



Gottero, Laura

INDICADORES DE DERECHOS HUMANOS EN POLÍTICAS CONTRA EL DENGUE.  
PROPUESTA PARA INCORPORAR UN ENFOQUE DE DERECHO A LA SALUD EN LAS  
ESTRATEGIAS EPIDEMIOLÓGICAS EN PARAGUAY

Revista Paraguay desde las Ciencias Sociales, revista del Grupo de Estudios Sociales sobre  
Paraguay, n° 5, 2014, pp. 36-61.

*Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe, Universidad de Buenos Aires*  
Argentina

Disponibile en: <http://www.grupoparaguay.org/revista>

RECIBIDO: AGOSTO 2014

ACEPTADO: OCTUBRE 2014

---

Indicadores de derechos humanos en políticas contra el dengue. Propuesta para incorporar un enfoque de derecho a la salud en las estrategias epidemiológicas en Paraguay

Laura Gottero

Centro de Justicia y Derechos Humanos, Universidad Nacional de Lanús (CDH-UNLa)

lauritagottero@gmail.com

**Palabras clave:** Políticas públicas, Derechos humanos, Derecho a la salud, Dengue en Paraguay, Epidemiología.

**Resumen**

El artículo propone un modelo de indicadores de derechos humanos en salud que permita indagar el cumplimiento progresivo de lo estipulado en instrumentos jurídicos internacionales, con referencia a la categoría de recepción del derecho (a la salud y sus derechos asociados), así como a las dimensiones transversales de no discriminación y producción de información. El corpus analizado está compuesto por dos documentos utilizados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay en su abordaje contra el dengue: a) Estrategia de Gestión Integrada de Prevención y Control de Dengue en Paraguay (II Versión, EGI Nacional Paraguay, 2005); y b) Plan de Acción para la Prevención y Control del Dengue (Plan de Contingencia, versión 2012). Se estudiarán las dimensiones relacionadas con la promoción de la salud, la comunicación y la educación, para luego proponer indicadores para evaluar la incorporación de una perspectiva de derechos en las políticas epidemiológicas citadas.

**Human rights indicators in politics against dengue. A proposal for incorporating a right to health approach in epidemiologic strategies in Paraguay**

**Keywords:** Public policies, Human rights, Right to health, Dengue in Paraguay, Epidemiology.

**Abstract**

The paper proposes a model of human rights indicators in health that will permit to investigate the gradual fulfillment of the provisions of international legal instruments, with reference to the category of fee received (health and associated rights), as well as the dimensions cross of nondiscrimination and production information. The corpus analyzed consists of two documents used by the Ministry of Public Health and Social Welfare of Paraguay in their approach against dengue: a) Integrated Strategy for Prevention and Control of Dengue in Paraguay (II version, EGI National Paraguay, 2005); b) Action Plan for the Prevention and Control of Dengue (Contingency Plan, version 2012). Dimensions related to health promotion, communication and education will be studied, and then propose indicators to assess the mainstreaming of rights in those epidemiological policies.

### **Introducción**

Este trabajo tiene por objeto ofrecer un aporte para la formulación de políticas públicas de salud desde una perspectiva de derechos, tomando el caso paraguayo pero pensando en una mirada regional a partir de la existencia de problemáticas comunes como la prevalencia de dengue. La premisa central de este análisis es que el llamado “enfoque de derechos humanos” puede y debe ser incluido en todas las políticas públicas, incluso en las relativas a áreas clásicas y tradicionales de la agenda sanitaria, como la epidemiología de enfermedades vectoriales y, más específicamente, los abordajes estatales para la prevención y el control del dengue en la población. En las planificaciones del gobierno paraguayo sobre esta problemática, se evidencian rasgos estructurales que no pertenecen exclusivamente al país mencionado sino que se comparten por los países del Cono Sur donde el dengue es una cuestión de Estado. Una de esas características centrales es la construcción del control y la vigilancia, que deja a un lado factores estructurales de la incidencia de esta enfermedad, los que se encuentran asentados en las condiciones socioeconómicas de vida y en la persistencia de profundas desigualdades.

El corpus que se analizará con estos fines está compuesto por los dos principales documentos que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay utiliza en su abordaje contra el dengue en el territorio nacional: por un lado, el Plan de Acción para la Prevención y Control del Dengue (Plan de Contingencia, versión 2012); por el otro, la Resolución SG 316/2013 por la que se crea el Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y su correspondiente Plan de Monitoreo y Evaluación.

En este abordaje se entiende que los compromisos internacionales expresados a través de, principalmente, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), así como por los tratados y convenciones sobre derechos humanos, constituyen no sólo un instrumento internacional que debe contemplarse en la elaboración de políticas públicas, sino que también representa una herramienta teórico-metodológica que permite operacionalizar las variables de derechos y establecer criterios cualitativos de comparabilidad.

Con referencia específica al PIDESC, Paraguay firmó el documento en el año 2009 pero no lo ratificó; y, en el caso de la Convención Americana de Derechos Humanos, cumplió con todos los pasos de la adhesión (firma en 1969, ratificación y depósito del instrumento en 1989). En cuanto al Protocolo de San Salvador, como veremos más adelante, Paraguay también ha cumplido con las tres instancias de adhesión entre 1996 y 1997, de manera posterior a la reforma constitucional que reconoce la vigencia constitucional de los tratados internacionales aprobados y ratificados por el Estado paraguayo. Si bien los tratados de derechos humanos forman parte de un sistema hegemónico que tiene sus propios principios ideológicos y sus intereses políticos, el respaldo brindado por estos documentos debe y puede profundizarse en los países que han manifestado su adhesión. En el caso paraguayo, las fases inconclusas del apoyo al PIDESC —evidenciado en la ratificación todavía pendiente— representa asimismo un desafío para profundizar una perspectiva de derechos humanos en las políticas públicas nacionales. No obstante, a la vez, no debe representar un escollo para pensar una política epidemiológica, tan importante como la que se estructura contra el dengue, en una clave de derechos humanos y de derecho a la salud.

### **PIDESC: cómo pensarlo como una herramienta teórico-metodológica para la perspectiva de derechos**

En el conjunto de los DESC, los derechos sociales constituyen una dimensión de la puesta en práctica de los derechos humanos, pues se considera que éstos pueden hacerse efectivos en las condiciones materiales de existencia. Por esa razón, los derechos sociales incluyen el acceso a condiciones apropiadas de vida en sus diferentes dimensiones: salud, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, etc. Los derechos sociales están comprendidos en un instrumento internacional fundamental, que es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, vigente desde el 3 de marzo de 1966, que asocia directamente la posibilidad del ser humano de realizarse plenamente y en libertad, con el

acceso a ciertos derechos: “con arreglo a la Declaración Universal de Derechos Humanos, no puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos” (Art. 1). Siguiendo lo expuesto, los Estados partes deben comprometerse a respetar y promover estos derechos en sus ámbitos nacionales, adoptando medidas que tiendan a su cumplimiento y protección.

