

LA PROBLEMÁTICA DE LA INTEGRACIÓN SANITARIA EN LA FRONTERA POSADAS (ARGENTINA)-ENCARNACIÓN (PARAGUAY)

The problematic of the sanitary integration in the
frontier Posadas, Argentina-Encarnacion, Paraguay

Florencia Itatí Almúa y Paula Antonella Aliprandini

Universidad Nacional de Misiones (Argentina)

Las ciudades de frontera Posadas (Misiones, Argentina) y Encarnación (Itapúa, Paraguay) ponen en contacto dos sistemas divergentes de atención sanitaria: por un lado, Argentina garantiza la atención universal y gratuita y, por su parte, Paraguay transita con leves avances hacia la gratuidad, pero aún con deficiencias y retrasos en su infraestructura y oferta sanitaria. Esto genera una gran afluencia de pacientes paraguayos hacia los nosocomios de Posadas, provocando situaciones de tensión xenófoba que inducen a muchos pacientes paraguayos al desarrollo de diversas estrategias legales y cuasilegales de radicación en Argentina. Este trabajo expone algunos de los principales resultados obtenidos en el marco del Proyecto de Investigación 16E-179 «Transfrontera Sur II. Procesos de metropolización binacional transfronteriza en el Cono Sur. Posadas-Encarnación, 2016-2018», de la Facultad de Ciencias Económicas en la Universidad Nacional de Misiones (Argentina). Se propuso un estudio exploratorio, donde se analizó la legislación vigente en Argentina a fin de determinar la situación del paciente paraguayo que cruza la frontera en busca de atención médica. Se concluyó que resulta necesario adecuar las normativas respetando los preceptos constitucionales y tratados internacionales, sin perder de vista la diversificación en cuanto a las características propias de cada provincia argentina.

Palabras clave

Integración fronteriza, inequidad sanitaria, legislación, convenio, tensión

The frontier cities Posadas (Misiones, Argentina) and Encarnacion (Itapua, Paraguay) connect two divergent systems of health care: on the one hand, Argentina guaranteeing universal and free care and, on the other hand, Paraguay, facing some advances towards the gratuity, but still with deficiencies and delays in its infrastructure and health supply. This generates a large influx of Paraguayan patients to Posadas hospitals, causing situations of xenophobic tension that induce many Paraguayan patients to develop various legal and quasi-legal strategies for settlement in Argentina. This work exposes some of the main results obtained in the framework of the Research Project 16E-179 "Transfrontera Sur II. Procesos de Metropolización Binacional Transfronteriza en el Cono Sur. Posadas-Encarnacion, 2016-2018", from the Faculty of Economic Sciences at Universidad Nacional de Misiones, Argentina. It was proposed in an exploratory study, where the current legislation in Argentina was analyzed in order to determine the situation of the Paraguayan patient who crosses the frontier searching medical care. As a conclusion, it is necessary to adapt the regulations respecting the constitutional precepts and international treaties, without losing sight of the diversification in terms of the characteristics of each Argentine province.

Keywords

Frontier integration, sanitary inequity, legislation, agreement, tension

Introducción

La discriminación negativa es una acción que dificulta el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales de una parte considerable de la población, más aún cuando la misma está legitimada por algún ordenamiento jurídico de un país determinado. La situación adquiere mayor complejidad cuando un sistema legal que brinda derechos y deberes a sus ciudadanos debe tratar a personas de otras nacionalidades. En estos casos, los constituyentes y legisladores de cada país deberán decidir si el extranjero tendrá los mismos derechos y deberes que los nacionales (ya sean civiles, políticos, económicos o sociales) y analizar si los mismos son compatibles o no con el derecho internacional.

Argentina y Paraguay son países limítrofes integrados comercialmente a través del acuerdo del Mercosur, pero que presentan grandes diferencias socioeconómicas, entre ellas, en su sistema y cobertura de salud: Argentina lo garantiza de manera universal y gratuita, mientras que Paraguay, a pesar de tener un leve grado de avance hacia la gratuidad, posee aún considerables deficiencias.

Una de las consecuencias de las inequidades sanitarias entre Argentina y Paraguay se refleja en la presencia de pacientes paraguayos que cruzan la frontera en busca de atención médica. Particularmente en la provincia de Misiones, la presencia (muchas veces masiva) de pacientes paraguayos en sus hospitales genera la sensación de ver disminuidas las posibilidades para pacientes nacionales en favor de los extranjeros y lleva, en varias oportunidades, a conductas discriminatorias por parte de la población misionera y también de muchos profesionales médicos.

Esto hace necesario conocer la legislación vigente, no solo a fin de defender los derechos de los pacientes nacionales, sino también para evitar conductas discriminatorias frente al goce de los derechos de las demás personas.

Problema: composición del sistema público de salud, cobertura médica y gasto en salud

Para entender los motivos que justifican la afluencia de pacientes paraguayos hacia los hospitales públicos de las ciudades fronterizas de la provincia de Misiones (Argentina), resulta necesario analizar tres ejes fundamentales: la composición del sistema público de salud en ambos lados de la frontera, la situación de cobertura médica y el gasto en salud realizado por los respectivos Estados.

En primer lugar, el sistema de salud de Argentina está compuesto por los subsectores público, privado y de la seguridad social. El subsector público

comprende a los efectores de los diferentes niveles y jerarquías cuyo financiamiento depende exclusivamente de los aportes del Estado. El subsector privado representa a los seguros voluntarios o de medicina prepaga y se financia exclusivamente por pagos directos de quienes lo contratan. Finalmente, el subsector de la seguridad social comprende a las obras sociales nacionales y provinciales, financiadas por los aportes patronales correspondientes. Esto genera fragmentación y segmentación del mismo, determinado en gran parte por la organización federal del país, donde cada una de las veintitrés provincias retiene su autonomía y responsabilidad constitucional para ejercer las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2017). La fragmentación del sistema se expresa básicamente en las distintas fuentes de financiamiento, las diferentes coberturas y los regímenes y órganos de control y fiscalización (Galli *et al.*, 2017).

En cuanto a oferta de salud en la provincia de Misiones, el sistema se encuentra organizado por seis Zonas de Salud. El modelo de atención se plantea por niveles: en el primer nivel de atención, también llamado de baja complejidad, establece un conjunto de acciones y servicios para la promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud en especialidades básicas, incluidos los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS); el segundo nivel de atención, o mediana complejidad, es para aquellas prestaciones que impliquen atención especializada, ya sea esta ambulatoria o internación, para lo cual prioriza el fortalecimiento de los hospitales departamentales con capacidad de internación en especialidades básicas; finalmente, el tercer nivel de atención, también llamado modelo de calidad, contempla acciones y servicios de alta complejidad médica y tecnológica. Este último nivel se integra por los hospitales referenciales de cada Región Sanitaria y de toda la provincia. Actualmente, la provincia cuenta con seis hospitales de alta complejidad: el Hospital Samic Iguazú Doctora Marta Shuartz, Samic Eldorado, Samic Oberá, Hospital de Pediatría Doctor Fernando Barreyro, Hospital Materno Neonatal y Hospital Escuela de Agudos Doctor Ramón Madariaga. Los últimos tres se ubican en la ciudad de Posadas. Durante la última década, la provincia se ha caracterizado por un crecimiento significativo, impulsado por una alta inversión pública en infraestructuras, recursos humanos e insumos por parte del Gobierno Provincial.

