destinado a la atención de niños y niñas de todo el país. Depende del Gobierno nacional y del porteño. El 16 de enero de 2002, la ciudad analizaba incorporarlo a la red que formó con los 33 hospitales locales para enfrentar la crisis de desabastecimiento y en los que puso en marcha un sistema de *clearing*: cada centro de salud entrega los insumos que le sobran y recibe los que le faltan. "Estamos procediendo de manera previsoras ante la incertidumbre. No estamos en condiciones de garantizar que la situación se resuelva en pocos días", señaló el director del Garrahan. Como medida extrema, el consejo directivo del hospital suspendió todas las intervenciones quirúrgicas "de carácter electivo, siempre y cuando no medie empeoramiento del paciente o riesgo para su salud", explicó Dal Bó. No se recuerda una situación similar de desabastecimiento en la historia del Garrahan.³⁵

El 16 de enero del 2002 se realizaron sólo trece de las treinta cirugías programadas. Muchos de los chicos que tuvieron que volver a sus casas sin operarse llevaban más de tres o cuatro meses esperando la posibilidad de in-

³³ "Los hospitales públicos ya no dan más", *Rosario Net*, 12/8/02. Citado en news@buenafuente.com.

³⁴ "El Garrahan posterga cirugías por falta de insumos: Cuando la salud tiene que esperar", *Página/12*, 17/01/02.

³⁵ *Ibidem*.

gresar al quirófano. Operaciones de hernia u ortopédicas de corrección de tendones, son algunos de los ejemplos de las intervenciones que quedaron en suspenso. Habitualmente, el 50% de las cirugías que se realizan en ese hospital son de carácter electivo, es decir no derivadas de urgencias.³⁶

2.4.2. Con relación al Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz, la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires descubrió, a partir de una extensa investigación, que los residuos patológicos del hospital se habían convertido en una amenaza para la salud de los porteños.³⁷

De acuerdo con el informe referido "los desechos se acumulan sin orden ni control durante días en recipientes y lugares inadecuados que no respetan las mínimas medidas de seguridad sanitaria, además de elementos tóxicos que se derraman en la red cloacal". Asimismo, se menciona que "los equipos de tratamiento de estos residuos no funcionan desde hace meses y son provistos por una misteriosa empresa cuya habilitación para operar está vencida".³⁸

2.4.3. En el Hospital Álvarez, a partir de marzo de 2002, el único técnico en Histopatología deberá tener compañía por orden judicial. En su resolución, Fabiana Schafrik, jueza en lo Contencioso, Administrativo y Tributario de la ciudad de Buenos Aires, consideró que "existiría una actitud omisiva por parte de la Administración" al no proveer el personal necesario para un buen funcionamiento del Área de Histopatología del hospital. Además, dejó en claro que se produjo "una situación de desborde y atraso considerable en el servicio que pone en claro peligro la salud de los pacientes y el desempeño responsable del personal médico".³⁹

La jueza hizo lugar al recurso de amparo presentado por la Asociación de Médicos Municipales debido a la demora de más de noventa días en el análisis de las biopsias, tarea que cumplen estos profesionales. La magistrada ordenó al Gobierno porteño que "contrate y/o provea de manera provisoria un cargo de personal histotécnico" hasta tanto se resuelva la situación de fondo. La presentación que realizaron los médicos municipales se basó en dos ejes: el derecho de los profesionales a ejercer su tarea en condiciones dignas y la violación del derecho a la salud de la comunidad. La entidad había constatado, con la presencia de un escribano, que trescientas biopsias esperaban su turno para ser procesadas, algunas desde el mes de octubre de 2001.

³⁶ Ibidem.

³⁷ "Peligro en el Muñiz". *Revista 23*, año 4, número 210, 18/07/02.

³⁸ Ibidem.

³⁹ "Un hospital deberá contratar más personal por orden de una jueza", *Página/12*, 15/03/02.

Hasta 1998, el hospital tuvo tres histotécnicos —que son los encargados de elaborar la muestra de tejidos para que el médico anatomopatólogo luego haga el diagnóstico— y ahora sólo queda uno. La jueza afirmó en su fallo que “se pretende brindar idéntico servicio (...) con un tercio del personal con que se lo hacía tres años atrás”, con el agravante de que “la crisis económica y social (...) hizo aumentar en forma considerable la cantidad de personas que acuden al servicio de la salud pública”.⁴⁰

2.4.4. En junio de 2002, los profesionales del Hospital Vélez Sársfield insistían en que la falta de nombramientos afectaba seriamente el sistema de salud.⁴¹

Los problemas que más afectan la atención médica en el hospital son: la falta de nombramientos (determinante para su funcionamiento) y la complicada situación por el costo de los insumos. Hay sectores, como la guardia, que sólo funcionan con un 50% de profesionales titulares, el resto son suplentes. Las horas afectadas a ese cargo luego son rechazadas sin ninguna justificación racional. En muchas especialidades las horas se cubren con suplencias de guardia.