El conjunto de derechos sociales considerado en el Pacto incluye, obviamente, el derecho a la salud, que se contempla de manera expresa en el artículo 12:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
  - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
  - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
  - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
  - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El PIDESC adoptó un mecanismo de supervisión basado en la presentación de informes periódicos por parte de los Estados, en los que se debía consignar el modo de incorporación de una perspectiva de derechos en sus políticas públicas. La supervisión de dicha labor se encuentra a cargo del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), establecido el 28 de mayo de 1985 a través de la resolución 1985/17 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Todos los Estados partes deben presentar a este órgano de supervisión informes periódicos sobre la manera en que, en sus contextos nacionales, se protege el acceso a DESC; el CDESC, entonces, evalúa cada presentación y se expide en forma de Observaciones Generales sobre temas específicos. Del conjunto de estos documentos temáticos, a continuación se expondrán los que tienen relación directa con los objetivos de esta tesis, y cuya incorporación o consideración se indagará en el discurso de las políticas sanitarias sobre epidemiología que se condensa en el corpus documental.

En primer lugar, se debe consignar la Observación General N° 14 (2000), sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, que en su primer párrafo establece:

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.

Esta Observación establece, asimismo, la interdependencia del derecho a la salud respecto de otros derechos, de los que depende para su concreción (párrafo 3), y también destaca que el mejor estado de salud posible se encuentra influido por un amplio espectro de factores socioeconómicos, puesto que éstos son también los que definen las posibilidades de una persona de vivir de manera sana. En consecuencia, “hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano” (párrafo 4). Por esa interrelación es que el Comité interpreta que el derecho a la salud no sólo considera la atención sanitaria oportuna y adecuada, sino que también incluye “el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud” (párrafo 11). Desde esa afirmación es que Arballo (2013) indica que una de las características del derecho a la salud es que su cumplimiento depende de medidas no sanitarias, por lo que la demanda de políticas públicas para garantizar su acceso es mucho más amplia de lo que comúnmente se supone.

En el nivel de las obligaciones, esta Observación indica que los Estados deben respetar el derecho a la salud, en especial eliminando las trabas que impiden que ciertos grupos vulnerables puedan acceder a las medidas que cuidan su salud. Entre estas poblaciones desfavorecidas se encuentran “los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y

abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer” (parágrafo 34).

En relación con esto, destacan Piovesan y Gotti (2013) que en esta Observación se encuentran obligaciones “inderogables” para los Estados, entre las que se encuentran temas de importancia central para esta tesis: a) garantizar el acceso al sistema de salud sin discriminación, cuidando especialmente la llegada de grupos vulnerables o marginalizados; b) asegurar que todas las personas puedan obtener una alimentación suficiente, adecuada y segura, sin que nadie sienta hambre; c) proteger el derecho a una vivienda saludable y condiciones sanitarias básicas, como la provisión de agua potable; d) facilitar la distribución de medicamentos esenciales; e) promover una distribución equitativa de la infraestructura de salud a lo largo del territorio; f) de acuerdo con pruebas epidemiológicas, elaborar una estrategia y un plan de salud pública para dar respuesta a las necesidades de salud de la población en su conjunto, adoptando para ello procedimientos participativos y previendo mecanismos de revisión y evaluación de los procesos desarrollados.

Este compromiso estatal incluye, asimismo, medidas positivas para facilitar que las personas y las comunidades puedan acceder al derecho a la salud: fortalecer los elementos que inciden en un mejor estado de salud, como la difusión de información y la investigación científica; evaluar la adecuación de los servicios de salud en relación con la diversidad cultural y con la consideración específica de los sectores marginados o más desprotegidos; y promover la autonomía de las personas para decidir sobre su salud. La premisa global de no-discriminación es la que se encuentra detrás de todas estas recomendaciones, pues la acción discriminatoria es el común denominador de todas las malas prácticas en relación con el acceso a la salud por parte de grupos en situación de vulnerabilidad. Con respecto a esta cuestión, Pautassi y Ramírez (2013) indican que la no discriminación en relación con el derecho a la salud posee, por lo menos, dos dimensiones de estudio: una que tiene que ver con la oferta de salud por parte del Estado, la que no debe ser selectiva de acuerdo con la condición del sujeto que la demanda; la segunda se vincula con un reconocimiento de la diversidad en el seno de las prácticas terapéuticas y con la necesidad de respetar una concepción distinta de la salud y de la medicina.

La cuestión de la no discriminación y de la igualdad de trato constituye una temática transversal a todos los derechos humanos y sociales, y por supuesto también en el caso de la salud. Así lo ha afirmado el Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física en su Informe

del año 2003: “La no discriminación y la igualdad de trato son dos de los elementos más importantes del derecho a la salud. Por consiguiente, las normas internacionales de los derechos humanos proscriben toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de salud y a los factores determinantes básicos de la salud” (Hunt, 2003: 9).

Ahora bien: durante mucho tiempo la visibilización de los factores socioeconómicos como causantes directos de los problemas de salud de la población constituyó una conquista de diversos sectores sociales que no era reconocida por los organismos internacionales, entre los que se contaba (por supuesto) la Organización Mundial de la Salud. Desde principios del siglo XX la medicina social alemana destacaba las vinculaciones entre condiciones de vida y salud, y décadas más tarde la medicina social latinoamericana hacía lo propio al mostrar la vinculación inescindible entre situación socioeconómica y prevalencia de enfermedades, puesto que ambas escuelas tenían un trabajo epidemiológico muy fuerte que se mantuvo siempre al margen de las corrientes hegemónicas en esta rama de la salud. A pesar de ello, la visión dominante de la salud representada por la OMS llegó a asumir esta ligazón recién en el año 2005, a través de la creación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud.

La Comisión de Determinantes Sociales publicó en el año 2009 un documento donde proponía aceptar, como aspiración internacional, la reducción de las desigualdades sanitarias en el periodo de una generación (30 años). Aunque no enumera de manera explícita cuáles son los elementos de desigualdad que propone “subsanan” —tal es el verbo efectivamente utilizado—, al menos una parte de éstos puede deducirse del conjunto del documento: “una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera” (OMS, 2009: 1).

