

PROYECTO DE LEY

CAPACITACIÓN OBLIGATORIA DE EFECTORES DE SALUD PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD INTEGRAL DE LAS PERSONAS GORDAS

Artículo 1°. Objeto: La presente Ley tiene por objeto la protección, promoción y ejercicio de los Derechos Humanos consagrados por el ordenamiento jurídico vigente, en especial el derecho a la salud integral de las personas gordas.

Artículo 2°. Marco Normativo: En cumplimiento de las obligaciones del Estado argentino en materia de igualdad y no discriminación, la presente ley se enmarca en la necesidad de asegurar a las personas gordas el ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución Nacional; la Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo Adicional en materia de derechos económicos, sociales y culturales; la Ley 5.857 de obesidad; la Ley 23.592 sobre actos discriminatorios; la Ley 26.396 de prevención y control de trastornos alimentarios; la Ley 26.657 de salud mental. En especial, los referidos al ejercicio efectivo del derecho a la salud, entendiéndolo a ésta, en concordancia con la definición proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Artículo 3°. Capacitación Obligatoria: Establécese la Capacitación Obligatoria con Perspectiva Integral de Atención y Cuidado de la Salud de las Personas Gordas para la totalidad de las personas que integran los equipos de salud que prestan servicios en los establecimientos sanitarios nacionales.

Artículo 4°. Equipos de Salud: Se entiende como integrantes de los equipos de salud a todo el personal que intervenga en los establecimientos sanitarios aludidos en el artículo 3° de la presente Ley, ya sea personal directivo, profesional, técnico, administrativo, maestranzas, de seguridad, u otros.

Artículo 5°. Objetivos: La presente Ley tiene como finalidad desarrollar e implementar políticas y acciones de sensibilización, capacitación y formación en atención a personas gordas en el ámbito de la salud, con los siguientes objetivos:

a) Garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud de todas las personas gordas;

b) Asegurar el respeto y la no discriminación de las personas gordas por parte de los equipos de salud, protegiendo a las mismas de toda forma de violencia institucional;

c) Promover mediante mecanismos y dispositivos específicos, el pleno acceso a la atención, cuidado y permanencia en todas las instituciones de salud a las personas gordas;

d) Desarrollar un modelo de atención despatologizante con base en la evidencia científica disponible y la experiencia de profesionales y equipos de salud formados con perspectiva de diversidad corporal y de cuidado integral de la salud de las personas gordas;

e) Desarrollar modelos de atención con nuevos enfoques enmarcando sus acciones en el reconocimiento y cumplimiento de los derechos de todas las personas gordas;

f) Desplegar políticas de capacitación y comunicación tanto hacia el interior de las instituciones de salud, como hacia el resto de la sociedad, basadas en la despatologización de las personas gordas, así como la desestigmatización construida culturalmente en torno a las mismas.

Artículo 6°. Autoridades Sanitarias: Las autoridades de los establecimientos sanitarios referidos en el artículo 3° de la presente Ley son responsables de garantizar la implementación de la capacitación obligatoria para su personal de conformidad con los protocolos y normas técnicas aprobadas por la Autoridad de Aplicación. Las mismas deben garantizar la presencia permanente de personal capacitado para asegurar el ejercicio del derecho a la salud de las personas gordas.

Artículo 7°. Autoridad de Aplicación: El Poder Ejecutivo debe determinar la autoridad de aplicación de la presente Ley.

Artículo 8°. Funciones: Son funciones de la autoridad de aplicación:

a) Elaborar protocolos y normas técnicas para la implementación de la capacitación obligatoria establecida en la presente Ley;

b) Realizar la implementación, monitoreo y evaluación de la capacitación obligatoria establecida en la presente Ley;

c) Suscribir convenios con las Provincias; con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y con los Municipios que lo soliciten, a fin de que se implemente

la capacitación obligatoria establecida en la presente Ley en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones;

d) Suscribir convenios con instituciones de salud del sector privado, las obras sociales y prepagas que lo soliciten, para la capacitación del su personal.

Artículo 9°. Unidad de Coordinación: Créase, en el ámbito de la autoridad de aplicación, una Unidad de Coordinación Interministerial para garantizar la implementación integral y coordinada de la presente ley entre los organismos con competencia en la materia y el seguimiento del estado de avance de la misma. La Unidad de Coordinación debe estar integrada por representantes del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación; el Ministerio de Salud de la Nación; el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo; el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Educación de la Nación. La autoridad de aplicación podrá incluir otros organismos si fuese necesario para la implementación de la presente ley.