Por su parte, el Sistema Nacional de Salud de Paraguay creado por la Ley 1032/96 se compone de dos grandes subsectores: el público y el privado. El primero está representado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), el Instituto

de Previsión Social (IPS), la Sanidad Militar, la Sanidad Policial, la Universidad Nacional de Asunción y los servicios asistenciales de las empresas descentralizadas Itaipú y Yacyretá. Este subsector se financia con recursos provenientes del Tesoro público, de los aportes de los trabajadores asalariados, la contribución patronal y la contribución del Estado. El subsector privado incluye a las aseguradoras privadas, los prestadores con y sin fines de lucro y los prestadores mixtos. Financian la prestación de sus servicios con las primas de seguros privados, pagos de bolsillo, donaciones y recursos propios, según el caso. Las instituciones mixtas se financian con una combinación de los dos tipos de recursos, como es el caso de la Cruz Roja paraguaya, que además de las donaciones hechas por una fundación privada cuenta con el apoyo del MSPyBS, que paga los salarios de su personal. Esta composición hace que el sistema de salud sea fragmentado y segmentado (Mancuello Alum y Cabral de Bejarano, 2011), «sostenido por un alto gasto proveniente de los hogares y con coberturas territoriales asimétricas (Giménez Caballero, 2012: 6).

Giménez Caballero señala que, ante el caso de una enfermedad, solo las personas que se encuentran aseguradas ante el Instituto de Previsión Social (IPS) o que poseen un seguro privado tienen derecho a prestaciones concretas y garantizadas. Aquellas personas que dependen de la provisión de servicios por parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (porque no tienen seguro) dependen de la disponibilidad de servicios en un momento dado. Esto determina que el acceso a los servicios sanitarios en Paraguay dependa fundamentalmente de la capacidad de pago de las personas.

La oferta sanitaria de Paraguay se organiza básicamente en XVIII Regiones Sanitarias. La ciudad de Encarnación, como parte del departamento de Itapúa, forma parte de la VII Región Sanitaria Itapúa. En cuanto al modelo de atención, también lo ordena por niveles de baja, mediana y alta complejidad.

Desde el año 2008, Paraguay se ha destacado por la incorporación a su oferta pública de salud de las denominadas Unidades de Salud de la Familia (USF), las que constituyen una puerta de entrada al sistema de salud en Paraguay y forman parte de la estrategia de fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud. Según el informe del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social *Análisis de situación de salud. Eje Sur. Itapúa-Ñeembucú-Misiones* (2012), para el año 2012 la región de Itapúa contaba con 51 USF instaladas, pero aun así necesitaba al menos triplicar dicho número para cubrir territorialmente su población. Ahora bien, según un informe del mismo organismo, para el año 2016, el departamento de Itapúa contaba con tal solo 59

USF instaladas (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2017). Esta situación, donde las USF no son suficientes para atender la demanda de atención primaria, genera que los hospitales de mayor complejidad se vean colapsados. De esta forma, los pacientes que requieren atenciones menos prevalentes o más complejas ven reducidas sus posibilidades en los hospitales públicos de su ciudad, siendo una de las causales por las que se ven obligados a cruzar la frontera en busca de dicha atención sanitaria.

La ciudad de Encarnación es el municipio capital del departamento de Itapúa; alberga una población predominantemente urbana de 118.300 habitantes y es la tercera ciudad más importante del Paraguay, luego de Asunción y Ciudad del Este (Britez, 2015). Respecto de los indicadores hospitalarios para la ciudad, no se dispone de información oficial acerca de la composición y estructura de la oferta de salud.

En la tabla 1 (p. 192) se exponen algunos de los indicadores que denotan las asimetrías y la confrontación de dos sistemas divergentes, en función a los datos oficiales publicados por la Organización Panamericana de la Salud y diferentes organismos públicos dependientes de los ministerios de salud de ambos países.

Los datos más significativos se relacionan con la proporción población/USF-CAPS, donde la Provincia de Misiones –con poco más del doble de población– dispone de una cantidad casi cuatro veces mayor de establecimientos destinados a satisfacer la demanda de atención primaria. Por otra parte, en el número de hospitales de alta complejidad también Misiones lleva ventaja, pues concentra en su ciudad capital tres de los seis efectores. Finalmente, se observa que el número de camas en la VII Región Sanitaria de Itapúa apenas llega a 0,7 camas por cada mil habitantes, lo que se considera insuficiente para cubrir la demanda (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2012).

La oferta de salud en Posadas (Argentina) ha presentado avances y desarrollos durante la última década apostando por la descentralización de la salud, el fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud (APS) y la modernización del sistema de prestaciones público-privado a través de la incorporación de infraestructuras de alta complejidad. En tanto que, como se ha demostrado, en Itapúa la oferta de servicios sanitarios aún sigue siendo insuficiente y con cierto grado de retraso. Esta diferencia histórica entre ambos países en los servicios públicos de atención a la salud produce en las regiones de frontera una alta demanda de servicios sanitarios por parte de los ciudadanos paraguayos en los hospitales públicos de las ciudades argentinas, particularmente de Posadas.

TABLA 1
Principales indicadores sanitarios. Período 2015-2016

	Región o Zona Sanitaria		Ciudad fronteriza	
	VII Itapúa (Paraguay)	Misiones (Argentina)	Encarnación (Paraguay)	Posadas (Argentina)
Población	576.577	1.189.446	118.300	358.198
N.º total de establecimientos de salud dependientes de los ministerios	106	396	n/d	54
USF o CAPS para Atención Primaria de la Salud	59	351	6	46
N.º Hospitales de alta complejidad	1	6	1	3
N.º de camas establecimientos de salud dependientes de los ministerios	430	1606	n/d	596
N.º de camas por 1.000 hab. de establecimientos de salud dependientes de los ministerios	0,7	1,4	n/d	1,7

Fuente: Boletines de estadísticas hospitalarias OPS-OMS y Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones. Dirección de Programación y Planificación del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones. Balance de Gestión Anual 2016 MSPyBS de Paraguay. (Elaboración propia).

