

IX CONGRESO NACIONAL DE SOCIOLOGIA JURIDICA

“De la ley a las prácticas: Confrontaciones sociales para el uso del Derecho”

Rosario 13, 14 y 15 de noviembre de 2008

La integración y los desequilibrios en la salud

Unión Europea y Mercosur

Comisión n° 1: La globalización en el campo socio-jurídico

Alicia Sonia Moreno¹

¹ Doctora en Derecho Social (Facultad de Derecho de la UBA). Sub Directora del Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales. Profesora de Historia Constitucional Argentina de la Facultad de Derecho e Investigadora del Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario.

El sistema de integración que objetiva la libre circulación de personas, bienes y servicios en un contexto mucho más amplio que la delimitación territorial de un país, plantea una compleja estructura en la que se deben sostener ciertos principios que no solo se restrinjan al aspecto netamente económico. Si vinculamos esta integración con las personas y/o trabajadores es necesario resaltar como pilares fundamentales la equidad, igualdad, solidaridad, para que los ciudadanos puedan acceder a los beneficios de la región común sin discriminación y sin soslayar aquellos derechos que no han sido delegados en los organismos comunitarios por parte de los Estados integrados.

El hecho de que el ciudadano de la región pueda movilizarse libremente lleva implícito el reconocimiento de su pertenencia y por ende a través de una eficaz información y aplicación del derecho, con sus obligaciones y garantías, acceder no sólo a la circulación sino también a la posibilidad de asentamiento para ejercer su profesión.

Ahora bien, en teoría podemos inferir que ese ciudadano llamado “comunitario” está contenido en un plexo normativo común para ser asistido en sus necesidades de la que no estaría exceptuada la atención sanitaria. Sin embargo en la práctica prima en este caso, el principio de subsidiariedad.

¿Qué queremos decir con ello? Cuando existen competencias compartidas y en algunos casos competencias exclusivas, es el principio de subsidiariedad el que se aplica con un criterio general, para determinar en una materia específica que es lo que deben hacer tanto la Comunidad integrada a través de sus instituciones y lo Estados que son miembros de dicha comunidad².

Por ejemplo en la Comunidad Europea se estableció claramente que en aquellos ámbitos que no son de su exclusiva competencia, ella sólo podrá intervenir, según el principio de subsidiariedad en la medida en que los Estados miembros no puedan dar respuesta efectiva a la problemática planteada.

En los siguientes párrafos trataremos de analizar la aplicación de este principio en cuanto a la prestación sanitaria dentro de la Comunidad integrada.

Pero volvamos a la integración como sistema. La construcción de un sistema integrador debe contemplar objetivos claros, fuerte poder de decisión, planificación, estructuración y estrategias, de lo contrario ante la integración pregonada se genera la discriminación de amplios sectores de la sociedad y de la región.

² Diez Moreno, Fernando, *Manual de Derecho de la Unión Europea*, Madrid, Civitas, 1996.

Por lo tanto en todo emprendimiento que fije como objetivo la generación o reestructuración de un sistema, como en el caso que nos ocupa hoy, el sistema sanitario, es impostergable fijar metas claras y viables, para que a partir de allí se proceda a la planificación de una agenda que pueda proyectarse en una estrategia global, no parcializada en planes coyunturales o aceptando el quietismo conformista y paralizante, ante algunas medidas adoptadas que cubren la realidad sanitaria. Ignacio Katz³ hace referencia a la ingeniosa paradoja pronunciada por Hegel: *“Si desean cambiar algo, entonces hay algo que tiene que ser cambiado”*... *“Ante el sentimiento de que todo ha sido sometido, limitarse a esperar tranquilo y ciegamente al derrumbe del viejo edificio lleno de resquebrajaduras y a tenerlo en sus raíces, dejándose aplastar por los escombros, es una actitud contraria a la sabiduría”*. Y más allá de la tolerancia pregonada por Fernando Sabater, sostiene Katz que *“ante la situación de sufrimiento de miles de personas por la desidia del sistema sanitario nacional, no cabe la tolerancia”*.