Artículo 10°. Consejo Consultivo: Créase el Consejo Consultivo de la presente Ley. El mismo debe estar integrado por organizaciones de la sociedad civil con trabajo específico en diversidad corporal y derechos de las personas gordas, así como por personas especialistas en la materia mencionada. El Consejo Consultivo debe ser convocado por la autoridad de aplicación al menos una vez por año, con el objeto de evaluar la implementación de la presente Ley y efectuar propuestas para mejorar la misma.

Artículo 11°. Sanciones: El incumplimiento de la presente Ley por parte de las personas con funciones públicas competentes puede ser causal de mal desempeño de sus funciones o de falta grave, según el caso.

Artículo 12°. Presupuesto: Los gastos que demande la implementación de la presente Ley deben imputarse a la autoridad de aplicación, en el Presupuesto General de la Administración Nacional.

Artículo 13°. Invitación: Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente Ley.

Artículo 14°. Reglamentación: El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente Ley dentro de los 90 días de promulgada la misma.

Artículo 15°. De forma: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DIPUTADA NACIONAL Jimena Lopez

DIPUTADA NACIONAL Maria Luisa Montoto

DIPUTADA NACIONAL Hilda Aguirre

DIPUTADA NACIONAL Nancy Sand

DIPUTADA NACIONAL Mabel Caparros

DIPUTADA NACIONAL Alcira Figueroa

DIPUTADA NACIONAL Estela Hernandez

DIPUTADA NACIONAL Patricia Mounier

DIPUTADA NACIONAL Silvana Ginocchio

DIPUTADA NACIONAL Paola Vesvessian

DIPUTADA NACIONAL Verónica Caliva

DIPUTADA NACIONAL María Rosa Martinez

DIPUTADA NACIONAL Graciela Landriscini

DIPUTADA NACIONAL Alicia Aparicio

Fundamentación:

El presente proyecto de Ley tiene por objeto capacitar a quienes integran los equipos de salud a fin de que se garantice el pleno acceso a una salud integral para todas las personas gordas.

El objeto es propiciar la capacitación de todas las personas que intervengan en los establecimientos sanitarios nacionales con una perspectiva despatologizante y adaptada a la legislación vigente en pos de brindar una atención acorde a las necesidades de la población gorda. En este marco, se entiende personas gordas a partir de la vivencia interna e individual del cuerpo tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con la definición médica, incluyendo la vivencia personal del cuerpo.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es *el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad. Esto quiere decir que estar sanos no implica solamente no estar enfermos o que no nos duela nada, sino también sentirnos bien, disfrutar de un nivel de vida que nos permita tener acceso a la educación, a una vivienda digna, una alimentación adecuada, y a la asistencia para el cuidado de la salud. Nuestra salud está afectada por factores biológicos y genéticos, el medio ambiente en el que vivimos, nuestro estilo de vida, nuestros comportamientos y costumbres, y nuestras posibilidades de acceder a los servicios de salud* (Zamberlin y Portnoy, 2007: 13). Además, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) indica en su artículo 12(1) que los Estados Parte reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

El derecho de la salud se encuentra consagrado en el Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que establece que los Estados deberán tomar las medidas necesarias para la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad y para asegurar a toda persona el disfrute del más alto nivel posible de salud físico y mental.

En esta línea, hay varios autores que adhieren a esta construcción integral de la salud, como por ejemplo, Floreal Ferrara (1985) que se refiere a la salud como la resolución de conflictos. El autor argumenta que este surge del intercambio dinámico de la persona con el medio, y refiere “que es el bloqueo de los conflictos y la imposibilidad de resolver ese conflicto físico, mental o social, lo que certifica la idea de enfermedad”. A partir de esto, se entiende que la salud cambia junto con la sociedad y afirma que “la salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear condiciones donde las personas puedan desarrollarse completamente”.

Los principios de igualdad ante la ley y no discriminación se encuentran previstos en diversos instrumentos internacionales que en nuestro país poseen jerarquía constitucional conforme el art. 75 Inc. 22 de la Constitución Nacional.

Sumado a esto, según la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) los Estados *están obligados a adoptar medidas positivas para revertir o cambiar situaciones discriminatorias existentes en sus sociedades, en perjuicio de determinado grupo de personas. Esto implica el deber especial de protección que el Estado debe ejercer con respecto a actuaciones y prácticas de terceros que, bajo su tolerancia o aquiescencia, creen, mantengan o favorezcan las situaciones discriminatorias*¹.

Al respecto del marco nacional, la ratificación por parte del Estado Argentino de la CONVENCIÓN INTERAMERICANA CONTRA TODA FORMA DE DISCRIMINACIÓN E INTOLERANCIA (A-69) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) compromete a los Estados Partes *a adoptar la legislación que defina y prohíba claramente la discriminación y la intolerancia, aplicable a todas las autoridades públicas, así como a todas las personas naturales o físicas, jurídicas, tanto en el sector público como privado, en especial en las áreas de empleo, participación en organizaciones profesionales, educación, capacitación, vivienda, salud, protección social, ejercicio de la actividad económica, acceso a los servicios públicos, entre otros; y a derogar o modificar toda legislación que constituya o dé lugar a discriminación e intolerancia*².