En el año 2011, en relación con la labor de la Comisión, se firmó en Río de Janeiro la Declaración política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud, en el marco de la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. En esa ocasión, se destacó que la cuestión de la inequidad sanitaria representa un desafío al interior de los países, pero también en el plano global, puesto que los sectores de gobierno, los actores sociales y también la comunidad internacional se encuentran comprometidos para reducir la desigualdad sanitaria. De acuerdo con este reconocimiento, la Declaración expone las principales áreas de intervención e incidencia sobre la inequidad sanitaria: a) una gobernanza



más eficiente para la salud y el desarrollo; b) fomento de la participación en el diseño e implementación de políticas; c) reorientar el sector salud para la reducción de la inequidad sanitaria; d) fortalecer la gobernanza y la cooperación internacional; e) hacer un seguimiento de los progresos y la rendición de cuentas. Es fácil deducir que, de esta enumeración de acciones presuntamente efectivas, ninguna aborda de manera directa la cuestión de la inequidad pensada como desigualdad, así como no la localiza más que en los circuitos de gestión y administración de políticas públicas. En ese sentido, ni el documento de la Comisión del 2009 ni esta declaración parece recuperar en su plenitud el contenido de las Observaciones Generales en materia de derechos humanos que, con anterioridad, delimitaron y dieron equivalencias concretas a las situaciones de desigualdad en materia de recursos y derechos sociales.

### **Enfoque de derechos humanos: una perspectiva inclusiva para el reconocimiento**

Para abordar esta categoría teórico-metodológica, resulta imprescindible brindar una conceptualización del enfoque de derechos humanos configurando un recorte especial de acepciones que son fructíferas para los objetivos de esta tesis. Para Pautassi (2010), el enfoque de derechos es la perspectiva que utiliza el marco conceptual de los derechos humanos para aplicarlos en la formulación de políticas públicas. En ese sentido, establece no sólo obligaciones negativas del Estado sino fundamentalmente positivas: un compromiso de progresividad y no regresividad, mecanismos de rendición de cuentas y participación ciudadana y, en general, el fortalecimiento de los mecanismos internos de protección de derechos. Balardini y Royo (2012), en el marco de esta acepción, sintetizan los elementos propios de esta perspectiva:

El reconocimiento a los receptores de las políticas como titulares de derechos y no como meros beneficiarios de políticas públicas desde una visión asistencialista; el empoderamiento de grupos excluidos por vía del reconocimiento de derechos; el fortalecimiento de diversos mecanismos de exigibilidad; mecanismos de reclamo, control, rendición de cuentas y participación, y la necesidad de garantizar un adecuado acceso a la información pública que permita la evaluación y fiscalización de las políticas por los ciudadanos (Balardini y Royo, 2012: 105).

Otros elementos señalados por las autoras son: obligación de no regresividad, garantía de contenido mínimo de derechos, enmarcar a todas las acciones estatales en medidas

progresivas de cumplimiento de derechos, universalidad, igualdad y no discriminación. De allí que Pautassi y Ramírez (2013) destaquen que uno de los potenciales del enfoque de derechos reside en que permite establecer obligaciones positivas y negativas para los Estados, no sólo en cuanto a derechos económicos, sociales y culturales, sino vinculando a éstos con los derechos civiles y políticos.

Por su parte, Gerlero (2010) aporta una definición de enfoque de derechos que se encuentra más imbricada en la cultura institucional y en los alcances y limitaciones de una perspectiva sociojurídica. Por un lado, es comprendido como un “programa de acción que apunta a transformar las prácticas institucionalizadas del Estado para que se ajusten a su fin esencial que es el de garantizar la realización, en lo concreto, de los derechos humanos” (Gerlero, 2010: 76). Por el otro, como se trata de un enfoque operativo, posee la obligación central de articular los preceptos normativos con la planificación social, en tanto el objetivo general es que esa nueva cultura social e institucional basada en los derechos humanos se traduzca en prácticas sociales coherentes con esta mirada, así como en mecanismos institucionales que permitan redefinir contenidos, estructura e implementación de los programas y proyectos sociales que presentan como objetivo el acceso a derechos, bienes y servicios necesarios para una vida adecuada.

Volviendo a Pautassi (2010b), la autora inserta la pertinencia de la perspectiva de derechos en el momento de formulación de políticas públicas en el plano nacional, en virtud de que este enfoque constituye y aporta un marco conceptual que permite elaborar estas planificaciones de manera compatible con el ejercicio de derechos, así como habilita mecanismos de seguimiento y compromiso por parte de diferentes actores sociales, en los procesos de formulación de políticas según los principios de igualdad y no discriminación, así como los relativos a la responsabilidad institucional.

Siguiendo estos razonamientos, Gamallo y Arcidiácono (2012) exponen que el “enfoque de derechos” constituye una transformación discursiva inescindible del mecanismo político que resignificó problemas conocidos, antiguos, y los interpretó en una clave de derechos. Por eso, porque no está dando a conocer ninguna realidad nueva sino que cambia los denominadores, es que esta perspectiva en América Latina coexiste con un panorama heterogéneo y, en muchos casos, que se vuelve contradictorio con esta propuesta. Desde esta perspectiva, entonces, puede observarse cómo el derecho puede contribuir a consolidar o perpetuar situaciones de desigualdad. Y, del mismo modo, el reconocimiento explícito, discursivo, de una dimensión de derechos puede coexistir con políticas focalizadas donde la

universalización no comprende a la totalidad de la población, sino al total de un grupo social identificado en virtud de sus necesidades.

En el mismo sentido de lo expuesto, entiende Cunill Grau (2010) que la focalización y la perspectiva de derechos pueden no ser mutuamente excluyentes, y debido a ese riesgo, la autora enumera con claridad los criterios de una política pública elaborada con criterios de derechos humanos: exigibilidad (que existan reales obligaciones de concreción de un derecho frente a la ciudadanía), participación social (incorporación activa e informada de los interesados en la formulación, implementación y evaluación de políticas), e integralidad (reconocimiento de la interdependencia de derechos económicos, sociales y culturales, por un lado, y de civiles y políticos por el otro).

### **Obligaciones estatales en materia de derechos sociales: la ratificación no es (sólo) una demostración de buenas intenciones**

En relación con esta posibilidad de aplazar u obstaculizar el cumplimiento de derechos, el PIDESC se expresa sobre la naturaleza del compromiso de los Estados partes con respecto a las acciones necesarias para garantizar el reconocimiento y el acceso: “Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas [...] hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos” (Art. 2).

El Comité redefine las características principales de las obligaciones a través de la Observación General N° 3 (1990), a partir de la explicación detallada sobre dos puntos centrales del Artículo 2 del Pacto: por un lado, la idea de “adoptar medidas” y, por el otro, la recomendación de progresividad del cumplimiento de derechos<sup>1</sup>.