La parcialidad a la que hacemos referencia, se ve claramente reflejada en el postulado y aplicación que, en estos días nos ocupa, por ejemplo en Argentina: redistribución de riquezas y retenciones, cuyo objetivo final podría llegar a ser un plan dislocado y/o desestructurado, si cumpliera con los enunciados, de “creación de hospitales y salas de atención primaria” sin planificación ni agenda, o lo que es peor fracasar en esos objetivos pregonados.

Asimismo, supuestamente **enalteciendo las soberanías provinciales y municipales**, se procedió a la descentralización sanitaria transfiriendo hospitales a esos distritos. Pero a la hora de analizar que es lo que se transfirió, nos encontramos en muchos casos con instituciones sanitarias “vacías”, sin recursos proporcionados por el Estado nacional, a la espera de una coparticipación que no llega o no se distribuye en algunos casos equitativamente, respondiendo a un compromiso asumido por actitudes políticas.

El sistema integrado de salud adoptado por algunos países sudamericanos es por lo general un parche a los diferentes sistemas vigentes, y volvemos a reiterar, por la falta de planificación y estrategias, respondiendo a la improvisación política.

³ Doctor en Medicina (UBA, Autor de: “En búsqueda de la Salud Perdida. Responsable Científico Académico del Observatorio de Economía y Gestión de Salud de la Universidad Nacional de La Plata.
<http://www.revistamedicos.com.ar>

Esta falencia se proyecta en el deterioro de la calidad en los servicios a la comunidad, sin disminución de los costos operativos del Estado y en la no adaptación de los sistemas privados y mutuales al incremento de las prestaciones.

Lo cierto es que esos sistemas integrados pueden analizarse desde diferentes ópticas. Por ejemplo, y volviendo al análisis del caso Argentina, a la hora de integrar el sistema de salud podemos comprobar, los efectos nefastos de la “desintegración” con una mayor acentuación en políticas privatistas y deterioro sanitario. Que queremos decir con ellos, que la integración se produce en camino inverso, al proceder al empleo de los componentes de la sanidad pública en beneficio de las prepagas y obras sociales, utilizando los escasos recursos presupuestarios destinados a aquella. El vaciamiento conceptual es evidente en la ausencia de un sistema básico de salud “real”, unificado, gratuito y promovido desde el Estado nacional.

Ahora bien, un sistema de salud integral otorga al Estado el rol protagónico de coordinador de los actores principales de este escenario de reparto sanitario: los repartidores (prestadores, proveedores y financiadores) y los beneficiarios (los usuarios de dichos servicios), y es en ese juego donde se pierden de vista las verdaderas dimensiones, funciones y necesidades.

La problemática de la salud, sin lugar a dudas, afecta al universo humano, no obstante, mientras que algunos sectores sociales tienen acceso a todo tipo de prestaciones sanitarias y a avances científicos y tecnológicos para intentar prevenir, mejorar y superar enfermedades, malestares, dolencias y sufrimientos, existen ciertas categorías sociales que padecen un alto grado de marginación y que por ello son beneficiarios de lo que podríamos llamar la “*mala salud*”, expresión de uso común en el ámbito de la salud en la Unión Europea. No con esto queremos hacer referencia únicamente a aquellos grupos que están por debajo de la línea de pobreza o de indigencia, sino a quienes sufren más específicamente ciertas afecciones consideradas en parte o no como enfermedades según las normativas y el derecho a la salud.

Este *derecho fundamental*, el derecho a la salud, debe revestir necesariamente características de *universalidad*, y la *universalidad* no puede entenderse en un plano aislado, en un compartimento estanco, marginada de la realidad social, sino muy por el contrario debe estar presente en el contexto de los sistemas de salud de cada uno de los

países, y de todos en el caso de **agregación comunitaria**, a través de los intentos de **integración sanitaria**.

