

DESAFÍOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DESDE EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

—

María Natalia Echegoyemberry • echegoyemberry2014@gmail.com
Gabriela Castiglia • gabrielacastiglia12@gmail.com

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD. CENTRO DE
ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO (CEI/
UNR). ARGENTINA

Natalia Yavich • direccion@capacitasalud.com.ar

INVESTIGADOR ADJUNTO DEL CONICET / MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS
Y SERVICIOS DE SALUD. CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS,
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO (CEI/UNR). ARGENTINA

Ernesto Bascolo • bascoloe@paho.org

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD



RESUMEN

Este artículo tiene por objetivo reconocer los lineamientos y desafíos que plantea la implementación de la (Atención Primaria de la Salud) APS desde el enfoque de Derechos Humanos. A estos efectos se parte de una revisión y análisis del surgimiento del concepto de Atención Primaria de la Salud (APS), sus concepciones, modo de implementación e interrelaciones con el sistema de salud, el derecho a la salud y el contexto socio-político, económico y cultural. A partir de este análisis se concluye que: a) la implementación de la APS desde el enfoque de Derechos Humanos implica no sólo reconocer a la APS como una estrategia sanitaria, un principio que guía y orienta las acciones en salud y organiza los niveles de atención sino también como una herramienta eminentemente política y social de constitución de ciudadanía y por lo tanto, relevante para la construcción de un marco legal nacional y supranacional que obligue al Estado a actuar como garante y promotor del derecho a la salud b) la salud es un derecho humano fundamental e inescindible de otros derechos económicos, sociales y culturales y c) las políticas públicas y los sistemas de salud deben estar basados en APS a los efectos de garantizar el acceso universal a la salud.

Palabras clave

Atención Primaria de Salud; Derechos Humanos; Políticas Públicas de Salud; Formulación de Políticas; Políticas, Planificación y Administración en Salud; Determinantes Sociales de la Salud.

CHALLENGES OF PRIMARY HEALTH CARE IMPLEMENTATION FROM A HUMAN RIGHTS APPROACH

— *Abstract* —

This paper is aimed at recognising the guidelines and challenges raised by the implementation of PHC from a Human Rights approach. With this purpose we reviewed and analysed the origins of the primary health care (PHC) concept, its meanings, implementation and interrelationships with the health system, the right to health and the social, political, economic and cultural context. As a result of this analysis we concluded that: a) the implementation of PHC from a Human Rights approach means not just its recognition as a health strategy for organizing the health system and guiding principle for health actions but as a political and social tool for citizenship construction and as relevant concept for the development of national and supranational regulatory frameworks to compel the State to act as a guarantor and promoter of the right to health b) the right to health has to be recognised as a fundamental human right, inextricable from other economic, social and cultural rights and c) public policies and health systems needs to be based on PHC in order to guarantee universal health access.

Keywords

Primary Health Care; Human Rights; Public Health Policy; Policy Making; Health Policy, Planning and Management; Social Determinants of Health.

Este artículo tiene por objetivo reconocer los lineamientos y desafíos que plantea la implementación de la APS desde el enfoque de Derechos Humanos. Para esto se parte de una revisión y análisis del surgimiento del concepto de Atención Primaria de la Salud (APS), sus concepciones, modo de implementación e interrelaciones con el sistema de salud, el derecho a la salud y el contexto socio-político, económico y cultural. Este análisis contempla que a) la implementación de la APS desde el enfoque de Derechos Humanos implica no sólo reconocer a la APS como una estrategia sanitaria, un principio que guía y orienta las acciones en salud y organiza los niveles de atención sino también como una herramienta eminentemente política y social de constitución de ciudadanía y por lo tanto, relevante para la construcción de un marco legal nacional y supranacional que obligue al Estado a actuar como garante y promotor del derecho a la salud b) la salud es un derecho humano fundamental e inescindible de otros derechos económicos, sociales y culturales (DECS) y c) las políticas públicas y los sistemas de salud deben estar basados en APS a los efectos de garantizar el acceso universal a la salud.

En el primer apartado se abordan las conceptualizaciones sobre APS y sus antecedentes más inmediatos; en segundo lugar se analizan las implicaciones derivadas de concebir a la APS desde un enfoque de derechos humanos; en tercer lugar se analiza el modo en que se haya regulado el derecho a la salud en el ordenamiento jurídico nacional; en cuarto lugar se describen las características del sistema de salud y por último, el contexto de mercantilización de la salud de los 90 y su reedición actual.

CONCEPTUALIZACIONES DE LA APS

Este apartado busca dar respuestas a las siguientes preguntas ¿Cómo ha sido conceptualizada la APS? ¿cómo surgió? ¿cómo ha sido utilizada? Se parte de la premisa según la cual los conceptos no son neutros, sino que es condicionada y condiciona prácticas concretas, delimita los problemas que se abordan y las posibles soluciones o respuestas que se elaboran e implementan. Las concepciones que se sostienen de salud y de APS impactan en la estructura jurídico política y viceversa. Por ello, se considera que una concepción restrictiva del alcance y extensión de la APS conlleva una respuesta restrictiva de derechos incompatible con el andamiaje jurídico legal nacional.

El hito constitutivo de la APS se establece a partir de la Conferencia de Alma-Ata (1978) en donde se propone un marco alternativo para organizar el sistema sanitario, los problemas de salud de la población más vulnerable. En este marco se define a la APS como “la asistencia sanitaria esencial basada

en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”(Organización Panamericana de la Salud, 1978).

A partir de la década del 90, en la región se comienza a considerar a la salud como componente fundamental del proceso de desarrollo de un país, estableciéndose un vínculo estrecho entre ambos conceptos. Así, se coloca la salud como una condición de desarrollo e instan a establecer la equidad sanitaria entre los diferentes países y hacia el interior de cada uno. Desde esta concepción de salud, se comienza a intervenir en favor de mejorar las condiciones de vida de las poblaciones. La promoción de salud pasa a ser una propuesta efectiva pues recupera la importancia del entorno social.