En cuanto a la cobertura médica, mientras Argentina garantiza desde hace varias décadas la salud pública, universal y gratuita a todos sus habitantes, Paraguay solo recientemente ha comenzado a andar el camino hacia la gratuidad en la atención sanitaria, presentando aún un grado de avance incipiente. De acuerdo al último censo poblacional del año 2010, el 36% de la población argentina no tenía seguro médico, es decir, que solo accedían a los servicios de salud brindados por el sector públi-

co; en tanto que en Paraguay, para el año 2011, este porcentaje ascendía a un 74,4%. Considerando las Encuestas Permanentes de Hogares (EPH) de ambos países para el cuarto trimestre del año 2016, se observa que dichos porcentajes no han sufrido grandes variaciones: para el total de aglomerados de Argentina, resultó que un 30,1% –sobre una muestra de 27.344.830 personas– declaró no contar con ningún tipo de seguro médico (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2018); en tanto que en Paraguay este porcentaje ascendió a 74% sobre un total de 6.854.502 habitantes (Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, 2018).

Particularmente, en lo que refiere a la región fronteriza en estudio, los porcentajes de cobertura médica no distan significativamente de las medias nacionales: de acuerdo a las EPH, para el aglomerado Posadas (Argentina) en el cuarto trimestre del 2015 el 32,40% de la muestra (354.862 personas) declaró no contar con cobertura médica (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2018); asimismo, para el departamento de Itapúa, sobre un total de 561.486 personas, el 80,50% no tenía seguro médico (Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, 2018).

En relación al Producto Bruto Interno (PBI), Paraguay hace gastos considerables en salud y sus indicadores han tenido una gran mejoría en los años recientes. Pero aun así, estos resultados son modestos y el país no ha podido cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) ni los de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Rodríguez y Villalba, 2016). De acuerdo a datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en términos relativos al PBI, el gasto de Paraguay en salud es de los mayores de América. Para el año 2012, este indicador ascendió al 10,3%, en tanto que para Argentina representó un 8,5% en el mismo período. Ahora bien, es importante destacar que, para el primer caso, el 6% corresponde a gasto privado y el 3,4 a gasto público; en tanto que en Argentina esos porcentajes ascienden a 2,6% y 5,9%, respectivamente. Así, Paraguay es uno de los países con mayor gasto privado en salud.

Para el año 2014, el promedio de gasto por persona en América Latina era alrededor de 718 dólares estadounidenses. Argentina y Paraguay reportaron para ese año un gasto per cápita en salud de 605,2 y 464,1 dólares, respectivamente. Así, a pesar de que Paraguay es uno de los países con mayor gasto en salud con relación al PBI, esto no se ve reflejado a la hora de analizar el gasto por persona (Benítez, 2017).

En este sentido, desde fines de la década pasada, estudios de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Panamericana de Salud daban cuenta de que los sistemas de salud tien-

den a ser equitativos en la medida que presentan un fuerte componente de gasto público –superior al 60%– y un bajo aporte de bolsillo. Según las estadísticas mundiales, un porcentaje significativo del gasto en salud de Paraguay es financiado por las propias familias a través del gasto de bolsillo, lo que, a priori, plantea una menor equidad de su sistema sanitario (Briner y Aloia, 2012).

Este dato estaría indicando la necesidad de una mayor participación por parte del Estado paraguayo en la provisión de los servicios sanitarios a su comunidad, para garantizar una mayor equidad.

Las diferencias significativas en las políticas de salud pública a ambos lados de la frontera llevan a una asignación desigual y poco equitativa de los servicios sanitarios entre los pobladores de la región.

La problemática planteada nos lleva a hacernos la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las garantías establecidas en la legislación internacional, nacional y provincial en lo referido a la atención sanitaria a pacientes extranjeros sin residencia legal en el país?

Metodología

Se utiliza un enfoque cualitativo con alcance exploratorio-descriptivo, donde se utilizan diferentes técnicas para la recolección de datos: la observación no estructurada, entrevistas abiertas a profesionales de la salud y pacientes, revisión de documentos y normativas legales referentes a la atención médica de pacientes transfronterizos en este hospital de referencia regional.

Inequidades sanitarias y la sensación del paciente extranjero

Argentina y Paraguay, y particularmente la provincia de Misiones con las ciudades fronterizas paraguayas, denotan grandes asimetrías en lo que a servicios de salud se refiere. Por un lado, la última década se ha caracterizado por un crecimiento significativo de la oferta de salud de Misiones. Esto ha significado una alta inversión pública tanto en infraestructura como recursos humanos e insumos por parte del Gobierno Provincial.

Por su parte, la lenta recuperación del sector salud en Paraguay no ha presentado grandes avances, lo que contribuye a que gran parte de la población fronteriza recurra a los hospitales públicos misioneros en busca de atención médica, bien sea por cuestiones de distancia, de coste o de beneficios derivados de poseer la nacionalidad argentina.

En cuanto a esta situación, cabe destacar la cantidad considerable de paraguayos que han obtenido la nacionalidad argentina al solo efecto de beneficiarse de los servicios sociales y de salud. Al respecto, el cónsul de la República del Paraguay, Heriberto Gamarra Fernández, declaró a un diario local:

La mayoría de los casos son por cuestiones de salud, por la calidad de los profesionales que hay en los hospitales públicos. Si bien muchos paraguayos han sido atendidos sin radicación en el Hospital Madariaga, siempre hay personas que vienen a tramitar su residencia, más que nada por cuestiones médicas, sobre todo embarazadas. (Citado en (2015): *Territorio Digital*, lunes 13 de julio de 2015, recuperado de <http://www.territorioidigital.com/notaimpresa.aspx?c=4577468694744448>).

Además, el diplomático manifestó que la mayoría de la gente es de la zona del departamento de Itapúa, quienes no pueden trasladarse hasta la capital paraguaya por cuestiones de distancia, por lo que les conviene venir hasta la jurisdicción posadeña.

Frente a esta situación, se ha entrevistado durante los últimos años a numerosos pacientes paraguayos que se encontraban por diferentes motivos en el Hospital Escuela de Agudos Doctor Ramón Madariaga, de la ciudad de Posadas, a fin de conocer qué los obliga a cruzar las fronteras y cuál es su situación migratoria particular. A continuación, a modo de ejemplo, se exponen solo algunas de las entrevistas más significativas.

... Mi hermano se dializa acá tres veces por semana... Él tiene DNI argentino, así que no le hacen pagar nada... No vive en Posadas, va y viene [del Paraguay]... Lo atienden bien, de maravilla... (Mujer paraguaya, hermana de un paciente paraguayo).

... Mi mamá es la que viene, porque se operó y tiene nacionalidad argentina... A mi mamá la operaron acá solo porque tiene DNI, no vive acá, ella va y viene... Este hospital tiene insumos e infraestructura excelentes, tiene la última tecnología. Allá [Encarnación], el hospital no es así, tienen muchas carencias, no cuentan con todo, es prácticamente imposible tener un buen servicio. Allá las clínicas privadas son casi iguales que acá, hay que pagar, pero la atención pública es muy mala, te atienden muy rápido, si no es algo de vida o muerte te hacen esperar o te derivan a lugares donde la cola es muy larga, la consulta no se paga, pero, si no hay medicamentos o insumos, nos piden una inyección, aguja, la jeringa, cosas básicas y que deberían tener... (Mujer paraguaya, hija de pacientes paraguayos).