Ahora bien, parecería que la **discriminación** en materia de salud asume dos modalidades, con una repercusión mayor o menor, según las problemáticas estadales o regionales: la no inclusión de los carenciados, de los inmigrantes indocumentados, etc. y por otra parte, los que padecen desamparo sanitario por sufrir enfermedades no reconocidas como tales para su prevención y protección integral.

Nos referimos por ejemplo: a portadores de VIH, a los que sufren ciertas afecciones mentales, problemas nutricionales como la obesidad, anorexia, bulimia, enfermedades como el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción, contaminación química, adulteración de medicamentos, a los que podemos sumar a veces, la precaria atención sanitaria que padecen también los ancianos, entre otros. Y al observar estas carencias, es cuando detectamos que el **universalismo** pregonado por los sistemas de salud, hace agua por cualquiera de sus aristas.

Esta situación ya sea por indiferencia, por desconocimientos o por prejuicios, conlleva formas discriminatorias en la comunidad que debe integrarse. Tal el caso de nuestro país y los países del Mercosur⁴.

Teniendo en cuenta que en la temática de integración, el modelo a la vanguardia siempre ha sido la Comunidad o Unión Europea, en el tema sanitario intentaremos analizar los avances registrados en tal contexto, no como modelo a imitar pero sí como referente válido.

En la actualidad, la Unión Europea ha fijado como objetivo en el área de la salud, la búsqueda de un sistema que tienda a cierta “unificación” o “universalidad” especialmente en cuanto a la atención primaria. Sin embargo, remontándonos a los antecedentes en materia de salud podemos constatar que estos son difusos ya que, por ejemplo en el Tratado de la Comunidad Europea se contempla *una contribución* por parte de ésta *al logro de un alto nivel de protección de la salud*⁵. En esta declaración, la *contribución* niega la existencia de iniciativas propias en ese área, y limita el accionar

⁴ Moreno Alicia, *El derecho a la no discriminación y a la “buena salud” en la integración*, trabajo presentado al XV Encuentro de Especialistas en el Mercosur y IX Encuentro Internacional de Derecho de la Integración. Rosario, 6 y 7 de setiembre de 2007 y en la Revista Cieso, n° 4 Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Rosario (en prensa).

⁵ Diez Moreno, Fernando, *Ob. cit.*

de la comunidad integrada privilegiando en esa materia los sistemas de los Estados miembros. Por lo tanto, los avances en salud de la Unión se ven reflejados en tanto se desplieguen acciones intergubernamentales basadas en el principio de *cooperación* y no comunitarias sosteniendo el principio de *integración*.

Es decir que aquellos instrumentos normativos emanados de los organismos comunitarios no tendrán como objetivo la armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros, sino que únicamente se intentará coordinar tales acciones. Las actividades desplegadas especialmente por la Comisión se centran en cuanto a la promoción, información, educación y formación en materia de salud.

A partir de allí, es necesario señalar, en base al mecanismo vigente en el plano financiero, la distinción de dos grandes grupos visualizados desde las políticas sanitarias implementadas por los Estados miembros⁶. Estos dos modelos presentes en el contexto de la Unión, se conocen como sistemas tipo Beveridge y Bismarck.

El primer tipo ha sido adoptado por el Reino Unido y los países nórdicos escandinavos, estableciendo una correspondencia directa entre sistema de salud e impuestos como así también de aportes especiales. En el caso inglés, el 12,2% de las erogaciones del *National Health Service* se financian por las *national insurance contributions*, es decir que es un financiamiento generado exclusivamente por los impuestos y las contribuciones a la Seguridad Social que los ciudadanos aportan durante su vida laboral.