En un nivel general, existen obligaciones positivas y negativas: las positivas son las que conminan al Estado a hacer, promover, a “adoptar medidas” en el sentido que el Pacto y

---

<sup>1</sup> En lo que respecta a la adopción de medidas, este documento afirma que éstas no quedan supeditadas a ninguna situación, sino que deben ser implementadas en un plazo “razonablemente breve tras la entrada en vigor del Pacto para los Estados interesados” (parágrafo 2). Sobre la cuestión de la progresividad, la definición de “progresiva efectividad” se refiere, por un lado, a que el Comité reconoce que las transformaciones que conduzcan a un cumplimiento integral de los derechos no podrán suscitarse en poco tiempo; aun así, existe una obligación inmediata de respetar y proteger los derechos, tendiendo de esta manera a su satisfacción, para lo que se necesita que los Estados actúen de manera consecuente con el logro de estos objetivos. De acuerdo con lo afirmado por Piovesan (2004), es importante señalar que las obligaciones de un Estado con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales no son de índole moral, sino jurídica, puesto que se trata de deberes que emanan de los tratados internacionales de derechos humanos. Del mismo modo, Abramovich y Courtis (2002) señalan que los derechos económicos, sociales y culturales involucran un amplio espectro de obligaciones estatales cuyo sustrato no es ético ni moral, sino claramente justiciable.

la Observación General N° 3 indican. En tanto, las negativas son las que limitan el poder estatal de tal manera que sus acciones no menoscaben el goce de ciertos derechos o su reconocimiento; es decir, sus decisiones no deben contradecir lo estipulado por los parámetros internacionales de derechos humanos (entre los que se cuentan los derechos sociales). Luego de esta división amplia, se encuentran las obligaciones genéricas de los Estados, ubicadas en el plano de las acciones positivas: respetar (no desconocer el derecho de las personas), proteger (evitar que otros lo desconozcan o impidan su goce), satisfacer (promover acciones y medidas para garantizar el acceso y el cumplimiento del derecho). Entre estas obligaciones genéricas, los Estados tienen obligaciones de comportamiento y de resultado con respecto a los derechos: las primeras se refieren a la actitud estatal con respecto a una promoción del derecho, mientras que las segundas se evalúan vigilando que el resultado de una medida pública permita la protección, el acceso o el reconocimiento de un derecho determinado.

### **Indicadores de derechos humanos en políticas públicas: un sistema para indagar reconocimiento, protección y acceso efectivo a derechos sociales**

En esta sección, se presentará el sistema de indicadores para medir la incorporación y la progresividad de derechos humanos y sociales, a través de la propuesta vertida en el 2011 por la Organización de los Estados Americanos, de acuerdo con el documento titulado *Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador* (2011), con el fin de exponer un modo consensuado de indagar el grado de inclusión de un enfoque de derechos en las políticas públicas nacionales. Asimismo, este desarrollo tiene como finalidad complementaria dar cuenta de la posibilidad operativa de incluir estos indicadores y, por lo tanto, de construir una perspectiva de derechos humanos también en áreas de salud consideradas tradicionalmente “duras” o clásicas, como es el caso de la epidemiología.

El Protocolo de San Salvador (1999) es un instrumento de protección de derechos económicos, sociales y culturales en el marco del Sistema Internacional de Derechos Humanos (SIDH). Para Pautassi (2010), este documento forma parte del conjunto de textos normativos internacionales que permiten definir de manera más precisa el contenido del derecho, así como suministra herramientas y parámetros para analizar las políticas públicas. El Protocolo establece de manera explícita la obligación de progresividad, hasta el máximo de los recursos disponibles, que permita la concreción de derechos en cada escenario

nacional (Art. 1), desarrollando esta medida en articulación con el principio de no discriminación (Art. 3). Sobre el tema de salud, el artículo 10 se refiere de manera explícita a ello:

Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar ese derecho: a) atención primaria de la salud; b) extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c) la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d) la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas; e) la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud; f) la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Y la vinculación con un hábitat saludable también está contemplada en este documento, en tanto se afirma que “Toda persona tiene derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos” (Art. 11).

Así, el documento ya referido sobre indicadores de progreso construidos sobre la base del Protocolo de San Salvador expone el modo de identificación y evaluación de las obligaciones contenidas en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y establece tres modos interrelacionados y complementarios para ello: indicadores cuantitativos, indicadores cualitativos, y señales de progreso cualitativas. Los indicadores están directamente relacionados con el empleo de una categoría o dimensión (sexo, raza, etnia, edad, etc.) mientras que, como su nombre lo indica, los cuantitativos expresan situaciones en términos numéricos mientras que los cualitativos brindan información sobre la observancia de los derechos que no necesariamente es traducida en cifras.

Las señales de progreso constituyen la forma más flexible y heterogénea de seguimiento, en tanto pretenden dar cuenta del grado de cumplimiento de las obligaciones del Pacto y, a la vez, no se enlazan de manera directa con ninguna categoría: “se caracterizan porque no parten de una categoría preestablecida, como tampoco de una escala de medición ya dada (estadística), sino que captan la definición de la situación que efectúa el propio actor social y el significado que éste le otorga al fenómeno evaluado, interpretación que resulta clave para poder explicar los hechos” (Organización de los Estados Americanos, 2011:

parágrafo 26). Para Cecchini (2010), los indicadores sociales constituyen evidencia empírica que permite tomar decisiones en forma de política pública, así como efectuar diagnósticos y elaborar respuestas a problemas de la agenda social. Por esa razón, señala la autora la relación paradójica que existe entre la relevancia de los indicadores para una sociedad democrática, y la escasa importancia que se le dedica al enriquecimiento y mejoramiento de los sistemas de estadística nacionales, que deberían actualizarse en materia de recolección de datos para caracterizar la situación social.

Los indicadores pueden ser de tres clases: a) estructurales; b) de proceso; c) de resultados. Los indicadores, en sus tres clases, se descomponen en tres dimensiones: a) recepción del derecho (forma en que un derecho del Protocolo se encuentra incorporado en la normativa nacional y las políticas públicas); b) contexto financiero básico y compromisos presupuestarios (disponibilidad efectiva de recursos para ejecutar); c) capacidades estatales o institucionales (de qué manera el Estado resuelve las cuestiones socialmente problematizadas, teniendo en cuenta su aparato instrumental y la distribución de poder al interior de la estructura estatal).

Los indicadores estructurales son los que evalúan las medidas desarrolladas por el Estado para dar cumplimiento a los derechos, mientras que los indicadores de resultado son los que tratan de medir el impacto real de las estrategias y políticas, con relación al cumplimiento de derechos. Para los objetivos de este artículo importa sin embargo indagar en los indicadores estructurales en relación con la categoría central de recepción del derecho: “un aspecto importante es conocer qué tipo de políticas o servicios sociales el Estado ha definido como las medidas o vías de implementación y/o realización de los derechos contenidos en el Protocolo. En ocasiones los programas y/o servicios crean beneficios de índole asistencial y no reconocer la existencia de derechos (Organización de los Estados Americanos, 2011: parágrafo 38).