Yo es la primera vez que vengo, pero mi mamá hace tiempo ya que viene. Somos más del interior de Paraguay [se refiere a que no viene de Encarnación]. Venimos acá uno por el costo, porque la plata de Paraguay vale el triple más que acá. Allá se atiende bien también, pero no como acá. (Ciudadano de nacionalidad paraguaya).

Somos de Encarnación. De parte nuestra la atención es muy buena... Todo pasa por la documentación, en nuestro caso nuestro familiar tiene DNI, es la forma más rápida de acceder, no nos cobran nada por la atención. Nos pasamos acá para atendernos, pero vivimos allá... Para una buena atención tenemos que ir a Asunción, hay muchos más kilómetros que venir hasta acá. Por la distancia y la documentación nos conviene acá, porque vamos y venimos en el día, sin embargo hasta Asunción son cinco o seis horas de viaje, que es imposible en caso de urgencias... En Encarnación solo para el sector privado, la salud pública es muy carente. Tenemos a mi papá en la guardia, él es paciente de acá hace un año y está en tratamiento paliativo, porque tiene cáncer de pulmón. Estamos muy conformes con la atención. (Esposa, hija y yerno del paciente paraguayo, Emergencias del Hospital Escuela de Agudos Doctor Ramón Madariaga, Misiones).

Los casos analizados denotan pacientes nacionalizados que cruzan la frontera en busca de prácticas médicas que representan un alto riesgo y un alto coste: cirugías, diálisis, tratamientos paliativos de cáncer, entre muchos otros. De ahí, la preocupación de parte de los directivos de los hospitales que se deben enfrentar a estas externalidades con costes irre recuperables. Esto último se debe a que los pacientes nacionalizados, además de no abonar directamente por esos servicios, tampoco lo hacen de forma indirecta, ya que, al no vivir en la provincia, no pagan impuestos que puedan compensar los costes.

El marco jurídico de la salud y del extranjero en la República Argentina

Una de las cuestiones más discutidas y con mayor variedad de posturas y opiniones está relacionada con las reglas de juego que rigen la atención médica al paciente extranjero en los hospitales públicos argentinos: ¿corresponde o no corresponde el pago del paciente extranjero por la atención recibida en el sistema de salud argentino?

Este debate ha sido planteado en el informe elaborado por el Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Lanús y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2013) denominado *Niñez, migraciones y derechos humanos en Argentina. Estudio a 10 años de la Ley de Migraciones*. En el mismo se plantea cierto desconocimiento de la Ley de Mi-

graciones 25.871/2003 por los agentes del sistema de salud pública de la ciudad de Posadas. Por ello resulta conveniente un análisis exhaustivo del marco legal que permita determinar la situación del paciente extranjero.

Argentina y Paraguay son países limítrofes integrados comercialmente a través del acuerdo del Mercosur, pero que presentan grandes diferencias socioeconómicas, entre ellas, en su sistema y cobertura de salud

La salud del paciente extranjero en la Constitución Nacional Argentina

La Constitución Nacional establece en la parte de los derechos y garantías de los habitantes del país la primera referencia al extranjero como sujeto diferenciado del ciudadano argentino, pero portador de similares derechos civiles, sin mencionar otros tipos de derechos.

Artículo 20. Los extranjeros gozan en el territorio de la nación de todos los derechos civiles del ciudadano; pueden ejercer su industria, comercio y profesión; poseer bienes raíces, comprarlos y enajenarlos; navegar los ríos y costas; ejercer libremente su culto; testar y casarse conforme a las leyes. No están obligados a admitir la ciudadanía, ni pagar contribuciones forzosas extraordinarias. Obtienen nacionalización residiendo dos años continuos en la nación; pero la autoridad puede acortar este término a favor del que lo solicite, alegando y probando servicios a la República.

Entre las reformas introducidas en 1994, se establece en el artículo 75, inciso 22, que los instrumentos internacionales de derechos humanos gozan de jerarquía constitucional y, en ese sentido, dentro de varios tratados aparecen referencias en cuanto al derecho a la salud y al trato que las leyes deben realizar al ciudadano argentino y al extranjero.

Artículo 75, inciso 22. Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes [...]. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos

Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención Sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; la Convención Sobre los Derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos [...].

De esta manera, la Constitución Nacional Argentina no determina de manera explícita la situación particular del paciente extranjero que solicita atención en los hospitales públicos del país. Por ello, surge la necesidad de ampliar el análisis de la normativa legal a fin de determinar las condiciones de su acceso a la atención en salud pública.

Normas internacionales

Entre los instrumentos internacionales de derechos humanos que tienen jerarquía constitucional y que tratan sobre el derecho a la salud, se hallan los siguientes:

1. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre:

Artículo 11. Derecho a la preservación de la salud y al bienestar. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

En este artículo cabe destacar que no hay precisión de si el término «toda persona» incluye o no a los extranjeros. Por otro lado, el término «asistencia médica, correspondiente al nivel que permitan los recursos públicos» dejaría cierta discrecionalidad a cada Estado en cuanto al alcance del acceso a la salud, considerando sus recursos.

2. Declaración Universal de Derechos Humanos:

Artículo 2. Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen

nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona [...].

Artículo 25. 1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar [...].

3. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Protocolo Adicional a la Convención Protocolo de San Salvador).

Firmado y ratificado por Argentina y Paraguay en los años 2003 y 1997, respectivamente, respecto del derecho a la salud el protocolo establece:

Artículo 3. Los Estados partes en el presente Protocolo se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Artículo 10. 1) Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. **2)** 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 este derecho: [...]

b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado [...].

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.

En este tratado cabe destacar el artículo 3, que vuelve a establecer la igualdad de derechos sin discriminar el origen nacional. Ahora bien, el artículo 10, si bien otorga a la salud el carácter de «bien público», extiende el derecho de los beneficios a la jurisdicción de cada Estado, entendiéndose como limitador de responsabilidades. En el marco de ciudades fronterizas, esto podría resultar confuso.

4. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).

El PIDESC es la normativa internacional que más relaciona el reconocimiento de derechos con la cooperación internacional entre los países:

Artículo 2. 1) Cada uno de los Estados partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente [...]

la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos. **2)** Los Estados partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. **3)** Los países en desarrollo, teniendo debidamente en cuenta los derechos humanos y su economía nacional, podrán determinar en qué medida garantizarán los derechos económicos reconocidos en el presente Pacto a personas que no sean nacionales suyos.

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 [...].

5. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC): Observación general n.º 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales):

Artículo 30. No se debe impedir el acceso a los derechos amparados en el Pacto por razones de nacionalidad [...].

Artículo 34. El ejercicio de los derechos reconocidos en el Pacto no debe depender del lugar en que resida o haya residido una persona, ni estar determinado por él [...]. Es preciso erradicar, en la práctica, las disparidades entre localidades y regiones, por ejemplo, garantizando la distribución uniforme, en cuanto al acceso y la calidad, de los servicios sanitarios de atención primaria, secundaria y paliativa.