Este sistema tiene su origen inmediato con posterioridad a la segunda guerra mundial, ante la necesidad de extender la cobertura sanitaria a los sectores más desprotegidos, que eran numerosos, y afectados directa y mayormente por el conflicto bélico. Sumándose con algunas y marcadas diferencias algunos países mediterráneos fueron adoptando esta modalidad en la década de los ochenta. Tal los casos de Portugal, España, Grecia e Italia.

El otro sistema, adoptado por Austria, Alemania, Bélgica, Francia, Holanda y Suiza, es el que está estrechamente vinculado a los seguros sociales, cuyos fondos son

⁶ Figueras^a, J., Musgrove^b P., Carrin^c G., Durán^d A. *Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea?*

^aDirector del Observatorio Europeo sobre Sistemas Sanitarios. OMS. Oficina Regional Europea.

^bEconomista de Salud Principal. Health, Nutrition and Population. Banco Mundial.

^cEconomista de Salud Principal. OMS/Department of Health Financing and Stewardship. Ginebra, Suiza

^dConsultor de la OMS/Oficina Regional Europea. Director de Técnicas de Salud. España.

Gaceta Sanitaria, Print ISSN 0213-9111, vol.16 no.1 Barcelona Feb. 2002

de aportes obligatorios llegando a cubrir a prácticamente el 99% de la población, combinando los seguros oficial y privados.

Ejemplificando este sistema, es importante destacar a Alemania y Holanda en cuanto a la obligatoriedad del seguro oficial en ciertos sectores sociales donde los ingresos son menores al nivel base establecido. Por otra parte, aquellos sectores de la población que superan dichos ingresos, pueden optar por el seguro privado, y aún más, en Holanda no solo pueden sino que deben hacerlo⁷.

En respuesta a los incrementos en la contención de costes y también a los efectos de la falta de equidad y solidaridad, los gobiernos asumen un protagonismo más intervencionista en la regulación del sistema en cuanto a las aseguradoras mutuas o fondos privados sin fines de lucro.

Ahora bien, la diferencia entre uno y otro sistema radica en ciertas connotaciones de progresividad (Beveridge) y de proporcionalidad (Bismarck), otorgándole mayor incidencia social a los Estados que aplican el primero que los que adoptan las contribuciones proporcionales. Sin embargo los diferentes ritmos y asimetrías de aquellos responden a las variables del sistema impositivo, aplicado por los diferentes Estados.

La Unión Europea implementa, en forma directa o indirecta, políticas sanitarias, sin embargo, teniendo en cuenta el principio de subsidiariedad, es necesario señalar que los sistemas de salud son competencia de los Estados miembros quienes asumen dicha responsabilidad. También es importante aclarar que en los diversos Tratados, la problemática sanitaria es parte de la política de integración europea en cuanto a la protección social; y en mérito a ello, intenta regular en un escenario común sin afectar el poder de decisión y de planificación, la salud pública de los Estados, para reflejar una actitud común dirigida hacia la comunidad integrada.

Mientras nos referíamos a las Comunidades y no a una Unión Europea (UE) gestada en Maastricht, no se podía visualizar una política sanitaria definida, es más, no fue una preocupación directa en los momentos fundacionales. A partir de la década del '90, en el Tratado de Unión junto a la protección de los consumidores y al medio ambiente aparece por primera vez una referencia clara a la *acción comunitaria en el*

⁷ Busse R, Riesberg A. Health Care Systems in Transition: Germany, European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000. También Den Exter A, Hermans B. Health Care Systems in Transition: Netherlands, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen; Forthcoming: WHO Regional Office for Europe, 2001.

*ámbito de la salud pública respetando plenamente las responsabilidades de los Estados miembros en materia de organización y suministro de servicios sanitarios y asistencia médica*⁸.

Así pues, en los órganos institucionales de la UE podemos advertir que el tema salud está presente: en la Comisión con un Comisario y una Dirección General de Salud y Protección a los Consumidores, responsables en áreas específicas como la salud pública, la seguridad alimentaria, los derechos de los consumidores y el bienestar de los animales; en el Parlamento Europeo a través de una Comisión de Salud y Medio Ambiente, en el Consejo de la UE, Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores.