En este sentido, la APS ha sido pensada como: una filosofía basada en principios como la universalidad e igualdad social, la equidad y justicia social, la integralidad, la autorresponsabilidad, la participación y el desarrollo comunitario; una estrategia para adecuación del recurso humano, participación social, articulación intersectorial, programación integrada por necesidades, tecnología apropiada, nuevas modalidades de organización y reorientación del financiamiento; un programa que incluye planes, objetivos, actividades, servicios mínimos y esenciales para mantener la salud de una población. Otra manera de concebirla, no excluyente de las otras visiones, es que la APS puede ser una forma de organizar el sistema de salud, basada en los tres niveles de atención, pero cuyo foco está puesto en el primer nivel. Se puede mencionar brevemente que el primer nivel tiene que ver con las actividades de promoción, prevención, asistencia, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de especialidades básicas, en la modalidad ambulatoria. El segundo nivel de atención: comprende acciones y servicios de atención ambulatoria especializada, y/o que requieren internación.

Mientras que el tercer nivel de atención: comprende acciones y servicios de alta especialidad y complejidad médica y tecnológica, constituyéndose en el último nivel de referencia. Algunos sistemas que resultan más inequitativos y menos promocional y preventivo, destinan gran parte del presupuesto en salud a este último nivel de atención.

Desde la APS se debe organizar la circulación de las personas por los diferentes niveles de complejidad. Siguiendo esta lógica, debe invertirse más en el primer nivel de atención puesto que se constituye como la puerta de entrada al sistema de salud, de ahí que algunos autores plantean que debe estar el personal más calificado y especializado en este nivel (Testa, 1985).

Sin embargo, la APS implica mucho más que el primer nivel, opera tanto como un **marco teórico, ideológico y operativo en el que pueden encontrarse las respuestas a los problemas de salud**. Así, la APS se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad, por ello, se focaliza en la asistencia materno–infantil, acciones en domicilio, inmunizaciones contra principales enfermedades infecciosas; lucha contra vectores; suministro de medicamentos, la implementación del médico de familia (Organización territorial propuesta a través del Informe Dawson); biopolítica sexual y pautas reproductivas; tecnología aplicada a la salud; incorporación de medicina alternativas o tradicionales a los equipos de salud; formación de recurso humano comunitarios y programas transversales basados en la comunidad.

La APS se constituye en el eslabón inicial o en la puerta de entrada al sistema de salud, por estar habitualmente situado en el seno de las propias comunidades, donde se desarrolla la vida cotidiana de los individuos. Está concebido para proveer la asistencia sanitaria esencial, pero en el caso de población vulnerada muchas veces la accesibilidad en el primer nivel de atención es la única disponible (Testa, 1985). No obstante, hay que tener en cuenta, que si bien la estrategia de APS implica revalorizar la comunidad como centro para definir los problemas de salud, y para elaborar políticas públicas basadas en ésta, no hay que caer en la mitificación de la comunidad o abordar problemas de “una comunidad ficticia”. Esta es una comunidad definida a partir del saber experto sin tener basamento real territorial, una comunidad homogeneizada en sus diferencias, en la que no se distinguen hacia el interior heterogeneidades -por ejemplo considerar homogénea una villa a partir de la delimitación espacial y no tener en cuenta delimitaciones subjetivas, étnicas hacia el interior de una misma comunidad (Rodríguez Garavito, 2017).

Así la APS sirve de marco que define qué intervenciones de salud, dónde se realizan y cómo son producidas o implementadas. Para ello, es necesario contextualizar la APS, ya que cada escenario delimita los alcances concretos que ésta tiene. Por lo tanto podemos mencionar que hay tantas estrategias de APS como sistemas de salud en los que se inserta. Ello hay que tenerlo en cuenta para intervenciones eficaces, eficientes y equitativas.

Ha sido utilizada en algunos contextos sociales para abaratar costos del sistema de salud y en este sentido se constituyó como una “estrategia pobre para pobres”, **focalizada y selectiva**, entendida por algunos autores como un conjunto específico de actividades de salud dirigidas a grupos de población específicos, habitualmente los pobres.

De esta manera se pueden mencionar algunas limitaciones que encuentra la APS que tienen que ver, por un lado, con la existencia de servicios diferenciados para distintos grupos sociales y no para toda la población y por el otro, con que puede ser diseñada como una forma de disminuir el gasto social para salud.

En efecto, para Testa la APS será tal, cuando se constituya como “una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente que ordena la circulación interna de los pacientes del sistema; implica un ordenamiento regionalizado y un comportamiento social que sigue normas de ingreso y circulación” (Testa, 1985). Entonces, si no se dan determinadas condiciones: regionalización, organización de la circulación y red interconectada de establecimientos, no estaríamos en presencia de APS sino configurándose lo que éste autor denomina: Atención Primitiva de la salud.

Por ello se pretende la elaboración e implementación de políticas públicas y sistemas de salud basados en APS capaces de suprimir las barreras y déficit de accesibilidad a los sistemas de salud.

Ahora bien, a pesar de que se han elaborado diferentes definiciones (APS: selectiva, APS como primer nivel de atención o como puerta de entrada, APS Integral, APS desde un enfoque de derechos humanos) y se han propuesto diferentes categorizaciones y clasificaciones de APS, existen pocos estudios que den cuenta de las interacciones que emergen a partir de la configuración del Sistema de salud, APS, y el derecho a la salud.

