**TEMA: “ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS) DE ALMA ATA A LA CONVENCIÓN DE DERECHOS DEL NIÑO. Un anclaje en clave de derechos humanos entre APS y el “interés superior” del niño, como sustento para las políticas públicas”**

PANEL: **POLÍTICAS PÚBLICAS Y LEGISLATIVAS SOBRE DERECHOS HUMANOS Y SALUD INTEGRAL DE NIÑOS NIÑAS YADOLESCENTES**.

**AUTORA: Abogada ADRIANA SILVIA PEREZ**

*CASTELLI 2850 SANTA FE (SANTA FE)*

*TEL. 0342 4607099 CEL 0342 154443199*

*E MAIL.* [*perezadrianasilvia@gmail.com*](mailto:perezadrianasilvia@gmail.com)

*SÍNTESIS:* No pocos recursos, no pocos esfuerzos se destinan a la salud de niñas, niños y adolescentes, no obstante, siempre resultan insuficientes dejando el amargo sabor que deja la percepción de los derechos vulnerados. Ello lleva a preguntarse por qué tan magros resultados? Es realmente un abordaje integral el que contienen nuestras políticas públicas? Qué se ha de entender por “salud integral”? Será que la respuesta a la primera pregunta se encuentra en la interpretación de “integralidad”?

La prevalencia e incidencia de los padecimientos subjetivos y los consumos problemáticos de sustancias en niños y adolescentes son una muestra acabada del fracaso en su abordaje, más allá los giros conceptuales que se plantean desde lo formal y de los esfuerzos que despliegan los agentes sanitarios.

Propongo ensayar una respuesta a través de la compulsa de normas internacionales y nacionales que nos permitan establecer los requisitos que han de tener las políticas públicas de salud para ciertamente ser “integrales” en el entendimiento que sólo así ha de ser posible cumplir con el objetivo de respeto de los derechos de todo niña, niño y adolescente. Indagando en normas como la definición de salud de la OMS, el deseñor de la estrategia de atención primaria de la Declaración de Alma Ata, el principio de “interés superior” de la Convención de Derechos del Niño y sus Observaciones Generales, la Ley de Protección Integral (L.26061), etc.

Ese marco me permite concluir que la integralidad en salud ha de lograrse con el respeto de todos los derechos económicos, culturales y sociales en forma simultánea. Prevaleciendo así la denominada interpretación “garantista” por encima de visiones y recortes de tinte económicos.

*ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS) DE ALMA ATA A LA CONVENCIÓN DE DERECHOS DEL NIÑO. Un anclaje en clave de derechos humanos entre APS y el “interés superior” del niño, como sustento para las políticas públicas*.

No pocos recursos, no pocos esfuerzos se destinan a la salud de niñas, niños y adolescentes, no obstante siempre resultan insuficientes dejando el amargo sabor que deja la percepción de los derechos vulnerados. Ello lleva a preguntarse por qué tan magros resultados? Es realmente un abordaje integral el que contienen nuestras políticas públicas? Qué se ha de entender por “salud integral”? Será que la respuesta a la primera pregunta se encuentra en la interpretación de “integralidad”?

La Organización Mundial de la Salud (OMS 1948) define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, más allá de las críticas y la necesidad de su actualización, ha sido la base en la construcción de estrategias intentando hacer realidad -aunque sea más bien una expresión de deseos- el promocionado “completo estado de bienestar”.

En ese entendimiento se fueron elaborando declaraciones, tratados, principios, recomendaciones, reglamentos, etc. a nivel internacional que luego se convirtieron en las pautas orientadoras de las políticas públicas en materia sanitaria.

Lo cierto es que las buenas intenciones se han chocado con realidades no siempre permeables al cambio. La inexistencia o deficiente planificación, la adopción de estrategias tomadas de otros contextos sin ponderar las particularidades del territorio en el que habrían de aplicarse, la discontinuidad o recursos insuficientes, han puesto en duda la extensión o cómo debe entenderse la integralidad de la salud, en especial de niñez y adolescencia.