En el caso de las actividades sanitarias de la Comisión es necesario aclarar que este organismo y especialmente el Comisario respectivo no tienen competencia directa en ciertas áreas de la política de salud.

A partir del 1º de junio de 2004 entró en vigencia la Tarjeta Sanitaria Europea que tiene como objetivo cubrir en igualdad de condiciones que los nacionales de los Estados miembros al portador de la misma, en desplazamientos con estancias temporales y no en tratamientos específicos.

Ante conflictos planteados entre los ciudadanos comunitarios y los Estados miembros, el Tribunal de Justicia Europeo (TJE) generalmente ha emitido sentencias en protección de la salud de los afectados.

Sin lugar a dudas los Estados miembros poseen la competencia necesaria para organizar sus sistemas de Seguridad Social. Si bien la autorización previa para el reembolso de gastos médicos, especialmente en tratamientos programados, se erige en obstáculo a la libertad de servicios, es justificada para proteger la sostenibilidad y equidad de los sistemas de la salud⁹.

El argumento más importante para sostener el postulado de libre movilidad y evolución de la asistencia en salud, es el derecho reconocido en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

Sin embargo, como lo mencionamos precedentemente, las regulaciones implementadas no están destinadas a armonizar los sistemas de Seguridad Social sino a coordinarlos. Por lo tanto no podemos hablar de un único sistema sino de múltiples,

⁸ Tratado de Maastricht. Salud pública. Art. 152

⁹ Freire, José Manuel, *Unión Europea y Salud (Salud Pública y Servicios de Salud)* Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III Madrid, España. Forum Mercosul sobre Integracao Regional E Sistemas de Saúde 22 a 24 de marzo 2006.

según los vigentes en cada uno de los Miembros. A partir de allí se puede entender que dichos Estados poseen la libertad de disponer acerca de las ventajas de cada Sistema, siempre y cuando se preserven los principios de igualdad, equidad y no discriminación.

Uno de los temas más preocupantes en cuanto a la accesibilidad de los sistemas de salud en la Unión Europea, es la situación de los indocumentados. Una breve reflexión acerca de esta problemática la realizaremos en base a las denuncias de la organización no gubernamental Asociación Médicos del Mundo, en cuanto a discriminaciones sanitarias de aquellos inmigrantes ilegales en el contexto de la Unión.

Esta asociación analizó los resultados obtenidos en siete Estados miembros de la UE, verificando a través de una encuesta sobre un universo muestral de 837 inmigrantes en situación irregular en España, Francia, Bélgica, Grecia, Italia, Portugal y Gran Bretaña, que sólo el 24% recibe asistencia sanitaria.

Se señala que si bien teóricamente, el 78% de las personas interrogadas de acuerdo a las legislaciones nacionales puede recibir protección sanitaria, en la práctica ese guarismo se reduce notablemente.

Entre los países mencionados es Grecia quien ni teórica ni prácticamente contempla la posibilidad de protección en salud a este sector. En el caso de Francia sólo el 7% logra acceder a tales derechos y en Bélgica en un 14%.

La importancia de este análisis merced a la preocupación de un organismo no gubernamental radica en la inexistencia a nivel oficial de información detallada.