¿QUÉ IMPLICA PENSAR LA APS DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS?: UNA MIRADA SITUADA EN ARGENTINA

Pensar la APS desde un enfoque de derechos humanos implica primeramente que la salud es concebida como un derecho humano esencial y por lo tanto, debe ser garantizado y promovido por acciones positivas del estado, la salud en tanto derecho no puede ni debe quedar atrapada en lógicas de mercado, no puede ofrecerse como bien de consumo.

También implica la garantía nacional y supranacional de hacer valer el derecho a la salud en sede judicial para accionar el cumplimiento de un derecho elemental intrínseco a la vida. Aunque teniendo en cuenta que la judicialización de los derechos humanos no termina siendo una vía idónea, dado las limitaciones estructurales y las barreras en el acceso a la justicia que afecta en la mayoría de los casos, a las mismas personas que se ven privada del derecho a la salud -personas *desventajadas, fragilizadas*- . En este sentido, diversos autores coinciden en que “La judicialización, hasta el momento, no está promoviendo activamente la equidad, el derecho a la salud y el diálogo interinstitucional” (Gotlieb *et al* 2016).

En este sentido, Lorenzetti (2008) afirma que “todo aquel que no tiene acceso a los bienes primarios básicos que el mercado brinda, tampoco tiene acceso a los bienes jurídicos básicos que el sistema de justicia ofrece” (Lorenzetti, 2008:65). De modo que, el acceso a la justicia termina siendo restrictivo para las personas vulnerabilizadas, que se ven privadas de políticas públicas promotoras de salud y preventivas de enfermedades, además de ser destinatarias pasivas de medidas focalizadas, que terminan estigmatizando la pobreza y sancionando, explícita o implícitamente “estilos de vida” poco saludables. Con acciones que tienden a responsabilizar a las personas de su propio estado de salud.

Siguiendo a Abramovich (2004), el enfoque de derechos no toma como punto de partida la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, “sino sujetos con derecho a requerir determinadas acciones, prestaciones y conductas (...) Los derechos establecen obligaciones correlativas y éstas requieren mecanismos de exigibilidad y responsabilidad”. Por ello, en esta perspectiva se direccionan las acciones hacia el otorgamiento de poder por vía del reconocimiento de derechos. Así, entender desde el enfoque de derechos implica que “la obligación de reducción de la pobreza no procede simplemente del hecho de que ciertos sectores sociales tienen necesidades, sino también de que tiene derechos, atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas de parte de otros y por consiguiente al establecimientos de mecanismos de tutela, garantía y responsabilidad” (Abramovich, 2004: 11)

Por ello el enfoque de derechos habilita acciones judiciales, en titularidad de los sujetos para reclamar, ante las autoridades correspondientes, la falta de cumplimiento de una obligación. Según Abramovich (2004) esto no acota o limita el margen de acción de los gobiernos de “*ser dueños de sus estrategias*” de ahí que es posible compatibilizar aunque se tomen diferentes caminos “*la propiedad del estado y la autodeterminación de sus acciones*” con la plena realización de los Derechos Humanos contemplada en el cuerpo

normativo internacional. Los Estados pueden elegir diferentes estrategias, tienen un campo de discreción amplio, para realizar acciones que garanticen los derechos humanos y cumplir con sus obligaciones positivas. De esta manera resulta compatible el enfoque de derechos humanos con las decisiones que adopten los estados para la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Otra de las implicaciones que tiene la adopción del enfoque de derechos, es que aunque el Estado haga cumplir sus obligaciones a otros actores no estatales es responsable último del cumplimiento de las obligaciones impuestas por el ordenamiento nacional o internacional de derechos humanos (Abramovich, 2004). Por ejemplo, en Argentina, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) consideró al gobierno federal garante del derecho a la salud consagrado en la Constitución y en Pactos de Derechos Humanos, así impuso a éste la obligación de brindar servicios de asistencia sanitaria, ante la falta de prestación por parte de efectores provinciales¹. Sin embargo, lo que este fallo evidenció fue la falta de mecanismos constitucionales adecuados para que el gobierno federal intervenga en el diseño de políticas públicas de salud en las provincias (Abramovich, 2004).

En pronunciamientos judiciales se ha reafirmado el derecho a la salud y su preservación como comprendido dentro del derecho a la vida y ha destacado la obligación impostergable e indelegable que tiene el Estado de garantizar este derecho con obligaciones positivas –basado en los tratados internacionales por imperio del art.75 inc. 22 de la Constitución Nacional Argentina (CNA). También se ha señalado que el derecho a la vida es el primer derecho de la persona humana que resulta reconocido y garantizado por la CNA.

En efecto, la salud como derecho ha sido reconocida en el cuerpo normativo nacional, como internacional. De esta manera, se pueden mencionar algunos de los pactos internacionales que contienen cláusulas específicas que resguardan la vida y la salud y que obligan al estado nacional a velar por su cumplimiento e impulsar todas las medidas necesarias –progresivamente– para preservar el derecho a la salud. Así se encuentra lo establecido en: Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre - art. VII-; la Declaración Universal de Derechos Humanos -art. 25, inc. 2; Convención

1 Corte Suprema de Justicia de la Nación, Argentina. CSJN: Causa V.625.XLII “Verga, Ángela y otros c/ Estado Nacional y otros s/ medida cautelar”.

Americana sobre Derechos Humanos -Pacto de San José de Costa Rica² -arts. 4º, inc. 1º y 19; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos -art. 24 inc. 1º- del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - art. 10, inc. 3º-, vinculados con la asistencia y cuidados especiales que se les deben asegurar.

El compromiso asumido por los estados partes los obliga a disponer hasta el “máximo de los recursos” para lograr la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³ (art. 2º, inc. 1; art. 12, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

En esta línea, se puede mencionar que el Estado asumió, de manera directa, explícita y como principal responsable, compromisos internacionales de manera que lo llevan a promover y facilitar las prestaciones de salud que requieran las personas. En caso, de incumplimiento genera responsabilidad y mecanismos para accionar por su cumplimiento.