2.4.5. El Hospital Fernández vivía un panorama similar al resto del sistema de salud pública en lo que respecta a la falta de personal.⁴²

Un gran problema de este hospital es que de los médicos de guardia, el 41% son suplentes y eso implica flexibilización laboral. Se suma, además, la falta de nombramientos de médicos de planta, administrativos, camilleros, enfermeras, técnicos.⁴³

2.4.6. Según informaba *El diario del mundo hospitalario* de la Asociación de Médicos Municipales en agosto de 2002, en el Hospital de Quemados la provisión de los insumos específicos que son necesarios a esa patología era crítica. La situación era grave porque a esa altura del año ya se había terminado el presupuesto pautado para todo el año 2002.⁴⁴

⁴⁰ Art. cit. Sin embargo, el subsecretario porteño de Salud insistió con que hay otras alternativas de solución que la Justicia podría haber planteado: “Derivar los estudios a otros hospitales, que el director afecte personal a este área, o realizar convenios con facultades”. El subsecretario aseguró que la opción de tercerizar el servicio también podría haberse tenido en cuenta en el fallo, aunque “justamente es lo que no queremos hacer”. “Tenemos que continuar mejorando el envío sistemático y organizado de los estudios a otros hospitales”.

⁴¹ “El tema de los nombramientos es crucial”, nota publicada en *El diario del mundo hospitalario*, de la Asociación de Médicos Municipales de la ciudad de Buenos Aires, año XI, N° 89, junio 2002.

⁴² “Hay que cuidar mucho al equipo de salud”, nota publicada en *El diario del mundo hospitalario*, año XI, N° 87, abril 2002.

⁴³ Art. cit.

⁴⁴ “La situación de los insumos es crítica”, *El diario del mundo hospitalario*, año XI, N° 91, agosto 2002.

Los insumos que precisa el hospital son críticos, como el material descartable y algunos antibióticos específicos para pacientes quemados que son indispensables y, en general, no existían en la cantidad y en la calidad necesarios. Por otro lado, se informaba que al realizar licitaciones no había oferentes por las dificultades en el cobro. En el hospital se realizan alrededor de 135 cirugías semanales de quemados y algunas deben realizarse con hojas de dermatómo reesterilizadas y reafiladas artesanalmente.

Además, el hospital sufrió el impacto del aumento de las consultas que recibe. El área programática del hospital es toda la ciudad de Buenos Aires, el primer y segundo cordón del conurbano, todas las provincias argentinas y, en menor medida, los países limítrofes. El hospital tiene un total de 59 camas que llegan a 62 cuando se habilitan supernumerarias en la guardia. Oficialmente son camas de recepción, pero extraoficialmente son de internación. Se informaba que el hospital contaba con poco personal médico, en total sesenta profesionales abocados a la atención directa del paciente y el resto a la parte administrativa. La enfermería, dotada de 117 personas, era insuficiente y el 80% debía realizar uno o más módulos para cubrir las necesidades. Había seis camilleros y dos módulos por día para todo el hospital, incluyendo sábados y domingos. En el hospital hay una guardia antiquísima, disfuncional. Además, no existe una terapia intensiva infantil, a pesar de atender chicos graves.

3. El acceso a la atención de la salud mental

Según el informe preliminar de junio 2003 elaborado por un equipo de profesionales de la salud mental,⁴⁵ convocado por el Consejo Multisectorial de Organizaciones Sociales (CoMo) dependiente de la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires, la población escolar de nivel primario correspondiente al Área Programática del Hospital General de Agudos P. Piñero, tiene serias dificultades para acceder a la atención en salud mental.

Este relevamiento impulsado por el CoMo se propuso detectar las dificultades que encuentra la población escolar de nivel primario de los distritos XIX, XI, VIII y XIII para acceder a la atención en salud mental,⁴⁶ y se realizó

⁴⁵ Este equipo estuvo integrado por Alejandra Antuña y Livia Ritondo (CoMo), Mariana Wikinski (CELS), Carmen Cáceres (Maestría en Salud Mental Comunitaria y Dirección de Capacitación en Salud de la provincia de Buenos Aires), Ma. Cristina Prado (Colegio de Psicoanalistas), Marina Román (Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud) y Mariana Azcárate como colaboradora por parte de la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires.

⁴⁶ Se prevé la presentación del informe a las autoridades correspondientes para procurar que el Estado —en su rol de garante del cumplimiento de los derechos de los ciudada-

implementando entrevistas con los actores institucionales implicados: Dirección de Salud y Orientación Educativa de la Secretaría de Educación del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires, Equipos de Orientación Escolar de los distritos relevados, autoridades y maestros de las veinte instituciones educativas de nivel primario y educación especial correspondientes. Esto permitió obtener un panorama que abarca una población de 8222 niños.