En simultáneo, es preciso indicar que existen principios transversales a todos los indicadores: no discriminación e igualdad, acceso a la información, y participación de la sociedad civil. Los indicadores de igualdad y no discriminación indagan si existen condiciones efectivas que garanticen el acceso a derechos sociales, a través del funcionamiento de las instituciones y de la democracia. Por eso, son considerados categorías que atraviesan a todos los derechos contemplados en el Protocolo. Por otro lado, la dimensión de producción de información pública que permita efectuar el seguimiento de cumplimiento de derechos ocupa un rol preponderante en el documento: “Para la efectividad

de los indicadores cuantitativos y de las señales de progreso cualitativas, será fundamental la posibilidad de acceder a fuentes confiables y seguras de información” (Organización de los Estados Americanos, 2011: parágrafo 27). Asimismo, la posibilidad de contar con fuentes informativas de carácter público es considerada un elemento central para poder fortalecer el mecanismo de rendición de cuentas y de participación de la sociedad civil, el otro principio transversal del Protocolo: “Muy pocos (países) cuentan con leyes de acceso a la información pública y normas internas capaces de superar los estándares jurídicos mínimos sobre este tema, quedando los sistemas estadísticos y de información en general, vulnerables a medidas o acciones transitorias que puedan interrumpir o menoscabar su confiabilidad y legitimidad” (Organización de los Estados Americanos, 2011: parágrafo 54).

A pesar de la disponibilidad y el uso de la información existente en cada país, Piovesan y Gotti (2013) advierten que la búsqueda a través de indicadores debe definirse luego de establecer los atributos de cada derecho. Recién después de ello se podrán construir los indicadores sobre la base de esos datos, que expresan el modo de ejercicio de los derechos humanos en cada contexto, sin limitarse a la lectura de las estadísticas generales.

Como puede observarse, existen fuertes y diversas herramientas consensuadas internacionalmente para la evaluación de políticas públicas de acuerdo con una perspectiva de derechos. El potencial heurístico de estos insumos de indagación reside en que cualquier planeamiento estatal puede ser observado a la luz de estos parámetros, y que no se necesita que manifiesten explícitamente una finalidad más “humanizada”, por así decirlo, para que puedan ser susceptibles de este análisis.

### **Estrategia actualizada contra el dengue en Paraguay: la participación y la movilización como claves**

En esta sección se presentarán los documentos que forman parte de este análisis: el Plan de Contingencia 2012 y el Plan de Prevención y Control del Dengue 2013-2014, aprobado mediante la Resolución SG 316/2013. Es de resaltar que, para no desviar la discusión hacia las bases argumentativas de estos materiales e incluir temáticas que puedan confundir la lectura, el abordaje de este trabajo comprende específicamente las secciones que se denominaron “Promoción de la salud y comunicación”, “Educación para la salud”, “Participación social”, etc. Es decir, se atendió a las dimensiones discursivas que no tienen que ver directamente con la labor epidemiológica específica, sino con las actividades sociales, educativas y culturales/comunicacionales que se consideran de importancia para

que las estrategias surtan efecto y sean sustentables en el nivel de la población. En este trabajo se considerará que es en este aspecto de las políticas donde es necesario incorporar una perspectiva de derecho a la salud, pero que ello no resultará viable hasta tanto no se reelabore críticamente el enfoque desde el que se promueven las medidas de participación comunitaria para estrategias epidemiológicas, y se realice una lectura crítica del manual hegemónico con el que se realizan las actividades de promoción, movilización y colaboración de la sociedad en la implementación de los planes contra el dengue. Este material elaborado por la OMS establece el procedimiento COMBI (Communication for Behavior Impact), que establece consignas y procedimientos para generar un impacto conductual en las personas, con el fin de llegar a resultados positivos en las políticas implementadas. No obstante, estas recomendaciones para la acción incluyen una combinación de marketing social, participación comunitaria atenuada o post-diagnóstico, así como una evaluación costo-beneficio de las actividades en salud que aleja paulatinamente, y de manera severa, la labor epidemiológica contra el dengue en sintonía con una perspectiva de derechos y, específicamente, de derecho a la salud de acuerdo con cómo es entendido desde los instrumentos internacionales referidos en la primera parte de este trabajo.

### **Método COMBI: la participación popular en términos de conducta apropiada e impacto**

El Plan de Contingencia 2012 paraguayo, en su apartado de promoción de la salud y comunicación, da cuenta de manera explícita que su enfoque será tomado del método COMBI, estrategia avalada por la OMS y la OPS cuyo manual consensuado es el que fue elaborado por Will Parks y Linda Lloyd, Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue (2004). En el documento de Paraguay se afirma que este material constituye un insumo para pensar acciones de participación social y movilización con el fin de lograr el empoderamiento en derechos y obligaciones por parte de la población.

El manual de Parks y Lloyd propone y desarrolla el método COMBI para la participación comunitaria en la prevención de enfermedades infecciosas. Dicha colaboración y/o trabajo activo estaría dado mediante la modificación de conductas consideradas influyentes en la expansión del dengue, pero también se requiere la estabilización del cambio; es decir, que los nuevos parámetros conductuales se mantengan en el tiempo. Esta metodología ofrece una combinación de mercadeo, promoción, comunicación, educación y



movilización social prácticamente orientada en forma exclusiva a la modificación de las conductas de los miembros de la comunidad —y no, por ejemplo, al análisis y transformación de las condiciones de vida que coadyuvaron a la instalación de esas conductas. En este contexto se destaca la inclusión de variables típicamente publicitarias y provenientes del marketing, inscriptas en una perspectiva conductista que analiza las motivaciones de las personas para actuar y establece la certeza de que todos actúan movidos por la posibilidad de obtener un beneficio.

El esquema COMBI, estructurado en 15 pasos que componen una planificación estratégica estandarizada, establece que se requiere una inversión considerable “para abordar los problemas planteados por las condiciones y modos de vida urbanos de hoy que han contribuido a la aparición del dengue”. Sin embargo, ese financiamiento no está orientado a la modificación de las condiciones de vida y de infraestructura que están relacionados con la expansión de esta enfermedad; por el contrario, el dinero se orienta a la realización de la campaña comunicativa que interpela a la comunidad para que participe y/o, en realidad, trabaje sobre un escenario conflictivo que por el momento no va a modificarse.

El texto parte del reconocimiento de la ineficacia de la aplicación de métodos químicos (como los insecticidas de bajo volumen) cuando la epidemia ya está instalada; aseguran, por el contrario, que una campaña de movilización y comunicación sostenida en el tiempo permite una menor incidencia de dengue y la reducción de la sobrecarga en los servicios de salud pública. Esta intención, favorable y constructiva en un primer momento, se vuelve problemática con las repetidas referencias al volumen de inversión necesario para desarrollar el esquema de comunicación; en ese punto, aun cuando se sabe que las campañas son costosas, surge la pregunta de si esos fondos no deberían ser orientados a atenuar los casos de dengue desde la modificación de las condiciones de vida. Es un dato relevante de la lectura del manual el hecho de que omite de manera sistemática un abordaje de las condiciones infraestructurales y de vida que inciden en las áreas más afectadas por el dengue. Muy por el contrario, en el documento se deja entrever que las personas toman decisiones incorrectas porque no saben hacer las cosas de otra forma; nunca se plantea un mal uso de los recipientes como un efecto de no tener agua en la casa, ni se reconoce que algunas conductas perjudiciales constituyen la única alternativa para muchas personas por no tener recursos que les permitan tomar medidas que los protejan más.