EL DERECHO A LA SALUD EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ARGENTINO

El Sistema Jurídico, tal como lo conocemos, está apoyado en la plena vigencia de CNA, que es la Ley Suprema del Estado, ésta fija límites formales y materiales al poder político. Los derechos y garantías consagrados en la CNA, se caracterizan por su amplitud y universalidad (alcanzan a todos los habitantes del Estado, sean nacionales o extranjeros). Esta característica deriva tanto, del preámbulo, como del artículo 14 y 20 de la CNA. Así, la CNA sienta un principio igualitario para nacionales y extranjeros.

Cabe destacar que, con la reforma Constitucional de 1994, el derecho a la salud fue incluido de manera explícita a través del artículo 42 de la CNA. Sin embargo, diversos autores consideran que el derecho a la salud no tuvo

2 CN Argentina, art.75. inc. 22. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm> Ley 23.054 Aprueba el Pacto de San José de Costa Rica. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=28152>.

3 CN Argentina, art.75. inc. 22. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>. Ley 23.313. Aprueba los Pactos Internacionales de derechos Económicos, Sociales y Culturales y Civiles y su Protocolo Facultativo Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/23782/norma.html>

adecuado tratamiento constitucional en el país, o fue regulada de manera poco satisfactorio (Moyano y Escudero, 2011), basando su principal crítica en el hecho de que si bien refiere al derecho a la protección de la salud, lo hace en relación al consumo de bienes y servicios.

Sin embargo, otros autores consideran que a partir de la mencionada reforma se ha visibilizado la existencia del derecho a la salud en los tribunales y se ha generado un activismo judicial en pos de hacer valer dicho derecho (Abramovich y Pautassi, 2008).

A pesar de lo referido, se puede mencionar que aún antes de la reforma constitucional la jurisprudencia de la CSJN, que actúa como último intérprete de la CNA, entendió que el derecho a la salud es un Derecho Humano esencial. En numerosos fallos consideraba incluso el derecho a la salud con mayor jerarquía que otros derechos⁴. Teniendo prioridad en caso de colisión de intereses los derechos a la vida, a la salud, a la integridad física y psicológica por sobre derechos patrimoniales.

A pesar de lo expresado, el hecho de que no estuviera incluido el derecho a la salud, o no estuviera contemplado de manera expresa, aún antes de la reforma constitucional, no fue óbice para que se reconociera su existencia en numerosos fallos judiciales⁵, considerándose un derecho anexo a la vida, desprendiéndose ello del art. 33 de la CNA (Bidart Campos, 2005).

En efecto como sostiene Bidart Campos (2005) el artículo 33 CNA⁶, sirve de matriz para admitir nuevos derechos, o para ampliar los enumerados, la *“implicitud convoca a una interpretación flexible y progresiva concordante con los fines y valores establecidos en la constitución”*.

Así para Bidart Campos (2005) la lista de derechos enumerados no agota el elenco de derechos reconocidos. En este mismo sentido, Zarini (1996) expresa que todo derecho fundamental o primario del hombre debe con-

4 Corte Suprema Justicia de la Nación, Argentina. CSJN. (Fallo, 255:330); (Fallo,263.453;306:1892).

5 Corte Suprema Justicia de la Nación Argentina. CSJN. “Ponzetti de Balbín” (Fallos 306:1907);“Baricalla” (Fallos 310:112)

6 Artículo 33 CN.- Las declaraciones, derechos y garantías que enumera la constitución, no serán entendidas como negación de otros derechos y garantías no enumerados; pero que nacen del principio de soberanía del pueblo y de la forma republicana de gobierno.

siderarse incluido en la CNA, esté o no reconocido explícitamente como por ejemplo: el derecho a la salud, a la vida, integridad física, honor, intimidad de la vida privada. Para ambos autores, existen derechos implícitos surgen de la ideología democrática de la constitución nacional y derivan tanto de tratados internacionales y declaraciones sobre derechos humanos con jerarquía constitucional (por aplicación del artículo 75 inc. 22 CNA), de su filosofía política y de su techo ideológico. En efecto, la enumeración constitucional no es limitativa, sino meramente ejemplificativa, de ninguna manera se puede desconocer los derechos fundamentales del hombre, del sistema republicano y de la soberanía del pueblo, sea por enunciación imperfecta, u omisión, o porque no hayan podido ser previstos (Zarini, 1996, p.140).

Así que el debate en relación a si el derecho a la salud tiene consagración expresa o implícita se torna cuando menos parcial, pues los efectos interpretativos que se desprenden resultan equiparables, y de ninguna manera ha limitado el reconocimiento del derecho a la salud en la esfera judicial como surge de fallos tanto anteriores a la reforma y como posteriores⁷.

La doctrina de la CSJN reiteró que “el hombre posee derechos inherentes o preexistentes al derecho positivo "que deben ser hechos valer en forma obligatoria por los jueces en los casos concretos, sin importar que se encuentren incorporados o no a la legislación”⁸.

Finalmente, siguiendo a Bidart Campos (2005) luego de la reforma de 1994, se puede considerar que el derecho a la salud ha pasado de ser considerado un derecho individual de cada persona, a ser considerado un derecho de incidencia colectiva, y además, en ambos casos, como un derecho humano esencial. Para el autor, tanto de la constitución de 1853, como de la reforma de 1994, de los fallos judiciales y del sistema de derecho internacional de los derechos humanos, surge que la salud ostenta el valor de bien jurídico colectivo. Este autor, señala citando al Dr. Rodolfo Vigo que al “texto” de

7 CSJN. “Campodónico de Beviacqua Ana c. Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas” 2000 y “Asociación Benghalensis y otros c. Ministerio de Salud y Acción Social-Estado Nacional” 2000. La Ley, 2001-B, 12. “Etcheverry Roberto c. Omint Sociedad Anónima y Servicios”. 2001; Fallos: 321:1684 y causa A.186 xxxiv “Asociación Benghalensis y otros c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Estado Nacional s/ amparo ley 16.986” del 1º de junio de 2000.