Considerando los artículos anteriores, los puntos coincidentes son: la garantía del derecho a la salud, la no discriminación por nacionalidad y la cooperación internacional. En muchos artículos queda clara la igualdad entre nacionales y extranjeros en el acceso a la salud, mientras que en otros se deja ciertos resquicios para que cada Estado defina los alcances de cada derecho a personas que no sean nacionales. De esta manera, surge la necesidad de continuar el análisis hacia la legislación nacional para emitir un veredicto final y certero.

El derecho a la salud y el acceso de los extranjeros en las leyes nacionales argentinas

A nivel nacional, la Ley de Migraciones n.º 25.871, sancionada el 17 de diciembre de 2003, regula lo relacionado a la situación de los extranjeros en la República Argentina. A continuación, se exponen los artículos pertinentes a la situación de los extranjeros y a su derecho a la salud:

Artículo 2. A los fines de la presente ley se entiende por «inmigrante» todo aquel extranjero que desee ingresar, transitar, residir o establecerse definitiva, temporaria o transitoriamente en el país conforme a la legislación vigente.

Artículo 6. El Estado, en todas sus jurisdicciones, asegurará el acceso igualitario a los inmigrantes y sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales, en particular lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social.

Artículo 8. No podrá negársele o restringírsele en ningún caso el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria [...].

Artículo 13. A los efectos de la presente ley se considerarán discriminatorios todos los actos u omisiones determinados por motivos tales como etnia, religión, nacionalidad, ideología, opinión política o gremial, sexo, género, posición económica o caracteres físicos, que arbitrariamente impidan, obstruyan, restrinjan o de algún modo menoscaben el pleno ejercicio sobre bases igualitarias de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución nacional, los tratados internacionales y las leyes.

En función de esta ley, los pacientes extranjeros que se presenten en los hospitales públicos de cualquier parte del territorio argentino gozan del derecho de atención universal y gratuita en las mismas condiciones que el paciente nacional.

Teniendo en cuenta esta normativa nacional, se analiza a continuación la legislación de la provincia de Misiones y la sanción de la ley que crea el Parque de la Salud Doctor Ramón Madariaga, del año 2011.

El derecho a la salud en la legislación de la provincia de Misiones

En lo que se refiere a la provincia de Misiones, el 13 de septiembre de 2007 la Cámara de Representantes de la provincia aprobó por unanimidad la Ley Provincial de Salud XVII, n.º 58 (Antes Ley 4.388), después de cincuenta y cuatro años de ser contemplada por la Constitución provincial. Respecto de la situación de los pacientes extranjeros en relación a su derecho de atención sanitaria, la ley expresa:

Artículo 5. La política de salud de la provincia de Misiones se regirá por los siguientes principios básicos: a) universalidad: todos los habitantes en el territorio provincial tienen derecho a recibir la prestación de servicios de salud; sean ciudadanos argentinos, nativos o por opción. Se incorporarán al sistema de universalidad, aquellos individuos que acrediten estar en tránsito en la provincia –turismo

y/o negocios– y aquellos pertenecientes a países que tengan convenios de reciprocidad de atención sanitaria con la República Argentina, en igualdad de condiciones [...].

De lo mencionado hasta el momento, no surgen inconvenientes respecto de la situación del paciente extranjero, que por derecho debe recibir atención sanitaria en las mismas condiciones de universalidad y gratuidad que los pacientes nacionales.

Lo que se refiere al recupero de costes de los hospitales públicos de la provincia de Misiones, se rige por la Ley XVII, n.º 17 (antes Ley 2.925), sancionada el 28 de mayo de 1992. El Decreto Reglamentario de esta Ley, n.º 488 del 19 de abril del 2000, en su artículo número 2 establece como sujeto de pago (entre otros) a los extranjeros sin residencia legal en el país, quienes abonarán la totalidad de los gastos que demande la prestación. Tales gastos incluyen los honorarios profesionales, gastos sanatoriales y la provisión de insumos médicos, farmacológicos, servicio de enfermería, prácticas específicas y cualquier otro gasto que ocasione la prestación (Decreto Reglamentario, n.º 488, 2000).

En virtud de lo expuesto hasta el momento, esta norma es discriminatoria en tanto que establece una diferenciación basada en la situación migratoria del paciente, en contradicción con los artículos 6.º y 8.º de la Ley de Migraciones.

Por otra parte, el 8 de julio del 2011 entró en vigencia la Ley que concibe el Parque de la Salud de la Provincia de Misiones Doctor Ramón Madariaga (Ley XVII, n.º 70). En su Decreto Reglamentario (Decreto n.º 83/2012) quedan también bien definidos quiénes están obligados al pago por los servicios sanitarios: los ciudadanos con cobertura de obra social, las entidades de medicina prepaga, las compañías de seguros, empleadores en general, extranjeros sin residencia legal en el país y terceros obligados.

La inconsistencia en el marco normativo provincial en cuanto al pago de los servicios de salud a los extranjeros sin residencia legal en el país produce un vacío normativo que deja en estado de desprotección a los pacientes extranjeros al tiempo que abona un terreno fértil para la interpretación arbitraria de la norma y los actos discriminatorios, poniendo muchas veces en riesgo la vida de los pacientes extranjeros.

En lo que a derechos humanos se refiere, esta sería la situación ideal. Ahora bien, los países emergentes ¿están preparados para dar respuesta a este tipo de cobertura universal y en Argentina además gratuita? ¿En qué medida la atención al paciente extranjero no perjudica al paciente nacional a la hora de la asignación de los recursos?

Para esta temática, se entrevistó a varios profesionales de la salud que desempeñan tareas en el área sanitaria de la provincia de Misiones. Se destacan algunos de los resultados:

El tema es así: muchos médicos conocemos la Ley nacional, sabemos que no se debe cobrar a los pacientes extranjeros, pero acá hay un tema con el recupero de costos, una norma interna que dice que sí debemos cobrar. Yo, en lo personal, tuve inconvenientes de pacientes que se pusieron a gritar en el pasillo que ellos no tenían para pagar y que nos iban a denunciar. Así que yo prefiero comerme un juicio administrativo (que es interno) antes que un Habeas Data del paciente... (Médico Traumatólogo, Hospital Escuela de Agudos Doctor Ramón Madariaga, Misiones).

La atención a pacientes paraguayos es una problemática que está latente desde siempre. Ellos vienen con patologías graves casi siempre y nosotros, como médicos, no podemos tratarlos como pacientes ambulatorios porque si salen a la calle y mueren es nuestra responsabilidad... El problema es que se trata de tratamientos caros y que muchas veces el hospital realmente no puede hacerse cargo ni de los pacientes misioneros [...]. (Médico, Hospital de Eldorado, Misiones).

Acá lo que se ve mucho son madres paraguayas que vienen ya a punto de parir. Con la excusa de que justo vinieron a hacer compras y se descompensaron, llegan ya con medio bebé fuera. ¿Y qué queda por hacer? Hay que atenderlas, y no son pacientes que tengan documentos argentinos y mucho menos residencia. Ahora sí, esos bebés salen de maternidad con todo para poder acceder a documentos argentinos, pero se van derecho a su país. El pato siempre lo pagamos nosotros... (Enfermera, Hospital Materno Neonatal, Misiones).