## Plan de Contingencia 2012 y Plan de Prevención 2013-2014: estrategia articulada de control de dengue en Paraguay<sup>2</sup>

Paraguay presenta una producción continua y actualizada de documentos oficiales sobre dengue, tanto en lo que tiene que ver con la planificación de políticas como con el diagnóstico situacional de los brotes, que permiten un seguimiento frecuente de la enfermedad en el territorio. De esa manera, a diferencia de otros países como Argentina que se identifica como un territorio que recibe las consecuencias de los países limítrofes, el Estado paraguayo asumió que la epidemia es autóctona y que, por lo mismo, requiere de una estrategia sostenida que no constituya una respuesta para lo que sucede más allá de sus fronteras. Eso es lo que afirma el Plan de Contingencia 2012 en su introducción: “El Paraguay es un país considerado endémico para el dengue, desde el año 2009. Esto implica la posibilidad de registrar casos de dengue durante todo el año”.

Tal como ha sido referido, en este trabajo se abordarán específicamente las dimensiones de promoción de la salud, educación y comunicación tal como han sido tratadas en ambos documentos. En ese sentido, el Plan de Contingencia 2012 identifica cinco ejes que permiten la prevención de brotes y epidemias de dengue: a) vigilancia epidemiológica; b) vigilancia de laboratorio; c) vigilancia entomológica; d) control vectorial; e) promoción de la salud y comunicación. Sobre este último punto, se explicita que sus premisas emanan de la lectura del manual COMBI, presentado líneas más arriba, y la estrategia sectorial se estructura de la siguiente manera:

*Abogacía, relaciones públicas y comunicación:* comprende la instalación de la idea de “conducta saludable” en las agendas del sector empresario, de las instituciones y de los medios de comunicación.

*Movilización de la comunidad:* “investigación participativa” y la producción de materiales de comunicación para distribuir en distintos eventos y centros sociales, con información sobre la prevención del dengue.

*Publicidad apropiada sostenida:* se establece que debe ser “M-RIP”: masiva, repetitiva, intensa, persistente. Además debe comprometer a las personas para que autoevalúen su conducta mediante el análisis del costo de cada una de sus decisiones.

---

<sup>2</sup> El Plan de Contingencia es reeditado periódicamente y su última versión data del 2012. El Plan de Prevención y Control del Dengue (vigente desde septiembre 2013 a septiembre 2014) no plantea reemplazar al Plan de Contingencia, pero se deduce de sus premisas que superpone su formulación a la del documento actualizado en el 2012.

*Comunicación interpersonal:* implica la convocatoria a diversos grupos sociales que suelen estar en contacto con muchas personas (voluntarios, trabajadores sociales, etc.), tanto en sus hogares como en sus lugares de trabajo, “con bibliografía informativa apropiada e incentivos adicionales, y poner cuidadosa atención a las inquietudes de las personas para poder abordarlas”.

*Promoción en puntos estratégicos:* emulando a la estrategia del marketing de promoción en punto de venta, este ítem se refiere a la repitencia de las medidas accesibles y cotidianas para el control de la enfermedad.

Como puede inferirse, no existe un espacio para el diagnóstico de la población sobre sus necesidades y sobre sus percepciones con respecto a los brotes de dengue, así como su participación se ve atenuada y ubicada en el nivel de colaboración con actividades que ya han sido pautadas. En este punto corresponde citar a Menéndez (2008) cuando establece los distintos objetivos que puede asumir la participación social en una política o campaña: algunos de ellos son la circunscripción a actividades específicas, la organización de una comunidad o grupo, el trabajo voluntario para reducir costos (especialmente en acciones de salud), el involucramiento de la población para aumentar el consenso y la legitimidad de las propuestas, como requisito básico para la democratización, como solución parcial a problemas de intervención, cobertura o eficacia de programas, como proceso que asegura la continuidad de algunas medidas, y hasta como una forma de distracción y de reforzamiento de relaciones de hegemonía y subalternidad respecto de los sectores sociales más desfavorecidos. Así, podemos ver que la demanda de participación social en materia de promoción de la salud y comunicación se encuentra tensionada entre una suerte de “buenas intenciones” y un sentido políticamente correcto que inunda la formulación de planificaciones sobre derechos sociales como la salud, y un mecanismo subrepticio que quita a la participación su sentido de diagnóstico compartido y de experiencia con sentido, para asignarle un lugar instrumental y vacío de potencialidad transformadora.

El Plan de Prevención y Control 2013-2014 identifica cinco áreas clave de trabajo: a) coordinación y planificación; b) vigilancia entomológica; c) control vectorial; d) vigilancia laboratorial; e) comunicación. En este último eje el objetivo se plantea:

informar a diferentes sectores de la población sobre la problemática del dengue, mediante la capacitación a la red nacional de comunicadores y educadores en salud, la capacitación a los miembros del equipo de comunicadores del Estado, la capacitación a generadores de opinión, la difusión

de mensajes a través de medios masivos y alternativos, y el establecimiento de voceros por componente y su capacitación (Plan de Prevención y Control del Dengue 2013-2014, 2013: 7).

En ningún momento existe un debate sobre el tipo de información que será transmitida, ni cómo se estructurará su acceso por parte de la población general no incluida en los grupos citados. El objetivo de informar a muchas redes de personas que están en contacto de sectores numerosos o masivos aplaza la reflexión sobre aquello que debe ser informado, puesto que entre las medidas de prevención existen muchos otros contenidos que, en el momento de organizar una campaña informativa, deben ser explicitados y puestos en discusión.

En el mismo sentido, el pilar “Comunicación”, en el plan, tiene como único objetivo “Informar a diferentes sectores de la población sobre la problemática del dengue”, pero de esta manera se cumple con una visión restringida de la perspectiva comunicacional, en tanto la transmisión es unidireccional (del Estado o los expertos hacia la población) y no ofrece la posibilidad de un intercambio. A partir de esa premisa de interacción, resulta fácil deducir que el potencial de la participación social irá en consonancia con esa postura y que, por lo tanto, se encontrará claramente debilitado.

En relación con ello, el pilar “Promoción y participación social y comunitaria” establece como objetivo el de “fomentar la movilización social y comunitaria para acciones de prevención y control”, pero aquí está claro que el diagnóstico ya ha sido efectuado y la definición de las líneas o actividades necesarias y viables también ha sido confeccionado con anterioridad a la entrada de la sociedad en escena.