8 CSJN, (Fallos: 241:291) 1996. Voto del Ministro de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, doctor Fayt, en la causa “B.R.E., c. Policía Federal Argentina s/amparo” (B.77.xxx), del 17 de diciembre de 1996.

la constitución hay que interpretarlo desde un “con-texto”, la constitución es más de lo que dicen sus normas”. Teniendo siempre en consideración el principio “pro homine”, el principio “pro actione” y el principio “favor debilis” (Bidart Campos, 2005).

En este mismo sentido la CSJN consideró que las interpretaciones deben contemplar “las particularidades de los casos, el orden jurídico en su armonía total, los fines que la ley persigue, los principios fundamentales del derecho, las garantías y derechos constitucionales, y el logro de resultados concretos jurídicamente valiosos”⁹. En la práctica el derecho a la salud se encuentra delimitado por la configuración histórica y actual del sistema de salud, el tipo de coberturas que establece, cómo organiza la circulación de las personas por los servicios de salud, las medidas de promoción y prevención de enfermedades que adopta, en definitiva si implementa la APS (como estrategia universal o selectiva; integral o restrictiva, fragmentada, segmentada), como así también por la vinculación con los otros sectores y con los determinantes estructurales de los proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (s/E/A/C) de las comunidades.

EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO: POSIBILIDADES Y DESAFÍOS DE APS

Según la Organización Mundial de la Salud (2000), los Sistemas de Salud comprenden a todos los recursos que una sociedad dedica a la protección y mejoramiento de la salud de las personas y abarca toda las actividades cuya finalidad principal sea promover, restablecer o atender la salud (OMS, 2000: 3-12). Los sistemas de salud articulan tres componentes: la gestión, el financiamiento y la atención.

El sistema de salud en Argentina es un sistema complejo, donde la misma conformación política institucional del país –federal- genera una división en diferentes jurisdicciones y gobiernos (nacional, provincial y municipal). Este deslinde de competencias entre la Nación y las provincias tiene fundamento en la CNA, lo que se ha traducido en la práctica en superposiciones y desarticulaciones de leyes, resoluciones, programas no necesariamente

9 CSJN: "Saguir y Dib" 1980 (Fallos: 302:1284) Disponible en: <http://falloscsn.blogspot.com.ar/2005/08/saguir-y-dib-1980.html>

coordinados entre sí. Sin embargo, la organización federal no ha impedido a otros países como: Brasil y Canadá, organizar su sistema de salud de manera integrada.

En Argentina podemos distinguir, al igual que en la mayoría de los países de América Latina, tres subsectores que coexisten de manera desarticulada y fragmentada: 1) el subsector público, 2) el subsector de la seguridad social y 3) el subsector privado. Tenemos subsectores que no están integrados entre sí, pero que además hacia el interior de cada subsector también se repite esta desintegración y desarticulación que profundizan inequidades y asimetrías. Así, estamos en presencia de un sistema de salud segmentado y fragmentado. La segmentación implica: la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud que dependerán de la inserción laboral (o no), nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social, mientras que la fragmentación implica: la coexistencia de varias unidades no integradas dentro de la red sanitaria asistencial (OPS, 2007).

También se da una multiplicidad de fuentes de financiamiento, el sector público se financia con recursos fiscales, en general proveniente de impuestos indirectos regresivos, las Obras Sociales se financian con un porcentaje del salario de los trabajadores y empleadores y se constituye un fondo solidario de redistribución, mientras que las entidades privadas se financian con el aporte particular de las personas que contratan el servicio (Belló, Becerril Montekio, 2011)

Cabe destacar que según la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2009), Argentina es el país de Latinoamérica con mayor inversión en salud; invierte el 9,6% del producto bruto interno (PBI). Pero un mayor gasto total, no se traduce necesariamente en mayor salud para la población, ni en mejores indicadores. Del gasto total en salud, el subsector público sólo financia el 48%, y el resto entre privado y de obras sociales. Se puede mencionar que Estados Unidos es el país que más gasta de su producto bruto interno (15,3%), casi el 46% de este gasto se lo lleva el sector público, para la implementación de los sistemas Medicare y Medicaid.

Es preciso acentuar, que cuanto mayor sea la contribución del gasto público, más equitativo y redistributivo será el gasto en salud. Para la CEPAL (2011) en Argentina la principal fuente de inequidades proviene del/la: 1) excesivo gasto privado, 2) excesiva fragmentación del gasto en salud, y 3) escasa participación del sector público en el gasto. Esto da lugar a lo que denomina la triple fragmentación a nivel: regulatorio, territorial y de derechos (CEPAL, 2011).

CONTEXTO DE INSERCIÓN DE LA APS

La APS varía según el contexto social, económico, político y jurídico donde se inserta y según la configuración del sistema de salud en la que se quiera implementar (Yavich *et al* 2010).

Así en contextos restrictivos, regresivos, donde el orden económico define prioridades en salud ha tenido poca extensión y desarrollo. Como fue mencionado con anterioridad, el sistema de salud argentino, en su marco legal institucional, se configuró, siguiendo los principios de universalidad, gratuidad, solidaridad, progresividad; los que fueron desvirtuados en su implementación, ampliándose una brecha entre lo que el derecho prescribía y la forma de organización que asumen los servicios de salud (selectivos, expulsivos, ineficaces e ineficientes). Brecha que se profundiza aún más a partir de la aplicación de medidas neoliberales al sector salud –en los 90 y en la actualidad- basadas en la focalización, el arancelamiento, la regresividad, visión sectorial y selectiva y perfilando la salud como bien de consumo, definido por un modelo de Estado con derechos mínimos.