La primera conclusión a la que arribó el equipo de investigación es que la escuela no es ya un ámbito cuyo eje central es el proceso de enseñanza-aprendizaje. Opera como una instancia fundamental en la alimentación de los niños, en el desarrollo de hábitos de higiene y salud, en la oferta de contención y orientación tanto a los alumnos como a las familias. La actual situación condujo en los hechos a una redefinición de la función social tradicionalmente asignada a la escuela, ampliando desmedidamente sus tareas y responsabilidades, abarcando tareas propias del ámbito familiar. Esto la obliga como institución, y obliga por lo tanto a sus docentes, a atender necesidades urgentes y límites de cada población. Éstas son funciones que no siempre la institución ni sus integrantes están preparados para cumplir, sufriendo también como efectores la desatención del Estado. En esta situación, la escuela es, en muchos casos, el único espacio social en el cual los niños, reconocidos como sujetos portadores de derechos, desarrollan los procesos de socialización y suele ser el primer espacio en el que se detectan las problemáticas que atraviesan y su impacto en el crecimiento, problemáticas que se ponen de manifiesto en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Con respecto a la accesibilidad al sistema de salud mental, hay una coincidencia absoluta en todos los testimonios obtenidos en las escuelas visitadas al momento de describir las dificultades que encuentran los niños derivados, para obtener algún tipo de atención en salud mental. Los obstáculos son de diverso tipo, pero en su conjunto ponen en evidencia la ausencia de una política de atención primaria en salud por parte del Estado, ya que depende absolutamente de la familia del niño que la atención se concrete. Como se desprende de los resultados obtenidos, en el acceso de esta población a la atención en salud mental, se presentan obstáculos geográficos, de visualización, sociales, culturales, económicos e institucionales.

El informe señala que los docentes se encuentran muchas veces ante la disyuntiva de "dejar pasar" una situación familiar o social en la que se ponen en juego graves situaciones de violencia, u optar por la judicialización del caso, cuando no se logra la atención en salud mental de la fami-

nos— y los efectores de salud contemplen las necesidades y expectativas de la población, procurando así la atención adecuada en salud mental.

lia o del niño. No existen estrategias de prevención que se hayan puesto en marcha, a pesar de que los problemas que se observan son crónicos, y su desarrollo muy previsible.

Pareciera que el Estado considera que el acceso a la atención en salud mental es un problema privado, y en consecuencia su éxito depende exclusivamente de la toma de conciencia y el esfuerzo sostenido de familias que están en su núcleo atravesadas por situaciones constantes de emergencia, sin resto para sostener más que la propia cotidianidad.

En las diversas entrevistas realizadas aparece con fuerza el testimonio sobre las condiciones adversas en que se desarrolla tanto la vida de los niños como la tarea escolar y asistencial de los trabajadores del sistema. También aparece una referencia insistente a lo que se podría pensar como estrategias de supervivencia y modos de sortear en la cotidianidad los obstáculos que se presentan.

En el informe se sostiene que es necesario, al pensar en la accesibilidad de los servicios de salud, tener en cuenta la recuperación de las experiencias de los actores institucionales implicados en dar viabilidad a las necesidades relacionadas con la prevención, promoción y asistencia en salud mental tal como se hacen presentes en la escuela. Esto incluye a los docentes, al personal profesional dependiente de Educación y de Salud del Gobierno de la ciudad y a grupos de padres.

Señala el estudio que, desde una perspectiva más amplia, es pensable una estrategia que apunte a un rediseño de los recursos de acuerdo con las actuales situaciones, del cual surgiría con mayor claridad la identificación de las insuficiencias a salvar. Es un problema que necesita ser pensado integralmente, incluyendo el cuestionamiento que los distintos actores realizan desde su experiencia. Se trataría de construir un sostén colectivo para las difíciles tareas que encara la comunidad educativa en el contexto actual, para pensar nuevas estrategias que permitan mejores intervenciones.

Es fundamental el reconocimiento y fortalecimiento de las redes sociales (personales, institucionales, comunitarias) que incluyen a la comunidad educativa. Entre todas las escuelas relevadas que presentan algunas realidades distintas, existe un elemento en común en el agravamiento de situaciones personales de los alumnos y la precarización de la vida familiar y comunitaria. En forma concomitante hay un deterioro en las condiciones de trabajo docente y profesional.

La cantidad de derivaciones no concretadas, la inaccesibilidad geográfica, social, económica y cultural de los niños y sus familias a los Servicios de Psicopatología y Salud Mental, la discontinuidad de los tratamientos, la desconexión de los profesionales de salud y los de educación, son datos que sugieren que los recursos en salud mental están desaprovechados o al

menos no cumplen con las funciones de prevención y contención de situaciones de necesidad de los ciudadanos que requieren su atención.

4. Falta de provisión estatal de medicamentos

Tal como hemos mencionado en la introducción de este capítulo, la dificultad en el acceso a medicamentos caracterizó la crisis sanitaria emergente a fines de 2001 y se hizo particularmente virulenta para aquellas personas de menores recursos que dependen directamente de la provisión estatal y para las que cuentan con obras sociales de deficiente funcionamiento y escaso presupuesto.

A comienzos de 2002 se interrumpió la entrega de medicamentos para miles de pacientes dependientes del Programa Nacional de Lucha contra el SIDA. Este tipo de tratamientos exige que la medicación se tome en forma diaria y, por lo tanto, la discontinuidad en la ingesta puede causar graves perjuicios para la salud de los pacientes e incluso poner en serio riesgo su vida.

La interrupción se originó a raíz de una serie de obstáculos administrativos. En primer lugar, a fines del año 2001, el Ministerio de Salud no inició oportunamente el proceso establecido para la adquisición de la medicación. Una vez iniciado el trámite, un desacuerdo sobre el precio entre la Sindicatura General de la Nación (SIGEN) y el Ministerio de Salud provocó una excesiva demora en la compra, lo que generó el agotamiento del stock de drogas y la interrupción de su suministro.