De esta manera, podemos pensar que la dimensión de participación de la sociedad civil, un eje transversal sobre indicadores de progreso en derechos, se halla en cuestión y significada de un modo particular, posiblemente contradictorio con lo estipulado en el Protocolo de San Salvador al que Paraguay se adhirió. Del mismo modo, el acceso a la información suficiente, adecuada y oportuna se encuentra supeditada a los criterios técnicos de “información sobre el dengue”, pero sin que esté claro que se brindarán herramientas teóricas y metodológicas para reflexionar sobre el escenario socioeconómico en el que se manifiestan los brotes y la prevalencia.

### **Indicadores de progreso sobre derecho a la salud: una propuesta de incorporación**

Paraguay cumplió con los tres pasos necesarios para la incorporación en sus políticas públicas de lo estipulado en el Protocolo de San Salvador, puesto que en 1996 lo firmó, en 1997 lo ratificó y ese mismo año efectuó el depósito del instrumento de ratificación, completando así su adhesión a este instrumento internacional de derechos humanos. Por lo tanto, se encuentra supeditado a la actividad de presentación de informes y de demostración del trabajo realizado en materia de derechos sociales al interior del país.

La salud se encuentra en el primer grupo de derechos sobre los que los Estados partes deben presentar sus informes periódicos. Junto con la seguridad social y la educación, los balances que deben exponerse sobre este primer agrupamiento —y también sobre el segundo, que comprende derechos sindicales, derecho al trabajo, a un medio ambiente sano, a la alimentación, y a los beneficios de la cultura— tienen que organizarse de acuerdo con una serie de ejes temáticos. En el documento sobre indicadores de progreso se cita al documento *Normas para la confección de los informes periódicos previstos en el artículo 19 del Protocolo de San Salvador*, para establecer qué tipo de información se debe incorporar por cada derecho: “Equidad de género, grupos especiales de personas —niños, adultos mayores, personas con discapacidades—, diversidad étnica y cultural —en particular pueblos indígenas y afrodescendientes—, y la incidencia de la sociedad civil en la formulación de avances legislativos y políticas públicas” (parágrafo 11).

Asimismo, en las Normas citadas se contempla el criterio de progresividad del enfoque de derechos humanos, en tanto se entiende que la adopción de esta perspectiva para el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales que forman parte de ambos agrupamientos consiste en un proceso donde todos los países avanzan, de acuerdo con los cambios en sus políticas públicas, hacia la concreción de la meta general estipulada en el Protocolo.

En la Constitución paraguaya de 1992 —que es anterior a la firma y ratificación del Protocolo de San Salvador—, el derecho a la salud se define en el artículo 68:

“El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad.

Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana”.

Asimismo, en el artículo 137 referente a la supremacía de la Constitución se establece: “La ley suprema de la República es la Constitución. Esta, los tratados, convenios y acuerdos internacionales aprobados y ratificados, las leyes dictadas por el Congreso y otras disposiciones jurídicas de inferior jerarquía, sancionadas en consecuencia, integran el derecho positivo nacional en el orden de prelación enunciado”.

Por último, el artículo 141 de la carta magna paraguaya afirma que “los tratados internacionales válidamente celebrados, aprobados por ley del Congreso, y cuyos instrumentos de ratificación fueran canjeados o depositados, forman parte del ordenamiento legal interno con la jerarquía que determina el Artículo 137”. De esta manera, puede deducirse que lo establecido por el Protocolo de San Salvador constituye parte del orden normativo nacional, y como tal debe ser cumplido por el Estado en lo que respecta a las obligaciones surgidas de tal aprobación.

En la propuesta que constituye el núcleo de este trabajo, se presentará un modo de incorporar indicadores estructurales, en el primer nivel de recepción de derecho, que también comprende a las políticas nacionales mediante las que se implementan o incorporan los derechos contemplados en el Protocolo —en este caso, se abordará específica y únicamente a la salud<sup>3</sup>. Asimismo, a partir de las vacancias observadas en el Plan de Contingencia y en el Plan de Prevención y Control 2013-2014, se propondrán también señales de progreso cualitativas que permitan indagar sobre la incorporación de la perspectiva de derechos humanos en la formulación de políticas.

#### *Cuadro N° 1*

Modelo de indicadores y señales de progreso sobre derecho a la salud en políticas sobre dengue en Paraguay

| <b>Dimensiones</b> | <b>Indicadores estructurales</b> | <b>Señales de progreso cualitativas</b> |
|--------------------|----------------------------------|---|
|--------------------|----------------------------------|---|

<sup>3</sup> La propuesta que se vierte aquí toma como ejemplo de forma y de contenido la elaboración que se encuentra en el documento sobre indicadores de progreso, disponible en: [http://www.sedi.oas.org/ddse/documentos/Protocolo%20San%20Salvador/11.%20ESP\\_%20IndicadoresProgreso-rev2.pdf](http://www.sedi.oas.org/ddse/documentos/Protocolo%20San%20Salvador/11.%20ESP_%20IndicadoresProgreso-rev2.pdf)

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>Recepción del derecho</b></p>              | <p>Ratificación del PIDESC, que reconoce el derecho a la salud en condiciones de no discriminación e igualdad, así como en relación con el derecho a una vivienda adecuada y a un medio ambiente sano.</p> <p>Incorporación en las políticas públicas sobre dengue del documento sobre determinantes sociales de la salud elaborado por la OMS en</p> | <p>Elaboración de programas de capacitación sobre derecho a la salud, destinado a las poblaciones identificadas en ambos Planes.</p> <p>Visibilización de la articulación entre prevalencia de dengue, derecho a una vivienda adecuada y a un medio ambiente sano —pues entre ambas dimensiones se encuentra la referencia a las condiciones comunitarias (socioeconómicas) de vida.</p>  |
| <p><b>Participación de la sociedad civil</b></p> | <p>Explicitación del nivel de participación esperado en los planes y programas de salud.</p> <p>Incorporación de la población en la instancia del diagnóstico para que brinden insumos de políticas públicas.</p>   | <p>Elaboración de programas de capacitación sobre derecho a la salud, destinado a las poblaciones identificadas en ambos Planes.</p> <p>Formulación de instancias colectivas de intercambio donde, de manera previa a la transmisión de datos de prevención y control del dengue, haya un espacio para que las personas expresen sus opiniones y percepciones sobre los brotes de dengue. Construcción comunitaria de la relación entre hábitos domésticos y factores de incidencia de dengue (ej.: recolección de agua en recipientes), para evaluar cuáles acciones tienen que ver con la</p> |

|                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <p><b>Acceso a la información</b></p> | <p>Inclusión de parámetros de elaboración de información oficial que permitan la comparabilidad y la evaluación en materia de DD. HH.<br/>Definición de estándares sobre información suficiente, adecuada y oportuna sobre <u>prevención y control del</u></p> | <p>Capacitación a funcionarios que producen información sobre salud sobre los ejes que deben tener en cuenta para incluir una perspectiva de derechos humanos en las políticas de salud sobre dengue: de manera específica, incluir mecanismos de efectivo empoderamiento de la población (a través del reconocimiento del derecho a</p> |
|---------------------------------------|--|--|

*Fuente: elaboración propia sobre la base del corpus analizado.*

### Conclusiones “formales”

Decidimos emplear el término de “formales” para este apartado de conclusiones porque, justamente, el balance propiamente dicho de este trabajo es la propuesta de indicadores estructurales y señales de progreso cualitativas. Resulta muy interesante observar el recorrido extenso en materia de normativa internacional sobre derechos humanos y derechos sociales en relación con la breve propuesta práctica de incorporación de cambios en la mirada de las políticas: esta relación entre el *background* y el nuevo material producido constituye una muestra de cuánta labor y deliberación existe detrás de los debates sobre acceso a derechos en sintonía con las demandas contemporáneas de participación social y de obtención de información.