Una de las consecuencias de las inequidades sanitarias entre Argentina y Paraguay se refleja en la presencia de pacientes paraguayos que cruzan la frontera en busca de atención médica

Al respecto, un informante con alto grado de decisión en uno de los hospitales públicos más importantes de la provincia de Misiones, como lo es el Hospital Pediátrico Doctor Fernando Barreyro, referente de la zona y único centro de derivación para casos de alta complejidad de toda la provincia, expresó:

Acá nosotros tenemos una situación de frontera, donde muchos pacientes en realidad nacen acá pero viven allá. Entonces el paciente que viene con documento argentino, por más que viva en Paraguay, es un ciudadano argentino y eso hace que los números sean diferentes a los reales... Lo que hace que vengan acá es la cantidad y calidad de servicios, o sea la calidad de profesionales, la calidad de infraestructura de la salud pública y el no pago hacen que ellos puedan acceder a servicios de la salud pública que es gratuita para todos. A los extranjeros se les cobra cuando podés determinar si es extranjero... Si vienen con el DNI paraguayo, se les cobra un valor que no es el que se cobraría en un consultorio privado. Le cobramos la consulta, le cobramos las prácticas, la internación y los insumos que tienen muchísimo costo que tenemos que comprar nosotros... Necesitaríamos, sí, un mejor control migratorio, porque la ambulancia pasa y viene, entonces de pronto por una cuestión humanitaria no le podemos dejar morir, entonces le das la asistencia de urgencia, pero a veces esa asistencia de urgencia significa una cama de terapia, un quirófano, una práctica de complejidad o, a veces, inclusive contratar un servicio que a veces nosotros no tenemos y tenemos que pagar; el hospital paga afuera... Lo que sí me parece que falta es que haya una articulación real de compromiso entre los gobiernos. O sea, si nosotros le vamos a brindar servicios de salud, ¿qué nos va a brindar Paraguay? A lo mejor no servicios de salud en sí mismo, capaz que sea otra cosa, pero que nos permita tener esos beneficios.

Teniendo en cuenta que la salud pública en la Argentina es administrada por las provincias como unidades subnacionales y que son los funcionarios y médicos provinciales los que en la práctica brindan dicho servicio, es oportuno destacar que el artículo 124 de la Constitución Nacional Argentina brinda un marco para la firma de convenios entre las provincias y actores internacionales, siempre que sean compatibles con la política exterior de la nación.

A los efectos de proponer una resolución entre ambos países para atender esta problemática que tiene profundidad histórica y se agrava en coyunturas particulares, en diciembre de 2008 los gobernadores del departamento de Itapúa y de la provincia de Misiones firmaron un Convenio Marco de Colaboración y Cooperación entre ambas gobernaciones. En marzo de 2010, se firmó el convenio para la prestación de servicios médicos entre dichas regiones; y el 20 de abril del mismo año se aprobó en la ciudad de Encarnación el Manual que formaría parte anexa de dicho convenio.

El convenio marco entre Misiones (Argentina) e Itapúa (Paraguay)

La constante demanda de ciudadanos paraguayos en los hospitales misioneros, concretamente el Parque de la Salud ubicado en Posadas, llevó a que las autoridades de la provincia de Misiones y de Itapúa firmaran un convenio internacional para tratar de ordenar la situación. Se trató del Convenio de Normatización de Traslados y Atención Integral de Pacientes de Nacionalidad Paraguaya en Hospitales Posadeños, suscrito el 20 de abril de 2010 en la ciudad de Encarnación por el gobernador de Misiones, Maurice Closs, y el gobernador de Itapúa, Juan Afara.

El convenio establece que todos los pacientes paraguayos internados en hospitales o centros de salud de Itapúa deberán contar con una orden de derivación firmada por la Secretaría de Salud de esta unidad subnacional para ser internados en tres nosocomios de Misiones ubicados en Posadas: el Hospital Escuela de Agudos Doctor Ramón Madariaga, el Hospital de Pediatría Doctor Fernando Barreyro y el Servicio de Perinatología del Hospital Doctor Ramón Madariaga (es decir, los hospitales del Parque de la Salud).

Este convenio apunta a establecer una guía y exigencias previas para que los paraguayos sean atendidos de manera ordenada y racional, debido a que muchas veces la demanda de pacientes supera la oferta de camas y de insumos. Por otro lado, el convenio apunta a informatizar a los pacientes atendidos, con el objetivo de que la provincia de Misiones pueda luego reclamar al estado de Itapúa una retribución económica por el servicio prestado.

Sin embargo, la situación de pacientes «autode-derivados» continúa siendo una realidad. Ello genera conflictos cotidianos entre pacientes paraguayos que exigen ser atendidos de manera gratuita sin contar con estos permisos, ya que alegan conocer la Ley Nacional de Migraciones de Argentina, que estipula que el Estado tiene que prestar servicios de salud a todos los que estén en suelo argentino, independientemente de su situación migratoria.

El esquema de trabajo y flujograma de acciones a seguir que se plantea establece lo siguiente:

- 1.** Los pacientes de nacionalidad paraguaya, para atender un problema de salud, deberán concurrir a profesionales de la salud del sistema público de la región de Itapúa.
- 2.** Se realiza un diagnóstico presuntivo y estudios complementarios.
- 3.** Se realiza la categorización de riesgo y evaluación de la necesidad de cuidados e internación (cuidados mínimos, intermedios, intensivos, cirugía, etcétera).
- 4.** Se comunica al director del Hospital Regional de Encarnación para la evaluación del caso, quien

actuará como coordinador de las derivaciones. Este referenciará al paciente al centro de atención que corresponda –por complejidad, por disponibilidad de camas–. En caso de no contar en la región de Itapúa o la ciudad de Asunción con disponibilidad o complejidad adecuada, comunicará la situación a la Secretaría de Salud de Gobernación de Itapúa.

5. La Secretaría de Salud de Gobernación, luego de evaluar el caso, procederá a solicitar la prestación en el sistema de salud de la ciudad de Posadas.

6. En caso de contar con disponibilidad para dicha prestación, previa autorización de la Secretaría de Salud de Itapúa, se solicitará el traslado en móvil oficial.

Esquema de trabajo y flujograma de acciones del Convenio de Normatización de Traslados y Atención Integral de Pacientes de Nacionalidad Paraguaya en Hospitales Posadeños.