Cuando tomé contacto por primera vez con el concepto de atención primaria de la salud (APS) -el que según Alma Ata está conformado por la satisfacción de numerosos derechos económicos y sociales- vi una gran coincidencia con lo que se define como “interés superior” o “mejor interés” del niño. Sin pretender profundizar al respecto intentaré de dar algunos elementos que podrían configurar la conexión entre ambos y en función de ellos la interpretación que ha de prevalecer en las políticas de salud en general, y particularmente en lo atiente a salud mental y el abordaje del consumo problemático de sustancias en niñas, niños y adolescentes.

Estos conceptos son herramientas que buscan efectivizar derechos humanos y tal vez sea allí donde encontremos las respuestas en torno qué debemos entender por “integralidad” frente a las diferentes versiones de la estrategia de APS.

La concepción “universal” de los derechos humanos propia del mundo occidental (ONU,1948) se inicia con el reconocimiento de los llamados de primera generación (civiles y políticos) denominación que tiene que ver con la cronología de su reconocimiento y que encuentra su mayor énfasis en los países capitalistas. Posteriormente, se vigorizan los llamados derechos humanos de “segunda generación” comprensivos de los derechos sociales, económicos y culturales con mayor desarrollo en el proyecto político social-marxista. En los últimos años se fueron abriendo paso los llamados derechos humanos de “tercera generación”, serie que permanece abierta por cierto. (SANTOS, 2002)

En ese contexto he de situar los instrumentos internacionales que pretendo cotejar, y comprobar la relación inicialmente insinuada; partiendo de la idea de la necesidad de coherencia en el lenguaje y el respeto de la unidad del sistema internacional de derechos.

La declaración de Alma Ata (OMS,1978) emerge en el escenario de la “guerra fría” donde cobra fuerza el acceso a una multiplicidad de derechos sociales económicos y culturales. La definición que la Declaración nos brinda respecto de la APS. claramente se enrola en la de la satisfacción integral de derechos humanos:

En esa visión de integralidad la APS forma parte del “desarrollo social y económico global de la comunidad”, la que no puede ser entendida sino es a través de la satisfacción de los derechos sociales y económicos de los individuos que la componen.

Congruente con esa descripción, **APS comprende “cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia***..”* (ALMA ATA, 1978, párr.3 del pto. VII).

El enfoque original de APS de Alma Ata, se ha visto recortado a la hora de ser llevado a la práctica, en una aplicación selectiva, focalizada, consistente en una canasta básica de prestaciones en el primer nivel de atención. Esta APS selectiva está direccionada a partir de una lógica economicista que se contrapone con la idea de dignidad de la persona humana, la integralidad, indivisibilidad y interdependencia que caracteriza a los derechos humanos y la progresividad y no regresividad como carácter particular de los derechos humanos económicos y sociales (ASE BURIJOVICH,2009).

Es evidente que la concepción original de la APS sigue la línea de las declaraciones de derechos occidentales que pregonan el reconocimiento de derechos de la persona, el desarrollo en un ámbito comunitario y familiar, la participación de las personas y las obligaciones de los Estados ya no como un deber de abstención sino de acción, como garante último de la promoción y realización de estos derechos (SANTOS,2002).

Analizando ahora el principio rector de la Convención sobre Derechos del Niño, eso es el llamado “interés superior” ó “mejor interés” resulta que: *“*En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño*…”* (ONU,1989).

Pero que se entiende por “interés superior”? La labor interpretativa del Comité de la CDN lo define “El objetivo del concepto de interés superior del niño es garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo holístico del niño” (ONU,2013) en tanto que “desarrollo holístico” abarca al desarrollo físico, mental espiritual, moral, psicológico y social del niño” ONU, 2003).

Por su parte, la legislación interna argentina dice que “Se entiende por interés superior de la niña, niño y adolescente la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos y los que en el futuro pudieren reconocérsele” de acuerdo a la definición dada por el art.3 de la Ley 26061(ARGENTINA,2005).