Un breve recorrido sobre el panorama de políticas de salud estatales permite dar cuenta de la inserción de perspectivas de derechos en vertientes asociadas con lo que ha dado en llamarse —no sin crítica mediante— “poblaciones vulnerables”: niños, ancianos, mujeres, etc. Por ello, abundan las propuestas sobre reconocimiento de derechos en ámbitos de la atención de salud que son consideradas más cercanas a la posibilidad de la discriminación o del maltrato, como es el caso de la salud sexual y reproductiva, el nivel de atención primaria o la salud del recién nacido y los niños, por dar algunos ejemplos. Sin embargo, este trabajo pretende enfocar otras políticas que, en el contexto de la salud pública “dura” o estadística, como es el caso de la epidemiología, suelen constituir un espacio de recepción/aplicación acrítica de fórmulas y recomendaciones internacionales que debilitan la perspectiva de derecho (social y colectivo) a la salud y eluden el debate sobre cuál es la información que debe comunicarse y en qué condiciones, así como la explicitación del nivel de participación



social/comunitaria que se postula en este tipo de planeamientos, por contraposición al que efectivamente se practica.

La incorporación práctica de las buenas intenciones expresadas a través de la aprobación y ratificación de tratados internacionales demuestra que un cambio pequeño puede, sin embargo, ejercer modificaciones profundas en la manera de pensar las políticas públicas. Retrotraerse al debate (o iniciarlo) sobre producción de información y nivel efectivo de participación social deseada —para evitar romanticismos que luego se transforman en hipocresías instrumentales—, así como volver a pensar en qué medida los reconocimientos a instrumentos internacionales se vuelven operativos en la formulación de planes y programas sobre derechos sociales, constituye un desafío ineludible para construir y establecer enfoques de derechos humanos sobre derechos sociales como el de la salud. Los derechos humanos son derechos transversales, relacionales: se ponen en práctica o pueden evaluarse con relación a la puesta en práctica de todos los derechos que atañen a las condiciones de vida de las personas en su más amplio espectro. Por eso, el debate renovado sobre su inclusión en las políticas públicas, lejos de ser algo repetitivo, se advierte en las intersecciones críticas del accionar estatal con una revitalizada urgencia.

### **Bibliografía**

Abramovich, Víctor y Curtis, Christian (2002) *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta.

Arballo, Gustavo (2013) “Localizando el derecho a la salud”, en Clérico, L., Ronconi, L. y Aldao, M. (coords.) *Tratado de Derecho a la Salud*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot.

Balardini, L. y Royo, L. (2012) “La exigibilidad del derecho a la vivienda y el uso de indicadores para su monitoreo. Las relocalizaciones en la Cuenca Matanza Riachuelo”, en Pautassi, L. y Gamallo, G. (dirs.) *¿Más derechos, menos marginaciones? Políticas sociales y bienestar en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.

Cecchini, Simone (2010) “Indicadores sociales y derechos humanos: algunas reflexiones conceptuales y metodológicas”, en Abramovich, V. y Pautassi, L. (comp.) *La medición de Derechos en las Políticas Sociales*. Buenos Aires: Editores del Puerto.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2009) *Observación General N° 20*. Ginebra: Naciones Unidas.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2002) *Observación General N° 15*. Ginebra: Naciones Unidas.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) *Observación General N° 14*. Ginebra: Naciones Unidas.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1994) *Observación General N° 4*. Ginebra: Naciones Unidas.

Cunill Grau, Nuria (2010) “Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública”, en *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, Nro. 46 (Feb. 2010), Caracas.

Gamallo, G. y Arcidiácono, P. (2012) Políticas sociales y derechos. Acerca de la producción y la reproducción de las marginaciones sociales. En Pautassi, L. y Gamallo, G. (dirs.) *¿Más derechos, menos marginaciones? Políticas sociales y bienestar en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.

Gerlero, M. (2010) Inclusión social y perspectiva de derecho: el aporte de la Sociología Jurídica. En Pautassi, L. (org.) *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.

International Human Rights Internship Program (IHRIP) y Forum-Asia (2000) *Círculo de Derechos: una herramienta de entrenamiento para el activismo en defensa de los derechos económicos, sociales y culturales*.

Menéndez, Eduardo (2008) Participación social en salud: entre las representaciones y las prácticas. En Menéndez, Eduardo y Spinelli, Hugo (Coords.) *Participación social ¿para qué?*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos (2003) *Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial Sr. Paul Hunt*. Ginebra: Naciones Unidas, Consejo Económico y Social.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2006) *Los derechos de los no ciudadanos*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (1966) *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Ginebra: Naciones Unidas.

Organización de los Estados Americanos (2011) *Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador*. Washington D. C.: OEA-SEDI.

Organización de los Estados Americanos (1988): *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador"*. Washington D. C.: OEA-SEDI.

Organización Mundial de la Salud (2011) *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, 19-21 de octubre.

Organización Mundial de la Salud (2009) *Subsanar las desigualdades en una generación*. Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud – OMS, Ginebra.

Pautassi, L. y Ramírez, S. (2013) Derecho a la salud en contextos de discriminación: el caso de los pueblos originarios. En Clérico, L., Ronconi, L. y Aldao, M. (coords.) *Tratado de Derecho a la Salud*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot.

Pautassi, L. (2010) Indicadores en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Más allá de la medición. En Abramovich, V. y Pautassi, L. (comp.) *La medición de Derechos en las Políticas Sociales*. Buenos Aires: Editores del Puerto.

Pautassi, L. (2010b) El enfoque de derechos y la inclusión social. Una oportunidad para las políticas públicas. En Pautassi, L. (org.) *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.

Piovesan, Flavia y Gotti, Alejandra (2013) Producción del derecho a la salud en el sistema de protección universal de los derechos humanos. En Clérico, L., Ronconi, L. y Aldao, M. (coords.) *Tratado de Derecho a la Salud*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot.

Piovesan, Flavia (2004) "Derechos sociales, económicos y culturales y derechos civiles y políticos", en Sur. *Revista Internacional de Derechos Humanos*, año 1, Nro. 1, 1er. Semestre, pp. 20-47.