Como se puede observar, en el convenio planteado interactúan diferentes actores y acciones determinadas que deben cumplirse para poder cerrar el circuito de traslado sanitario. De esta forma, para quedar comprendido dentro de sus bondades, el

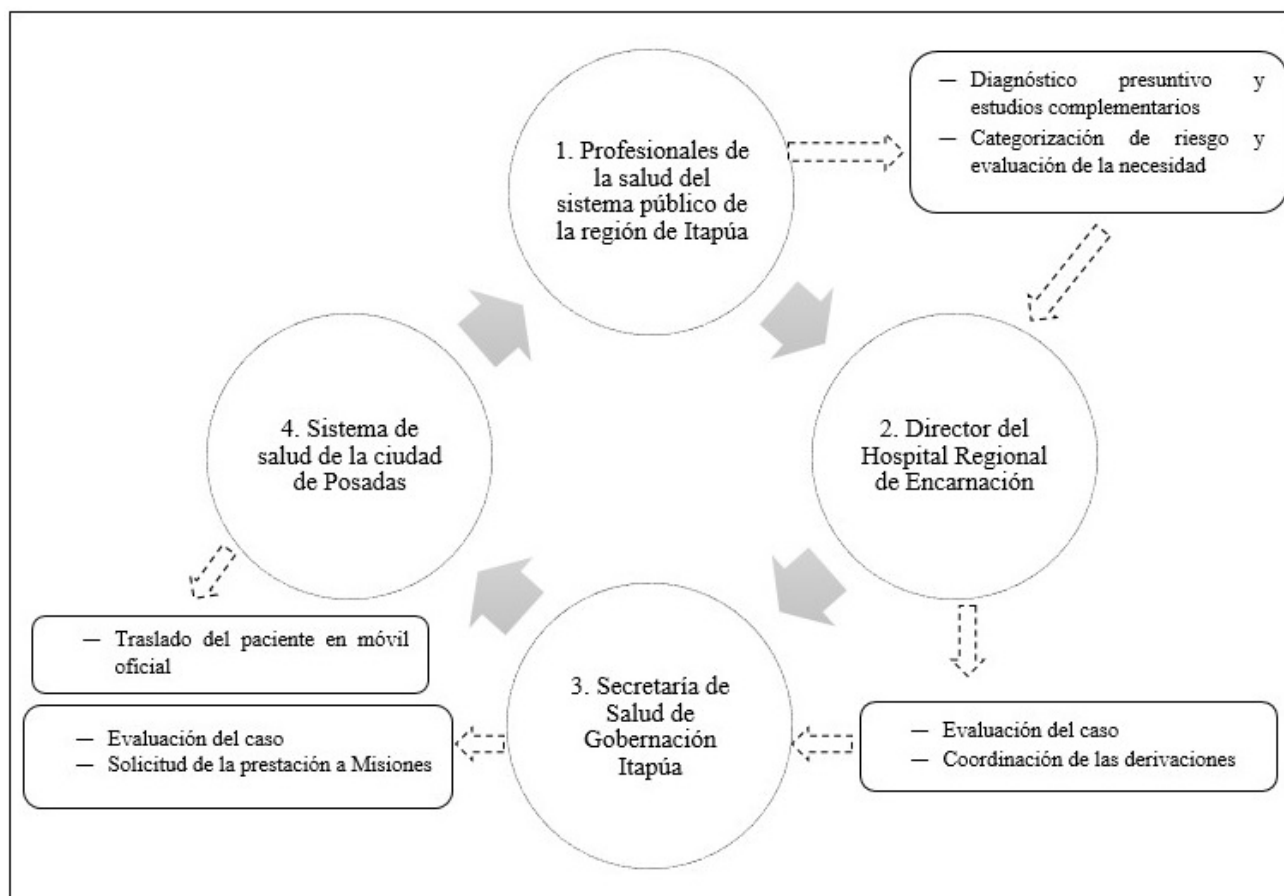
paciente paraguayo debería agotar todas las instancias previas estipuladas antes de acceder al sistema sanitario de Posadas.

El cumplimiento de los numerosos requisitos y el tiempo que ello representa motivan a los pacientes paraguayos a aventurarse por cuenta propia y atravesar la frontera en busca de atención médica de calidad.

Normatización de traslados y atención inicial de pacientes de nacionalidad paraguaya

De acuerdo a lo suscrito en el acta anexa del convenio, dicha norma tiene carácter de obligatoria para el ingreso de un paciente a los hospitales de la ciudad de Posadas que se encuentran regidos por la misma. Los pacientes deberán cumplir los circuitos establecidos en el presente convenio para ser alcanzados por sus beneficios.

Básicamente, el convenio establece que los pacientes paraguayos que requieran determinada atención deberán contar con una orden de derivación firmada por la Secretaría de Salud de Itapúa para ser internados en los hospitales nivel III de



Fuente: Elaboración propia.

Posadas. Para ello, desde los hospitales posadeños se deberá informar previamente a las autoridades sanitarias de Itapúa acerca de la disponibilidad de camas y/o turnos, a fin de que se concreten las derivaciones correspondientes. La Unidad Central de Traslados de la Provincia de Misiones será el nexo entre la Secretaría de Salud de Itapúa y los efectores posadeños.

Es importante conocer cada uno de los pasos que deben darse dentro del convenio, ya que el incumplimiento de alguno de ellos es motivo de exclusión de sus beneficios.

A fin de profundizar en el conocimiento acerca del funcionamiento y los resultados obtenidos del Convenio Posadas-Itapúa, en el año 2016 se lograron concertar dos entrevistas con informantes claves que participaron directamente en la consolidación del mismo.

Algunos de los principales hallazgos obtenidos con las entrevistas fueron:

– La cuestión central del traspaso ilegal de pacientes en busca de atención médica de urgencia, sumado al compromiso de los países integrantes del Mercosur, llevó a buscar la manera de reglamentar la atención de casos de *alta complejidad*.

– El convenio funcionó correctamente hasta el año 2012, año en que se producen cambios en los directivos del Ministerio de Salud de Paraguay. Desde ahí se genera un vacío que no logró revertir.

– Si bien el convenio estipula las pautas para la facturación, arancelamiento y reintegro de los costes generados, en algunas ocasiones el Gobierno de Itapúa envió algunos insumos para situaciones de emergencia, sobre todo en casos de dengue. También se acordaron en aquel momento pautas para llevar adelante capacitación conjunta del recurso humano de la salud.

– El éxodo de pacientes paraguayos a hospitales públicos misioneros está asociado a la deficiencia en la infraestructura de la oferta sanitaria paraguaya. Por otra parte, no se les puede negar la asistencia médica. Otro motivo de la conveniencia es que los paraguayos con doble nacionalidad pueden obtener leche, medicamentos y otros bienes y servicios sociales.

– Con el hecho de que a partir del convenio solamente puedan pasar pacientes derivados a Posadas con autorización de la Secretaría de Salud de la Gobernación de Itapúa, se logró disminuir la cantidad de derivaciones innecesarias. También se acordó que iba a haber una compensación económica por los pacientes derivados. Esto último no pudo concretarse, ya que nunca se arbitraron los mecanismos de recupero.

Conclusiones

Si bien está claro que la salud es un derecho humano inherente al hombre por su naturaleza, no se puede negar la dificultad a la que pueden exponerse las localidades fronterizas cuando sus recursos no son suficientes ni siquiera para atender a su propia población. Por ello, es necesario que las leyes nacionales argentinas comiencen a contemplar la diversificación en cuanto a las características propias de cada provincia.