En la década del 90, se sucedieron una serie de reformas en el sector salud en el que se aplicaron medidas neoliberales que llevaron a la descentralización, la focalización, el arancelamiento, modelo de autogestión hospitalaria, el racionamiento, la libre elección de los afiliados de la obra social, permitiendo el traspaso de aportes a las empresas de medicina prepaga y el surgimiento de prestadores intermediarios de la salud, enmarcadas en los lineamientos del Consenso de Washington que supusieron: disciplina fiscal (ajuste), privatizaciones de servicios públicos, reforma tributaria, desregulación, apertura a la inversión extranjera (Comes, 2008). Estas reformas fueron muy criticadas, pues impactaron de manera negativa en la salud de la población, ampliando la brecha de desigualdades. Este proceso fue denominado mercantilización del sector salud (Comes, 2008).

En este mismo sentido, Maingón (2000) considera que estas medidas han deteriorado el nivel de vida de amplios grupos de población y han acentuado la concentración de ingresos y aumentando la pobreza.

La incorporación de medidas neoliberales al sector salud, fue desencadenado no sólo por un proceso económico o político, sino ideológico, en el que se construyó una matriz de comunicación que dominó los discursos oficiales y particulares, en pos de la principios de efectividad y eficiencia del sistema pero a costa de la equidad, en donde se buscó minimizar el rol social del Estado.

Como señala Arce (2010) se dejó de lado el paradigma de la cobertura universal, con la adopción de las reformas pro-competitivas, basadas en las recomendaciones de los organismos internacionales, interesados en garantizar la sustentabilidad financiera del sistema. Estos procesos se reeditan en la actualidad.

En este contexto es el orden económico el que define prioridades en salud, delimita un modelo de democracia y define un modelo de ciudadanía. La implementación de políticas sociales según la lógica del capital genera democracias limitadas, dejando fuera la expresión social de la democracia (Zemelman, 1992).

Así emerge un ciudadano que pierde su calidad de sujeto de derecho para ser objeto de cuidado y tutela, el sujeto es pasivo, no participa en los procesos de toma de decisiones ni gestión. Configurándose lo que Fleury (1997, 2007) denomina ciudadanía invertida o estados sin ciudadanos, donde hay ausencia de integración social, desmembramiento del tejido social, exclusión y desigualdad, marginalización de sectores de la población que no pueden acceder a un trabajo formal, o si acceden lo hacen en condiciones informales o precarizadas, que se resuelve o pretende resolverse con un modelo asistencial de carácter emergencial, con características reeducadoras hacia los grupos más vulnerables, que si bien pueden acceder a ciertos bienes y servicios, se establece una relación de compensación que termina estigmatizando al grupo y no configuran una relación de derecho sino de asistencia. El ciudadano tiene que probar que fracasó en el mercado para ser objeto de la protección social, es en este sentido en el que la autora habla de ciudadanía invertida.

Cabe señalar, que como sostiene Iriart, Merhy y Waitzkin (2000) gran parte del proceso de reformas se hizo sin discusión en el Poder Legislativo y eludió el debate público, dándose un proceso político silencioso. Aparecen los discursos de “expertos” que proponen que la crisis del sector salud se debe a causas financieras y el mercado operaría como regulador de los costos y mejoraría la eficacia de las prestaciones, adoptando la atención gerenciada. Ésta implicó la adopción de reformas financieras y administrativas a fin de lograr separar la prestación de servicio de la administración financiera, partiendo del supuesto que el problema está en los costos de las prestaciones y su deficiente administración.

En este mismo sentido según Abramovich y Pautassi (2008) las características del proceso de reforma implementadas durante la década del 90, tienen que ver con una aplicación de criterios fiscalistas al sector salud y

la consiguiente idea de reducción de costo en desmedro de la atención, la reducción del gasto público y la recuperación de costos mediante el sistema de co-pagos o cuotas, la separación de funciones de regulación, provisión y financiamiento del sector, la introducción de la libertad de elección de afiliados y la implementación de un paquete básico de prestaciones médicas.

En este contexto de reformas del sector, la salud deja ser considerada un derecho y se ofrece como un bien más del mercado disponible sólo para aquellos que pueden acceder a “comprarla”. En este sentido diversos autores sostienen que las reformas en el sector salud de la década de los noventa en América Latina, implicó que la salud dejará de tener el carácter de derecho universal, para convertirse en un bien de mercado. de ser un bien público, con marcada responsabilidad del Estado, pasó a ser un bien privado en el que se responsabiliza a los particulares por el estado de su propia salud. Se instala como propósito, tal como lo plantean Rofman y Foglia (2015) pasar a la órbita del mercado el grueso de los servicios estatales con una clara reducción del aparato del Estado. En esta trama compleja, la idea de ciudadano que emerge tenía que ver con un consumidor, un sujeto asistido por el Estado e inmerso en una lógica de tipo clientelar, asistencial en este escenario la participación social estaba fuertemente limitada (Comes, 2008; Laurell, 1995; Merhy, Iriart y Waitzkin, 2000). De esta manera se quiere dejar sentado como el derecho a la salud se encuentra necesariamente vinculado con la construcción de la ciudadanía. Así, se han identificado por los menos dos posturas en la literatura bioética. Según Comes y Stolkiner (2000, 2006), una postura: basada en la caridad, altruismo, presupone relaciones de asimetría y rompe con la igualdad social; y otra postura, que se basa en la redistribución social, basada en un principio solidario, reconocimiento de la ciudadanía y que en el sector salud se traduce en un acceso universal a la salud y una cobertura universal de salud (OMS, 2014).

SI COMO ESTRATEGIA DEMOSTRÓ QUE SIRVE ¿CUÁLES SON LAS RESISTENCIAS?