En este contexto, numerosas personas denunciaron la situación en el CELS —algunas de ellas nucleadas en la Red de Personas Viviendo con HIV— y se presentó entonces una acción de amparo colectivo, patrocinando a dos personas beneficiarias del Programa Nacional de SIDA, en representación de todas las personas que se encuentran en idéntica situación. Se solicitó a la Justicia como medida cautelar que “ordene al Estado nacional que de forma inmediata tome todas las medidas pertinentes para que el Programa SIDA pueda garantizar la continuación de las prestaciones medicinales”.

El mismo día, el titular del Juzgado en lo Civil y Comercial Federal N° 7, Dr. Luis María Márquez, hizo lugar a la medida cautelar solicitada a favor de todas las personas beneficiarias del programa. Con relación a los accionantes, el juez ordenó al Ministerio de Salud brindar “la provisión inmediata a los actores de los medicamentos”.⁴⁷ Sobre el amparo colectivo, el

⁴⁷ Juzgado en lo Civil y Comercial Federal N° 7, “A.V. y otros c/Ministerio de Salud de la Nación s/amparo”.

juez intimó “al Estado nacional —Ministerio de Salud— para que en el plazo de dos días adopte las medidas necesarias para regularizar y mantener en lo sucesivo el suministro de las prestaciones medicinales relativas al tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”.

Respecto de la demora en el trámite de compra de los medicamentos, particularmente de la relación entre el Ministerio y la SIGEN, el juez afirmó: “En función de los extremos de hecho denunciados, la necesaria tramitación administrativa requerida a los fines de procurar la adquisición de las drogas específicas, no puede constituirse en obstáculo a la disposición de la medicación en cuestión, pues no se justifica el retardo de los organismos de control en la realización de la actividad que le es propia cuando se encuentra en juego la vida y la salud de las personas”.

Si bien la resolución judicial resultó favorable tanto respecto de las personas individuales presentadas como respecto de la totalidad de las personas afectadas por la discontinuidad en la provisión de medicamentos de HIV, se han presentado múltiples dificultades para lograr su cumplimiento efectivo. El juez de la causa debió incluso recurrir a la imposición de sanciones económicas para forzar al Ministerio de Salud a cumplir.

Por otro lado, el año 2002 ha corroborado la continuidad de una práctica arbitraria del Ministerio de Salud,⁴⁸ que niega a los inmigrantes que viven en nuestro país y no tienen documento nacional de identidad, el acceso al tratamiento antirretroviral para combatir el HIV/SIDA.

Esto se da en el marco según el cual mediante leyes, decretos, o bien a través de la práctica administrativa, la exigencia de determinada documentación para acceder a alguna prestación o beneficio en materia de salud, acaba constituyendo una restricción al derecho a la salud, consagrado en la Constitución Nacional y los tratados de derechos humanos a todos los habitantes del país.

Esto se evidencia con claridad en el caso de migrantes con HIV/SIDA que por no tener regularizada su situación migratoria, son privados de las prestaciones que brinda el Programa Nacional de SIDA, del Ministerio de Salud de la Nación.

En el informe anterior, se relataron los casos de dos mujeres con HIV, respecto de las cuales —en octubre de 2001— el CELS y la Defensoría del Pueblo de la ciudad presentaron un amparo judicial contra el Ministerio de Salud de la Nación, por negarles el acceso a los estudios de Carga Viral y CD4, imprescindibles para realizar un tratamiento integral, adecuado y continuo para combatir el virus, porque no contaban con el documento

⁴⁸ Descripta con mayor detalle en CELS, *Derechos Humanos en la Argentina. Informe 2002. Hechos enero-diciembre 2001*, ed. cit., p. 421.

nacional de identidad o constancia de haber regularizado su condición migratoria.⁴⁹

Allí se hizo un detallado análisis sobre cómo esa actitud del Ministerio vulneraba derechos protegidos en la Constitución y en los diversos pactos de derechos humanos.

Ahora bien, a lo largo del año 2002 esta práctica ha continuado. El número de casos similares denunciados —es decir, la negativa del Ministerio de Salud a permitir el acceso de inmigrantes sin DNI al Programa Nacional de SIDA— se elevó considerablemente, llegando a ser más de doscientos solamente en la ciudad de Buenos Aires y algunas localidades de la provincia de Buenos Aires (la mayoría, ante la Defensoría del Pueblo de la ciudad). Esta circunstancia demuestra la continuidad de esta práctica administrativa que vulnera tanto el derecho a la salud como el derecho a la vida.⁵⁰

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, dependiente del Ministerio, también debió hacer esfuerzos extraordinarios durante todo el 2002 para procurar su normal funcionamiento, es decir, para garantizar con regularidad la entrega de medicación esencial para los tratamientos de quienes sufren esa enfermedad.

En julio de 2002, la situación se hizo insostenible. Los mismos funcionarios a cargo del programa informaron a la prensa sobre el desabastecimiento.⁵¹ En consecuencia una persona afectada por la falta de medicación, patrocinada por el CELS, presentó una acción de amparo contra el Poder Ejecutivo nacional, con el fin de que se adoptaran todas las medi-

⁴⁹ En ambos casos, las demandantes tenían hijos de nacionalidad argentina, con lo que se encuadraban en los criterios migratorios fijados en la normativa correspondiente. A su vez, ambas se encontraban realizando los ya mencionados onerosos trámites previos con el fin de coleccionar la documentación necesaria para iniciar el pedido de radicación ante la Dirección Nacional de Migraciones. Una de ellas falleció en febrero de 2002. Véase también el Capítulo XIV de este *Informe*.