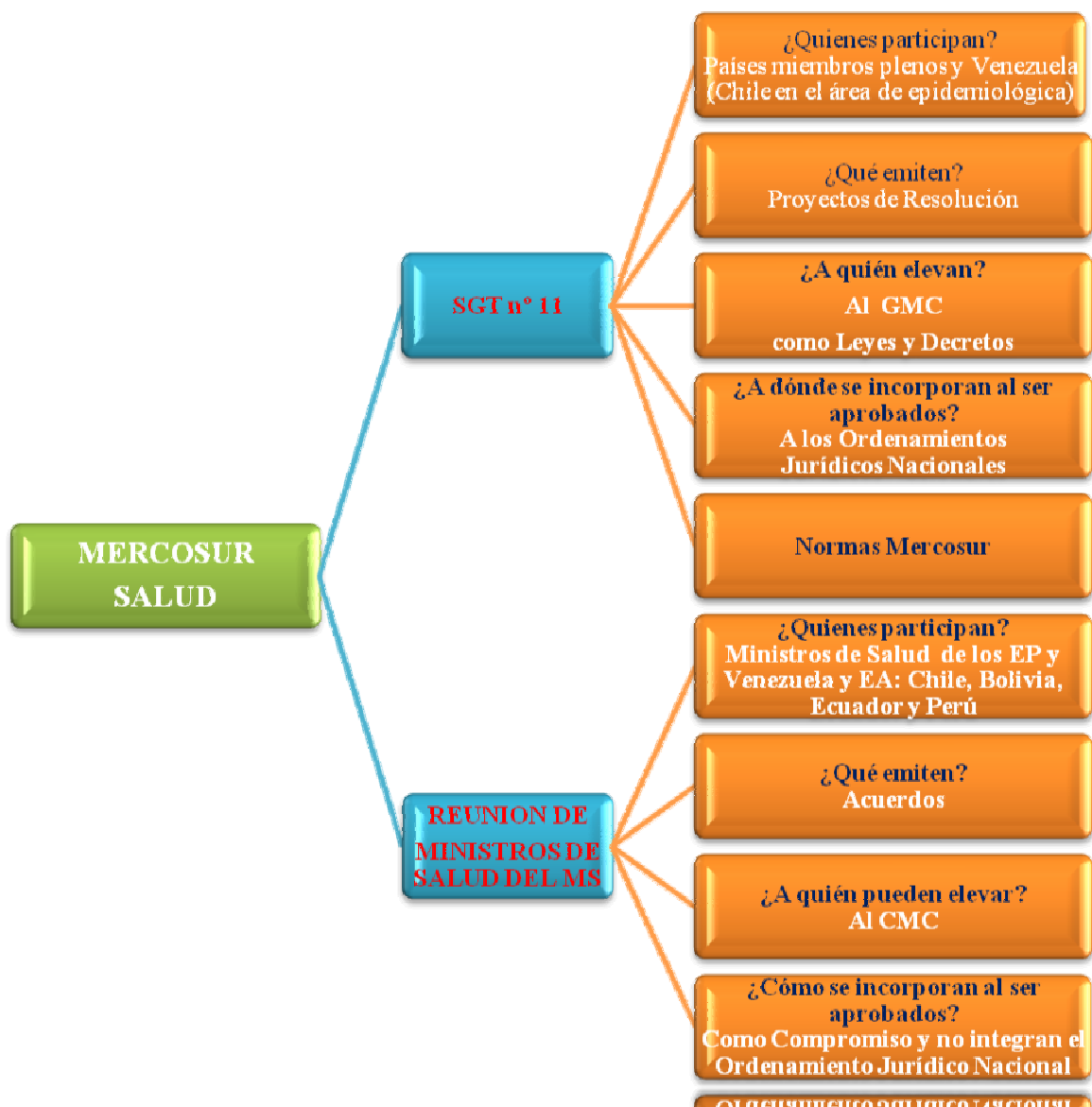
Sabido es, que estos casos la protección no es una prioridad para las diferentes estructuras de la Unión. Por otra parte existe un desconocimiento por parte de los indocumentados, del derecho que los asiste en los países de la Unión, corroborando también más allá de ese desconocimiento involuntario la escasa o casi nula difusión de la información¹⁰.