De acuerdo al análisis normativo de lo establecido en la Constitución Nacional Argentina, los tratados internacionales y las leyes nacionales, Argentina tiene la obligación de prestar asistencia sanitaria a los ciudadanos extranjeros en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos que a un paciente nacional.

Cuando se analizan las ciudades de frontera, resultan sumamente importantes las acciones de colaboración y cooperación entre los Estados, sobre todo cuando se trata de un área tan sensible como la salud de la población. El histórico antagonismo entre los sistemas de salud de Argentina y Paraguay ha llevado a profundizar las asimetrías entre ambos países, impactando de manera inequitativa en los servicios públicos prestados a la población.

En este contexto, el convenio para la prestación de servicios médicos entre la provincia de Misiones y la gobernación de Itapúa fue un intento de subsanar dichas inequidades, donde Misiones ofrecía sus servicios sanitarios a través de un mecanismo que intentaba recuperar costes e Itapúa una retribución a cambio de atención médica de alta complejidad para sus pacientes.

Desde el punto de vista organizacional, se considera una propuesta adecuada al contexto considerando el notable desarrollo tecnológico por el que ha atravesado la provincia de Misiones durante los últimos años y la falta de cobertura existente en el departamento de Itapúa. Desde el punto de vista del bienestar de la población, este intento de cooperación representó para el paciente paraguayo la entrada formal a un sistema de alta complejidad de calidad que a la fecha no puede recibir en su país. Desde el punto de vista operacional, la falta de regulación legal para proceder al recupero de los costes representó la imposibilidad de retribuir por los servicios sanitarios prestados en el marco del convenio.

En definitiva, se trata de un acuerdo necesario, conveniente a los Estados partes, pero que necesita ser evaluado en las debilidades encontradas a lo largo de estos años de prestación, a fin de cumplir adecuadamente con las metas y objetivos que lo promovieron.

Fuentes y bibliografía

- Acta Anexo al Convenio Marco de Normatización de Traslados y Atención Integral de Pacientes de Nacionalidad Paraguaya (2010).
- Benítez, G. (2017): *Paraguay: distribución del gasto en salud y gastos de bolsillo. Principales resultados*. Asunción (Paraguay): Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, CADEP, p. 10. Disponible en <http://www.cadep.org.py/2017/06/paraguay-distribucion-del-gasto-en-salud-y-gastos-de-bolsillo-principales-resultados/> (fecha de última consulta: 15 de mayo de 2018).
- Briner, A. y Aloia, C. (2012): *El desafío del desarrollo para la Argentina en un contexto mundial incierto*. Asociación de Economía para el Desarrollo de la Argentina (AEDA). IV Congreso Anual.
- Britez, W. F. (2015): «La ciudad de Encarnación, Paraguay. Intervención urbana a gran escala y nuevos procesos socioespaciales», en *Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación*, n.º 130, diciembre de 2015-marzo de 2016, sección monográfico, pp. 33-52, ISSN 1390-1079 / e-ISSN 1390-924X. Ecuador: CIESPAL.
- Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Lanús y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2013): *Niñez, migraciones y derechos humanos en Argentina. Estudio a 10 años de la Ley de Migraciones*. Editorial Remedios de Escalada, Ediciones de la UNLa, ISBN: 978-987-1987-20-7.
- Constitución Nacional Argentina, artículo 75, inciso 22.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos, Protocolo Adicional a la Convención Protocolo de San Salvador (1988): artículos 1, 3, 4, 5 y 10.
- Convenio de Normatización de Traslados y Atención Integral de Pacientes de Nacionalidad Paraguaya en Hospitales Posadeños (2010): ciudad de Encarnación.
- Convenio Marco de Colaboración y Cooperación recíproca entre el Gobierno del departamento de Itapúa (Paraguay) y el Gobierno de la Provincia de Misiones (Argentina) (2008).
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948): artículo 11.
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948): artículos 2 y 25.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (2018): Paraguay. <http://www.dgeec.gov.py/> (fecha de última consulta: 3 de mayo de 2018).
- Galli, A. et al. (2017): *El sistema de salud argentino. Sociedad Argentina de Cardiología*. Disponible en <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/04/el-sistema-de-salud-argentino.pdf> (fecha de última consulta: 25 de noviembre de 2018).
- Giménez, C. E. (2012): *Introducción al sector salud del Paraguay. Una aproximación conceptual y metodológica para el análisis sectorial*. Instituto Desarrollo. Disponible en <http://desarrollo.org.py/admin/app/webroot/pdf/publications/12-10-2015-11-10-08-657753886.pdf> (fecha de última consulta 24 de noviembre de 2018).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2018): Argentina. <https://www.indec.gov.ar> (fecha de última consulta: 3 de mayo de 2018).
- Ley de Migraciones n.º 25.871/2003 (2003): Argentina.
- Ley XVII, n.º 17 (antes, Ley 2925). Decreto Reglamentario n.º 488/2000 (2000): Provincia de Misiones (Argentina).
- Ley XVII, n.º 70. Decreto Reglamentario n.º 83/2012 (2012): Provincia de Misiones.
- Mancuello Alum, J. N. y Cabral de Bejarano, M. S. (2011): «Sistema de salud de Paraguay», en *Revista Salud Pública Paraguay* (2011): vol. 1 (1): 13-25. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/download/20/19> (fecha de última consulta: 24 de noviembre de 2018).
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2012): *Análisis de situación de salud. Eje Sur. Itapúa-Ñeembucú-Misiones*. República del Paraguay. Disponible en: <https://es.slideshare.net/Palp/analisis-de-situacion-de-salud-paraguay-eje-sur-indicadores> (fecha de última consulta: 25 de noviembre de 2018).
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2017): Balance Anual de Gestión Pública 2016. República del Paraguay. Disponible en: <http://www.hacienda.gov.py/web-presupuesto/archivo.php?a=d5d5d8de9e2e8e3e7a3d6d5db4a6a4a5a3a5a6a1a4ac94e1dde2dde7e8d9e6dde394d8d994e7d5e0e9d894e4382fd6e0ddd7d594ed94d6ddd9e2d9e7e8d5e694e7e3d7ddd5e0a2e4d8dad5074&x=28280c6&y=1a1a0b8> (fecha de última consulta: 25 de noviembre de 2018).
- Organización Mundial de la Salud (2017): *Salud en las Américas 2017*. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=argentina&lang=es (fecha de última consulta: 10 de mayo de 2018).
- Organización Panamericana de la Salud (2008): *Perfil de los sistemas de salud (Paraguay). Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington, D. C.: pp. 10-14.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966): artículos 2 y 3.
- Rodríguez, J. y Villalba, R. (2016): *Gasto y gestión de la salud pública. Situación y escenario materno infantil. Investigación para el desarrollo (Unión Europea)*. ISBN: 978-99967-811-6-2.