⁵⁰ Esta situación se ha visto agravada ante la actitud que ha tenido el Ministerio de Salud de la Nación —en algunos casos que han sido verificados por la Defensoría— de denunciar ante la Dirección Nacional de Migraciones a las personas que reclamaban su derecho a la medicación. Véase también el Capítulo XIV de este *Informe*.

⁵¹ En efecto, según lo informado por la Dra. Elsa Zerbini, a cargo del Programa Nacional (en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Emilio Coni), "el stock de drogas contra la tuberculosis está en cero. Algunas provincias todavía conservan algunas dosis del programa y otras han comprado por su propia cuenta" (Cf. *Clarín*, 27/7/02). La nota periodística continúa señalando que "según Zerbini, las compras de medicamentos ya fueron parciales en el año 2000. El año pasado, la gestión de la Alianza no hizo la compra anual para el 2002. Recién en enero último, las autoridades sanitarias del Gobierno de Duhalde empezaron a movilizar la compra. Pero la devaluación puso su traba. 'El dinero previsto sólo alcanzó para comprar una parte de los medicamentos que se necesitan', comentó Zerbini. Por esta gestión de enero y a través de la OPS, recién en septiembre próximo el Programa Nacional contra la Tuberculosis recibirá 4500 tratamientos que alcanzarán sólo para cuatro meses y medio de provisión a los enfermos".

das necesarias para regularizar la entrega de medicación para combatir la tuberculosis. El amparo se presentó en forma individual y colectiva, es decir, para exigir la medicación de todas las personas beneficiarias del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

El Estado decidió efectuar una compra internacional (a través de la Organización Panamericana de la Salud, OPS) a raíz de los altos precios que ofrecían los laboratorios nacionales. Pese a ello, desde la última semana de agosto, la medicación adquirida se encontraba retenida en la Administración General de Aduanas, por falta de pago de los impuestos requeridos (Impuesto al Valor Agregado —IVA—, IVA adicional, Datos de Estadística, e Impuesto a las Ganancias). Pese a todas las gestiones que los encargados del programa nacional efectuaron para poder eximirse de algunos de estos impuestos, la medicación aún no había ingresado y, por lo tanto, no se había distribuido a las diversas jurisdicciones.

Ante el amparo interpuesto, el día 21 de octubre de 2002, el titular del Juzgado en lo Civil y Comercial Federal N° 7 de la Capital resolvió “intimar al Estado nacional —Ministerio de Salud— para que en el plazo de dos días adopte las medidas necesarias para regularizar y mantener en lo sucesivo el suministro de las prestaciones medicinales relativas al tratamiento de tuberculosis”.

Una semana después, el Ministerio informó al juez que el día 25 de octubre había ingresado la medicación que estaba retenida en la Aduana (por falta de pago de impuestos) y que ya estaba siendo distribuida en todo el país. Por la información que pudimos recabar en los hospitales, la situación se habría regularizado.

En el período enero a junio del año 2002, la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires recibió cincuenta denuncias de particulares por falta de medicamentos en hospitales de la Ciudad. La mayoría se relaciona con medicamentos para la epilepsia y el VIH. Entre los hospitales más denunciados por estos factores se encuentran el Ramos Mejía y el Muñiz. Este último, además, ha recibido numerosas denuncias por negación a la realización de tratamientos de cargas virales, especialmente en el caso de personas extranjeras, situación que se repite en otros hospitales de la ciudad.

Con relación a la falta de provisión de medicamentos para la epilepsia, la Defensoría de Pueblo de la ciudad de Buenos Aires, previa recomendación al Gobierno de la ciudad, mediante la resolución 350/02, inició una acción de amparo⁵² a raíz de las serias demoras en la obtención de medicamentos que sufrían los pacientes atendidos en hospitales públicos dependientes

⁵² Alicia Oliveira —Defensora del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires— contra GCBA s/Amparo (Art. 14 GCABA).

del Gobierno de la ciudad. La Defensoría entendió que estas demoras tenían origen en la burocracia del procedimiento: una vez obtenida la indicación médica, los pacientes debían concurrir a la Defensoría del Pueblo de la ciudad para obtener por parte de la Red de la Secretaría de Salud la información acerca del lugar donde retirar el medicamento, concurriendo luego para ello nuevamente al mismo hospital o en su defecto a otro nosocomio público de la ciudad. Asimismo, como las dosis entregadas solían ser suficientes para cubrir sólo el tratamiento semanal, se requiere una continua gestión por parte del paciente ante los distintos organismos públicos.⁵³

Con fecha 17 de julio de 2002, el juez a cargo del Juzgado de Primera Instancia N° 8, Secretaría 16, de la ciudad de Buenos Aires, Dr. Osvaldo O. Otheguy, resolvió hacer lugar a la medida cautelar presentada por la Defensoría del Pueblo. En consecuencia, ordenó al Gobierno de la ciudad de Buenos Aires (Secretaría de Salud), hasta tanto se dictara sentencia definitiva, cumplir con la entrega de medicación necesaria para pacientes epilépticos que son atendidos en los hospitales dependientes del Gobierno de la ciudad, a través de los mecanismos que estime corresponder, en los plazos y con la periodicidad adecuada a la señalada patología. Para así resolver, consideró que, de no hacerse efectiva la provisión regular de los medicamentos, los pacientes epilépticos que acuden a los hospitales dependientes del Gobierno de la ciudad con el fin de obtener una solución a su padecimiento físico, podrían ver afectada eventualmente aún más su salud, con el riesgo latente de posibles complicaciones.