Si bien la Organización Mundial de la Salud manifiesta una profunda preocupación frente a las escasas estrategias en el ámbito de la salud y a los retos sanitarios entre los que incluye *la crisis mundial del personal sanitario, la falta de pruebas científicas idóneas y oportunas, la falta de recursos financieros y las dificultades de la rectoría para aplicar políticas sanitarias pro equidad en un entorno pluralista*, no es menor en el ejemplo comunitario, en base a los datos obtenidos por el

¹⁰ www.gara.net/paperezkoa Isabelle Ligniere, Paris, 26 setiembre de 2007. *Acceso a la sanidad en la Unión Europea. Los sin papeles son también víctimas de los sistemas de salud de la UE*

Observatorio Europeo sobre los Sistemas de Atención Sanitaria sosteniendo que *los gobiernos de la Unión no confían lo suficiente en la evidencia científica al tomar decisiones sobre el gasto en atención médica y a veces se ven influenciados por factores políticos*, especialmente en aquellos Estados donde los ingresos son bajos y la cultura local es permisiva.

Las actividades del sector salud dentro del ámbito administrativo del Mercosur se canalizan a través de dos instancias: el Subgrupo de Trabajo n°11 dependiente del Grupo Mercado Común y las reuniones de Ministros de Salud de los Estados parte y asociados.



En cuanto a la reunión de Ministros de Salud del Mercosur y de los Estados Asociados, cabe señalar que se han estructurado Sistemas de Información y Comunicación. Esto es posible en la medida en que se capitalizan los datos brindados por las Comisiones Inter gubernamentales como ser:

- ❖ Vigilancia y Control de la infestación por la Aedes Aegypti y de la transmisión del virus del Dengue
- ❖ Gestión de riesgos y reducción de las vulnerabilidades del Mercosur y Estados asociados
- ❖ Control del tabaco
- ❖ Promoción de una política integrada de salud sexual y reproductiva en la región del Mercosur y Chile
- ❖ Promoción de una política integrada de lucha contra la epidemia de VIH/SIDA en la región del Mercosur y Estados asociados
- ❖ Salud ambiental y salud del trabajador
- ❖ Salud y desarrollo

Asimismo se han generado Programas, Comites y Grupos Ad Hoc:

- **Programa** de vigilancia y control de enfermedades transmisibles: sarampión, cólera, dengue y fiebre amarilla
- **Programa** del Banco de precios de medicamentos del Mercosur y Estados Asociados
- **Comité** de revisión del Reglamento Sanitario Internacional de la Reunión de Ministros de Salud
- **Grupo ad hoc** de política de medicamentos del Mercosur y Estados asociados

En cuanto al tratamiento del tema acerca de un sistema integrado de salud podemos afirmar que la integración sólo se manifiesta en la planificación de vigilancia y control, y esto es lógico que suceda así, debido a las irregularidades, desequilibrios y asimetrías en los sistemas de salud de cada uno de los Estados nacionales. Además se advierte una inercia en los últimos años, acerca de la problemática planteada, por parte de los organismos institucionales del Mercosur y en la desidia de algunos de los gobiernos de los Estados parte.

Por lo tanto cabe reflexionar acerca del estado de la cuestión en la región mercosureña:

- En el Mercosur *no existe* un real y eficaz sistema integrado o colectivo en Salud

- Se evidencian profundas asimetrías y desequilibrios que marcan ritmos diferentes en las políticas sanitarias de los Estados parte
- El Sistema Integrado de Salud (SIS) objetiva una atención integrada parcial en fronteras

Creemos que los primeros pasos hacia la búsqueda o diseño de una política de salud integrada deberían concretarse en:

- Normativa acerca de la protección de los derechos fundamentales
- Normativa punitiva de actos de discriminación socio-laboral
- Asequibilidad igualitaria para acceder a los servicios primarios y medicamentos en toda la región, es decir que una de las metas sería la de establecer una red articulada de atención médica en esa región
- Proyectos y redes financiados por los Estados y los Estados integrados para divulgación de la información