Se puede señalar, que la organización de los sistemas de salud basados en APS serían el camino y la estrategia para el cumplimiento de los derechos humanos y en particular el derecho a la salud. Algunos casos paradigmáticos vinculados a la implementación de APS podemos encontrarlos en Cuba donde cambió el perfil de morbimortalidad de su población y en particular, en relación a la mortalidad materno infantil que fue drásticamente reducida a partir de la implementación de la estrategia de APS y de medidas intersectoriales que operaron sobre los principales determinantes del proceso de s/E/A/C. En este sentido, la APS, además, demostró ser una estrategia que permite con

bajo costo, lograr grandes resultados en salud. Como opuesto a lo antes señalado encontramos casos como el de Estados Unidos que a pesar de un abultado presupuesto en salud, no llega a modificar de manera positiva los indicadores de morbi-mortalidad. Otro ejemplo puede encontrarse en la implementación de un Sistema Integrado de Salud en Uruguay y en particular, con la implementación de la política pública Sistemas de Cuidado basados en la comunidad y en el Sistema Único de Salud de Brasil – Programa Más Médicos-, ambos con mejoras significativas en la calidad de vida de las personas expresadas en indicadores objetivos (MSPU, 2003; Uruguay saludable, 2005-2009; Laca, 2013).

Por ello se postula la APS como una herramienta eminentemente política y social a partir de la cual diseñar, elaborar, implementar una política universal de salud para todos/as.

Finalmente, cabe destacar las dos condiciones para desarrollar la APS: 1) que se encuentre vinculada con la regionalización, atento la inequidad en la distribución de recursos humanos, físicos e infraestructura sanitaria para dar respuesta a los problemas de salud y la concentración de éstos en áreas urbanas, 2) considerar la existencia de un sistema que organice la circulación de las personas por el sistema de salud (Testa, 1985).

Desde una perspectiva de derechos humanos la APS es una estrategia válida en la medida que pueda satisfacer las condiciones a las que refiere Testa (1985) y en la medida que garantice la accesibilidad a la población y los servicios sanitarios puedan ser obtenidos de forma equitativa por ésta (Hamilton, 2001 en Comes, et. al 2007) sin barreras de accesibilidad en términos simbólicos, administrativos, económica, geográficos, lingüísticos y culturales (Solitario, Garbus, Stolkiner, 2008).

En este sentido, es necesario pensar las condiciones, los lineamientos y desafíos que plantea la implementación de la APS desde un enfoque de derechos humanos. Estos lineamientos están establecidos desde la década de los 70. Así se han organizado sistemas de salud en base a la universalidad, integralidad, interdisciplinariedad, intersectorialidad; regionalización; reconocimiento de las prácticas de autocuidado comunitarias y despatologización de la vida cotidiana; enfoque de género. Sin embargo, la resistencia a su aplicación e implementación ha sido grande. A pesar de la eficacia demostrada por los Estados que implementaron la APS como principal estrategia para organizar su sistema de salud.

Las resistencias a la implementación de la APS provienen tanto del complejo médico industrial y de la instauración de un modelo médico hegemónico (MMH) para entender los problemas de salud, la medicalización de la vida cotidiana, su patologización, la instauración una forma de atención, la tecnoasistencia, el crecimiento del tercer sector y la privatización de los servicios de alta complejidad. Las medidas neoliberales aplicadas al sector salud han implicado una restricción de la ciudadanía, han contribuido a la consolidación de barreras en la accesibilidad y ha fragilizado a gran parte de la población en contraposición al cuerpo normativo nacional e internacional en materia del derecho a la salud.

En este sentido, pensar en el derecho a la salud es pensar en un sistema como un todo, en el que la salud y enfermedad aparecen como procesos políticos. Sin embargo, son los procesos políticos los que suelen estar enmascarados (Menéndez, 2005).

CONCLUSIÓN

Se ha presentado algunas de las condiciones, lineamientos y desafíos que plantea la implementación de la APS desde un enfoque de Derechos Humanos. Es necesario recuperar esta perspectiva frente al avance de la mercantilización del derecho a la salud.

Las políticas de salud que introducen la lógica de mercado al campo de la salud implica una regresión en materia de derechos económicos, sociales y culturales, y que colocan a la salud, en general y a la estrategia de APS, en particular, en un escenario de restricción que incidirá en el perfil de morbimortalidad de la población de argentina y en su calidad de vida y en la profundización de la fragmentación del sistema que profundiza las inequidades y asimetrías existentes.

Se puede concluir, que la existencia del derecho a la salud en nuestra Constitución Nacional, es condición necesaria e ineludible aunque no suficiente para garantizar la salud y accesibilidad al sistema, se necesitan políticas públicas y sistemas de salud basados en APS capaces de suprimir las barreras y déficit de accesibilidad a los sistemas de salud. De esta manera, ampliar los espacios de participación ciudadana en la elaboración, implementación y evaluación de políticas públicas de salud, que en definitiva redundará en una mayor y mejor democracia.

La APS ha demostrado ser una estrategia válida por su eficacia, efectividad y eficiencia para revertir los principales problemas de salud en aquellos

países que la han implementado. Sin embargo persisten los interrogantes acerca del ¿porqué no se implementa o se extienden sus alcances a otros países y regiones?; ¿cuáles son los principales obstáculos y resistencias para la implementación?. La respuesta se perfila a partir de entender el modelo de producción capitalista, que produce un modo vivir, enfermar y morir propio de las condiciones materiales de vida. En efecto hay un modo de producir salud y enfermedad propio del sistema de capitalista.

Por ello, se propone la APS no sólo como una estrategia sanitaria, un principio que guía y orienta las acciones en salud o una forma de organizar los niveles de atención; sino una herramienta eminentemente política y social necesariamente relacionadas con la constitución de ciudadanía y por lo tanto, con el marco legal nacional y supranacional que constriñe al Estado a actuar.