A su vez, algunas obras sociales continuaron con el déficit en la provisión regular y oportuna de cierta medicación. Desde fines del 2002, el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) suspendió unilateralmente la entrega de medicación a sus afiliados o comenzó a realizar entregas irregulares, fragmentadas o parciales. Debido a ello, los afiliados afectados por esta enfermedad debieron interrumpir sus tratamientos médicos poniendo en serio riesgo su salud. Las obras sociales tienen obligación de entregar los medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA por imperio de las leyes 24.455, 23.660 y 23.66. En consecuencia, recurrir al Poder Judicial fue en mu-

⁵³ La acción de amparo se interpuso con el objeto de que se ordenara a la demandada proveer en forma inmediata, ininterrumpida y gratuita la totalidad de los medicamentos prescritos por los facultativos, para tratar la epilepsia padecida por los pacientes internados y ambulatorios atendidos en los hospitales dependientes de la ciudad de Buenos Aires. Además, se requirió que se adoptaran las medidas adecuadas para simplificar y agilizar al máximo los trámites concernientes a la provisión de la mentada medicación y a la realización de estudios médicos correspondientes al tratamiento de la referida patología. Como medida cautelar, solicitó se ordenara a la Secretaría de Salud del Gobierno de la ciudad cumplir con la entrega total, adecuada e inmediata de la medicación necesaria a los pacientes que la requirieran.

chos casos el último recurso para acceder a los medicamentos. En este sentido, cuatro personas patrocinadas por el CELS interpusieron una acción de amparo contra IOMA y, subsidiariamente, el Ministerio de Salud y Acción Social. El amparo fue presentado el 27 de diciembre de 2002 como colectivo pero la medida cautelar, dictada ese mismo día, salió sólo a favor de estas cuatro personas. A pesar de la existencia de una medida cautelar, la demandada no cumplió con la entrega de medicación. En consecuencia, se ordenó también al Ministerio de Salud y Acción Social (el 15 de febrero de 2003) que cumpliera con las provisiones ya que, en virtud del principio de subsidiariedad, recae también sobre el Estado esta obligación.

5. Política estatal para la salud

Durante el 2002, el Ministerio de Salud de la Nación decretó la emergencia sanitaria en todo el país,⁵⁴ hasta el 31 de diciembre, con el fin de garantizar a la población el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud.

El Ministerio de Salud implementó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), que rige para los afiliados a la mayoría de las obras sociales, al PAMI y a las prepagas, que ha impuesto un fuerte ajuste en las prestaciones. Por disposición del Ministerio de Salud se eliminan, restringen o cobran numerosas prestaciones que, anteriormente, eran gratuitas, y se aumentan las cuotas y disminuyen los descuentos en medicamentos. En esencia, el nuevo PMO se concentra en la atención médica y posterga para otra etapa los mecanismos preventivos y de rehabilitación.

Entre los puntos polémicos del programa, se encuentran, sobre todo, los ajustes efectuados en prácticas de uso habitual, y los mayores costos que deben pagar los afiliados para ser atendidos, acceder a estudios o comprar remedios. También se cuestiona que, con el criterio de cubrir sólo las urgencias, se pospongan sin plazo las operaciones programadas, que pueden fácilmente derivar en emergencias riesgosas.

De acuerdo con el Dr. Jorge E. Gilardi,⁵⁵ presidente de la Asociación de Médicos Municipales, el PMOE, surgido como solución para garanti-

⁵⁴ Ley 25.590, de Emergencia Sanitaria Nacional. *Boletín Oficial* del 7 de junio de 2002. A partir del nuevo Programa Médico Obligatorio de Emergencia, que tiene alcance para todas las obras sociales y organizaciones de medicina prepaga, es obligatorio recetar medicamentos por su nombre genérico y la cobertura se extiende a las distintas variantes de un mismo medicamento.

⁵⁵ "El sistema de salud está enfermo", *El diario del mundo hospitalario*, año XI, N° 89, junio 2002.

zar un piso básico y universal de prestaciones, al no contemplar las medidas preventivas y de rehabilitación que son necesarias para una atención integral, vuelve a recaer sobre el hospital público en lo que respecta a la atención no cubierta por los restantes subsectores. Y replantea una situación dicotómica entre la prevención y la asistencia, cuando en realidad ambas son parte indisoluble del proceso de atención.