Ese desarrollo integral comprende los aspectos físicos, mental, espiritual, moral, psicológico y social. No es acaso ese desarrollo integral una síntesis convergente con el concepto de salud en cuanto proceso en cuya constitución compleja se entretejen múltiples factores? (SAMAJA,2009)

Siguiendo esa línea discursiva, cuando la CDN se ocupa del derecho a la salud (art. 24) y las obligaciones de los Estados al respecto, hace incapie en el **desarrollo de la atención primaria de salud**; combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros riesgos de contaminación del medio ambiente; asegurando la atención pre y post natal; la educación y apoyos a los padres para la aplicación de los principios básicos de salud; desarrollar atención sanitaria preventiva, orientando a los padres y servicios en materia de planificación familiar.

Si superponemos las definiciones de atención primaria en su versión garantista con el art.24 de la CDN encontramos las coincidencias, en un despliegue de derechos que se reitera aún una década después y a pesar las tensiones y del recorte al concepto de APS argumentados en la imposibilidad de su implementación y la propuesta de los organismos de crédito internacional.

La coincidencia es el resultado de la naturaleza de los derechos en juego, porque como derechos humanos no es posible el uno sin el otro (principio de interdependencia) no podemos hablar de salud sino lo hacemos simultáneamente de alimentos, de un medioambiente saludable, del enlace del niño con su familia y la comunidad, educación, higiene, una vivienda adecuada. Eso es protección integral: la satisfacción simultánea de los derechos reconocidos. La reiteración de los postulados en los documentos internacionales analizados, a pesar de los ámbitos y objetivos que orientaron a cada uno y su distancia temporal, dejan entrever su íntima vinculación.

Siendo plenamente operativos los derechos reconocidos en la CDN y la interpretación que su Comité ha realizado respecto del “interés superior” no es posible aceptar otra interpretación de la APS que no tenga por eje la integralidad.

No entenderlo así, lleva a violentar el principio de progresividad y no regresividad que rige a los derechos humanos y en particular a los sociales, económicos y culturales.

La declamada “salud integral” en armonía con el concepto de “interés superior” se encuentra con una planificación deficiente, insuficiente y fragmentada; proyectos aislados y falta de coordinación; limitaciones económicas de políticas regresivas, con recorte presupuestario de alto impacto, especialmente en dispositivos comunitarios, herramientas imprescindibles en salud mental y consumo problemáticos de sustancias, que -paradójicamente- “habilitan” recursos para la implementación de políticas represivas, desplazando la mirada y el esfuerzo de la **prevención-atención-cuidado** de la salud hacia el enfoque punitivo respecto de esa niñez otra que se percibe como peligrosa y delincuente.

CONCLUSIÓN:

La fragmentación que exhiben las políticas públicas contrarían la integralidad que reclaman los instrumentos internacionales. Las dificultades económicas, la negligencia, o impericia no pueden legitimar el recorte del concepto de salud integral.

De tal modo, toda interpretación y/o aplicación de una política pública de salud respecto de NNA respetuosa de la coherencia del sistema internacional, ha de hacer pie en la perspectiva integral propia de la visión plasmada en Alma Atta y ratificada posteriormente en la CDN y las interpretaciones de su Comité.

BIBLIOGRAFÍA

ASE, I, BURIJOVICH J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud:¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Salud Colectiva. 2009;5(1):27-47.

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS, ONU 1948.

ORGNIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution

Comité sobre los Derechos del Niño. Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1) Observación Gral. N°14. CRC/C/GC/14.ONU:2013.

Comité sobre los Derechos del Niño. Medidas generales de Aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (artículos 4 y 42y párrafo 6 del artículo 44). Observación Gral. N°5 ONU:2003, En: https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC5\_sp.doc

CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. ONU:1989, disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

LEY 26.061 PROTECCIÓN INTEGRAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. ARGENTINA:2005

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración de Alma Ata. Kazajstán: OMS;1978.

SAMAJA, Juan. Epistemología de la Salud. Ed. Lugar Buenos Aires 2009.

SANTOS, Boaventura de Sousa, Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos. El otro Derecho n°28 Bogotá Colombia 2002.