De esta manera, se postula la APS como una dimensión sanitaria conjuntamente con una dimensión jurídica institucional, política y ética a la que debe tender un sistema de salud para hacer efectivo el derecho a la salud con equidad, para todos/as y sin distinción.

REFERENCIAS

- Abramovich, v.** ; CELS (2004). *Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo de América latina. Documento de trabajo preparado para: derechos y desarrollo en América latina: una reunión de trabajo*, Santiago de Chile, diciembre 9 y 10 de 2004.
- Abramovich, v** y Pautassi L. (2008) . El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina (a) *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 4(3):261-282.
- Arce, H** (1993). *El Territorio de las decisiones Sanitarias*. Buenos Aires - E. Macchi Editores. Arce H. (2010). *El sistema de salud. De dónde viene y hacia dónde va*. Prometeo. Buenos Aires.
- Belló M, Becerril Montekio VM.**(2011) . Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública*. México;53 supl 2:S 96-S 108.
- Bidart Campos, G. J.** (2005). *Manual de la Constitución Reformada*. Buenos Aires: Ed. Ediar. Bossert T. La Reforma de la Salud en los Estados Unidos: Acuerdos Imperfectos. 2010. P. 6–8.
- CEPAL, PNUD, OPS** (2011). *El sistema de salud Argentino*, versión final.
- Comes, Y; Stolkiner, A;** (2006) Representaciones sociales sobre el derecho a la salud en un grupo de mujeres por debajo de la línea de pobreza. En *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología - Tomo: II* (pp. 31-33) [Versión electrónica] - Facultad de Psicología - UBA - Buenos Aires
- Comes Y.** (2008). *El sector salud en Argentina: historia, configuración y situación actual*. Universidad de Palermo. Ficha de cátedra, versión electrónica
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. Y Stolkiner, A.** (2007). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. *Anuario de Investigaciones*, 14. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1851-6862007000100019.
- Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.** Resolución CD53. R14/FR. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, DC: OPS, 2014.
- Fleury s.** (1997). *Ciudadanía invertida. Estados sin ciudadano*. Buenos Aires. Lugar editorial. Disponible en: http://www.nuso.org/upload/articulos/3219_1.pdf
- Fleury s.** (2007). Salud y democracia en Brasil. Valor Público y Capital institucional en el Sistema único de Salud. *Salud Colectiva*. 3(2): 147-157.
- Gotlieb, v., Yavich, N., & Báscolo, E.** (2016). Litigio judicial y el derecho a la salud en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(1).

- Iriart C, Merhy E, Waitzkin H (2000).** La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(1):95-105.
- Laca, H. MC., Daniel A. (2013).** Sistema de salud de Uruguay. *Salud Publica Mex.*;53 supl 2:S265-S274
- Laurell, A. C., (1995).** *La Salud: De derecho social a mercancía. In: Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud* (A. C. Laurell, coord.), pp. 9-31, México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco/Representación en México de la Fundación Friedrich Ebert.
- Lorenzetti, R. (2008),** *La defensa pública: Garantía de acceso a la Justicia, Ministerio Público de la defensa*, III Congreso de la Asociación Interamericana de las defensas Públicas, Buenos Aires, La Ley.
- Macincko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C., Etienne, C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (2007).** La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(2/3), 73-84.
- Maingón, T (2000)** *Los organismos multilaterales y la concepción de política social para América Latina: El Banco Mundial y el Banco Interamericano de desarrollo Politeia*, N 24, Caracas, Instituto de Estudios Políticos, UCV, Primer semestre.
- Menéndez, E. (2005).** El Modelo Médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32.
- Merhy, E. E. (2003);** Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. En E. E. Merhy et al, *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC.
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2008).** *Encuesta Nacional de Factores de riesgos. Datos socio-demográficos* [consultado 2010 agosto 15]. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/sociodemograficos/proyecciones2008.asp>
- Moyano, G.; Escudero J. (2011).** *La salud en Argentina. En manos de quién? Informe sobre la situación de salud en la Argentina*. Disponible en cuadernos de la Emancipación.
- Organización Mundial de la Salud.** Informe sobre la salud en el mundo (2000). Mejorar el desempeño de los sistemas de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (1978).** *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Salud para todos en el 2000*. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007).** Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. *Salud en las Américas*. p. 314-405.

- Rodriguez** Garavito, c. (2017). *Extractivismo vs Derechos Humanos. Crónica de los nuevos campos minados en el sur global*. Colombia, DeJusticia.
- Rofman**, A y Foglia c. (2015). La participación ciudadana local en la historia argentina reciente (de los 90 a la actualidad): Asistencia, movilización, institucionalización. *Revista Estado y Políticas Públicas*, Nro 5, Año III. FLACSO Argentina. CABA
- Solitario**, R., Garbus, P. & Stolkiner, A. (2008). Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de investigaciones*, xv, 263-269.
- Stolkiner**, A. & otros. (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. En *La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Dunken
- Testa**, M. (1985). Atención ¿primaria o primitiva? *De salud. Cuadernos Médicos Sociales*, 34, 7 -21.
- Uruguay Saludable**. *Construcción del Sistema de Salud Nacional Integrado de Salud*. 2005-2009
- Yavich**, N., Báscolo, E. P., & Haggerty, J. (2010). Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud pública de México*, 52(1), 39-45.
- Zarini** H (1996). *Constitución Nacional Argentina, comentada y concordada. Texto según reforma de 1994*. Astrea, Buenos Aires.
- Zemelman**, H. (1992). La democracia limitada y los excesos teóricos en Pablo Gonzalez Casanova y Marcos Roitman (eds). *La democracia en perspectiva latinoamericana: Actualidad y perspectivas*. Madrid, editorial Complutense. [consultado 2010 agosto 15]. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/sociodemograficos/>