A principios de 2002, el Ministerio de Salud de la Nación inició una política para la utilización de medicamentos por su nombre genérico,⁵⁶ como una herramienta para lograr el acceso a la salud de los grupos más desaventajados. Básicamente, el programa del Ministerio impulsa una política de prescripción por el nombre genérico de los medicamentos, y la posibilidad de elección en la farmacia, con asesoramiento profesional del farmacéutico. Según el Ministerio, esta política hace más transparente el mercado,⁵⁷ favorece la eficiencia en el gasto en salud, brinda alternativas al consumidor y contribuye al uso racional de los medicamentos.⁵⁸

La implementación de esta medida, si bien ha producido la reducción del precio de los medicamentos por la competencia generada, también ha traído aparejadas dudas e inquietudes sobre su calidad tanto en médicos como en pacientes. Esto por cuanto habrían proliferado medicamentos sin los debidos controles exigidos por los parámetros internacionales establecidos por la Organización Mundial de la Salud⁵⁹ y por la legislación interna. Técnicamente estos medicamentos no serían genéricos sino similares a los originales o innovadores⁶⁰ ya que no se estaría exigiendo la realización de los

⁵⁶ Ley 25.649. Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico. *Boletín Oficial* del 19 de septiembre de 2002. El nombre genérico o DCI (Denominación Común Internacional) es la denominación con que se conocen y divulgan en los medios científicos y académicos los medicamentos, recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Hace referencia al principio activo contenido por la especialidad farmacéutica, es decir, a la parte responsable por la acción terapéutica que se espera, sea la cura de una enfermedad o la atenuación de sus síntomas.

⁵⁷ De acuerdo con el Ministerio de Salud en *Política para la utilización de medicamentos por su nombre genérico. Una herramienta para el acceso a la salud*, para mayo de 2002 existían en el mercado argentino unos pocos cientos de principios activos, que se vendían bajo más de cinco mil marcas diferentes y en 12 mil presentaciones farmacéuticas. En la década del noventa, la cantidad de unidades de medicamentos vendidas en la Argentina disminuyó en un 11%, mientras que la facturación creció en un 80%.

⁵⁸ Cfr. Ministerio de Salud, op. cit.

⁵⁹ La Organización Mundial de la Salud publicó en la Serie de Informes Técnicos N° 863, en el Anexo 9, de 1996, las "directrices sobre los requisitos de registro para establecer el carácter intercambiable" de productos farmacéuticos de fuentes múltiples (genéricos), sobre la base de la más autorizada documentación científica disponible. A través de las directrices se desarrolla con minuciosidad la forma de acreditar la bioequivalencia y biodisponibilidad de productos semejantes.

⁶⁰ Son aquellos que contienen un principio activo nuevo y con el que se ha realizado una investigación y desarrollos completos (cf. "Medicamentos para todos en una Argentina nueva, es posible". Documento producido por la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires).

análisis de bioequivalencia y biodisponibilidad.⁶¹ Cuando se habla de genéricos se alude a "la especialidad con la misma forma farmacéutica e igual composición cuali y cuantitativamente en sustancias medicinales que otra especialidad de referencia, cuyo perfil de eficacia y seguridad esté suficientemente establecido por su continuado uso clínico".⁶² La especialidad farmacéutica genérica "debe demostrar la equivalencia terapéutica con la especialidad de referencia mediante los correspondientes estudios de bioequivalencia que incluyen los específicos de biodisponibilidad. Esto le garantiza confiabilidad absoluta, o sea que es exactamente igual a la original".⁶³

El Ministerio de Salud, por su parte, en el documento *Política para la utilización de medicamentos por su nombre genérico. Una herramienta para el acceso a la salud*, sostiene que tales análisis se realizan. Así, expresa que "un medicamento debe ser eficaz, seguro, de calidad y accesible siendo las tres primeras cualidades las que deben afianzarse a través de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). En cuanto a la eficacia, en el caso de medicamentos similares, los mismos se aprueban induciendo su actividad terapéutica según los resultados de estudios de equivalencia farmacéutica (estudios *in vitro*) y bioequivalencia (estudios en voluntarios sanos), según corresponda".

Por otro lado, el Ministerio de Salud, a través de un crédito otorgado por el Banco Interamericano de Desarrollo, implementó el plan Remediar,⁶⁴

⁶¹ La Fundación Spes para la lucha contra las enfermedades transmisibles ha iniciado una acción de amparo contra el Ministerio de Salud de la Nación debido a la falta de garantías sobre la calidad de los medicamentos antirretrovirales en circulación en el país y a la falta de información proporcionada a los pacientes receptores de los tratamientos que incluyen tales medicamentos, en cuanto a las condiciones de las drogas suministradas. Allí solicitan se declare la inconstitucionalidad de las resoluciones 189/00 y 40/01 de la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria de la Nación, en cuanto aprueban y establecen cronogramas para la verificación de la bioequivalencia en medicamentos de alto riesgo sanitario, contraviniendo expresas disposiciones legales; de la interpretación de la disposición 3185/99 de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) que supone reconocer como válidas las autorizaciones o registros de los medicamentos otorgados o a otorgarse, que no tuvieran realizados los estudios de bioequivalencia/biodisponibilidad y que instrumenta cronogramas prorrogables o de cumplimiento flexible para la verificación de tales estudios, para los medicamentos de alto riesgo sanitario; y de la interpretación de la disposición 3311/01 de la ANMAT que supone desconocer la existencia de medicamentos antirretrovirales originales y establece un cronograma flexible o prorrogable para cumplir con la realización de los estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad de los similares que no cuentan con ellos.

⁶² Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, doc. cit.

⁶³ Doc. cit.

⁶⁴ De acuerdo con información del Ministerio de Salud, fundamentalmente, el programa consiste en la provisión, durante dos años, de medicamentos esenciales buscando llegar a todos los Centros de Atención Primaria de la Salud —CAPS— del territorio nacional para su prescripción y suministro gratuito a la población objetivo. El programa sigue una estrategia progresiva. Los medicamentos son distribuidos en botiquines a los CAPS. La composición y cantidad de los botiquines aumentará sucesivamente, así como la cantidad de

programa de provisión gratuita de medicamentos esenciales que pretende garantizar el acceso de la población más vulnerable a los medicamentos esenciales que dan respuesta a la mayoría de los motivos de consulta médica en los centros de salud. Su población objetivo es de alrededor de 15 millones de personas.⁶⁵

6. Conclusión

La situación del derecho a la salud en 2002 y 2003 reflejó la profunda crisis socioeconómica que se desató en diciembre de 2001. Nunca antes la salud había sufrido un deterioro de tal magnitud. El primer dato escalofriante que marca el estado sanitario de la población es que un cuarto de ella no puede acceder a los alimentos mínimos para poder subsistir y, en consecuencia, la Argentina vive un cuadro de desnutrición infantil inaceptable que en niños menores de un año puede provocar daños neurológicos irreversibles.

El hospital público al que mucha gente debió recurrir por falta de empleo y obra social o por la caída de sus ingresos, fue sumido en el más absoluto abandono y en condiciones indignas debió hacer frente a una

CAPS que actuarán como efectores del Programa 66. En el ámbito del Consejo Federal de Salud —COFESA—, conformado por todos los ministros provinciales del área y las autoridades nacionales se estableció un índice que fija con criterios sanitarios objetivos la participación que corresponde a cada provincia sobre el total de botiquines.

⁶⁵ Por su parte, la cátedra de Salud y Derechos Humanos de la Universidad de Buenos Aires sostiene que para que los medicamentos sean accesibles para toda la población es necesario la adopción de "fuertes acciones regulatorias y de avance en la producción nacional y estatal de medicamentos, si el objetivo es realmente poner este insumo fundamental al servicio de las reales necesidades de la gente, en especial de los que más lo necesitan". Agregan que "existe en nuestro país alta capacidad profesional y número capaz de avanzar en la producción nacional de genéricos, en el corto plazo por medio del desarrollo y expansión de la capacidad instalada actual que está subutilizada y desfinanciada por políticas que han favorecido a una industria, que ha tenido grandes ganancias mientras la situación de la salud de la gran mayoría de la población ha sido empeorada por las políticas neoliberales". Según Pedro Luis Cazes Camarero, jefe de la Sección Laboratorio del Servicio de Farmacia del Hospital Posadas y miembro de la cátedra, "en Brasil, la producción pública de medicamentos es utilizada para poner un techo a la renta oligopólica que reciben los grandes laboratorios privados, locales o multinacionales. Una oferta estatal diversificada, a precios razonables, impide que los privados obtengan las superganancias que acostumbran generar en la Argentina. La ley de "prescripción por nombre genérico, ha logrado reducir el precio de los medicamentos entre un diez y un veinte por ciento. Sin embargo, reducciones muy superiores podrían obtenerse si siguiéramos el ejemplo del país vecino. La intervención en el PAMI, que es un gran comprador que podría actuar como formador de precios, debería empezar por exigir a su médicos que cumplan la ley y receten por nombre genérico, pero incluso podría estudiar la posibilidad de proveerse de los medicamentos más corrientes en la industria pública". En "¿Y la política de medicamentos?", *Página/12*, 31/7/03.

demanda en aumento. En peor situación han quedado aquellas personas que ni siquiera pueden pagar el boleto para acercarse al hospital público.⁶⁶

La falta de medicamentos o las dificultades extremas para su obtención provocó una situación desesperante especialmente en aquellas personas cuyas vidas dependen de ellos.

Si bien el Gobierno ha adoptado medidas para paliar la emergencia sanitaria, éstas resultaron insuficientes para hacer frente a una crisis que durante el año 2002 presentó características inéditas. Las personas debieron recurrir a la Justicia como último garante de sus derechos básicos. Algunos jueces, haciéndose eco de las funciones que les asigna la Constitución Nacional adoptaron medidas tendientes a obligar a los poderes políticos —responsables naturales del diseño e implementación de políticas públicas— a garantizar el derecho a la salud de la población. Esperamos que las medidas anunciadas permitan revertir la situación.

Indudablemente, las falencias del sistema sanitario argentino son de larga data. A pesar de que el Estado se ha comprometido a garantizar el derecho a la salud de su población en términos que no dejan lugar a dudas en diversos tratados de derechos humanos, fue progresivamente dejando de lado sus funciones esenciales, circunstancia que hizo posible las violaciones masivas al derecho a la salud que se manifestaron durante el año 2002. No es cuestión discrecional del Gobierno adoptar todas las medidas a su alcance para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a la salud, sino una obligación vinculante cuyo incumplimiento compromete su responsabilidad legal y política.

⁶⁶ En este sentido, el Foro Social de Salud ha impulsado un proyecto de ley para el establecimiento de un boleto sanitario de transporte colectivo de pasajeros para el desplazamiento de pacientes.