De acuerdo a un informe del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), existe un discurso de odio y discriminación en relación a las personas gordas que opera de manera prejuiciosa y estereotipada asimilando el aspecto físico de las personas con rasgos de su personalidad, conducta o estilo de vida. *El cuerpo, de acuerdo a este tipo de mirada social, se transforma en territorio de interpretación que –a través de estereotipos y prejuicios– “dice”, expresa, delata si una persona es bella, sana, feliz, si tiene una sexualidad plena, si puede o no trabajar, si gusta o no de esforzarse, etc. De esta manera, la mirada prejuiciosa que está en la base de la gordofobia asimila los cuerpos gordos con características como la inactividad/improductividad, la insania o la indeseabilidad, que les son atribuidas de manera prejuiciosa y funcionan como pretexto para la negación de sus derechos. Otras características que se atribuyen de manera estereotipada a las personas gordas, condicionando la mirada y las expectativas sobre ellas –y negándoles*

¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Opinión Consultiva OC-24/17 de 24 de noviembre de 2017. Serie A No. 247.

² En:

http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-69_discriminacion_intolerancia.asp

la posibilidad de ser reconocidas en su particularidad– son la simpatía/ afabilidad y la hipersexualidad³.

Cuando analizamos la experiencia de las personas gordas a la hora de acercarse a diferentes efectores de salud, nos encontramos con una contradicción constante con respecto a esta definición: se hace foco en la salud física a partir de lo que se entiende como “persona gorda” y el índice de masa corporal (IMC). Recordamos que el IMC es una medida antropométrica pretendida como universal que termina definiendo la salud o enfermedad de una persona, como si todos los cuerpos alrededor del mundo fueran homogéneos. Lo que termina sucediendo es que se terminan justificando violencias (que incluso son institucionalizadas) a las personas que poseen “exceso” de grasa corporal simplemente por ser portadoras de ese cuerpo, generando estigmatización y exclusión y sin garantizarles el acceso a la salud integral.

De acuerdo al Mapa Nacional de la Discriminación (2013)⁴ y a los resultados preliminares obtenidos de los relevamientos del 2019, la obesidad y el sobrepeso se ubican entre las principales causas de discriminación. *Tanto en el relevamiento de 2013 como en el de 2019, la problemática expresa una mayor importancia en el segmento de 18 a 30 años: la experiencia relacionada con la discriminación por obesidad o sobrepeso representa el doble de los casos que se verifican entre personas de 60 a 74 años.*

Cuando hablamos de la experiencia de las personas gordas a la hora de acercarse al sistema de salud, nos encontramos con lo que llamamos patologización de los cuerpos: hay medicxs que no examinan ni investigan a personas gordas, simplemente les envían una dieta y que regresen en el proceso. Esto mismo no sucede con una persona que tiene una apariencia delgada. La doctora chilena, Denisse Kohn dice: “hay estigma cuando se asume algo de una persona solo mirándola: la persona llega y la veo, y asumo que no hace ejercicio o que sé lo que come regularmente”. Por otro lado está la discriminación, que es cómo trato a alguien en base a cómo la vi: “Si alguien va al dermatólogo con un IMC dentro del rango normal, le doy un medicamento para su condición. Mientras que si va otra persona, con el mismo cuadro, y le doy una dieta, eso es discriminación”.

Por eso, el espacio de consulta termina siendo un espacio vergonzoso donde reina el rechazo y la exclusión y donde no hay una solución concreta al problema que se plantea. Por eso, la experiencia termina siendo negativa y generando un malestar en cada persona gorda, vulnerando el derecho a la salud integral. En relación a esto, tenemos la Ley de Salud Mental

³ En: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_gordofobia-aspecto_fisico_1_1_1.pdf

⁴ En: <http://www.inadi.gob.ar/mapa-discriminacion/documentos/mapa-de-la-discriminacion-segunda-edicion.pdf>

(2013) que menciona justamente “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos”.

Según el INADI (2020), *el efecto del discurso gordofóbico se traduce en consecuencias que van desde alentar el desarrollo de trastornos de salud como la depresión, la anorexia o la bulimia, hasta favorecer la reproducción de estereotipos de género relacionados con la cosificación de las mujeres y la reducción de los cuerpos a objetos de valoración y consumo, cuando no acaba siendo expresado en el ejercicio de un acto discriminatorio e incluso un acto de violencia gordo-odiante.*

Por todo lo mencionado, la presente iniciativa propone una medida tan básica que resulta incuestionable: que todos los equipos de salud conozcan la Constitución, en particular, lo que a través de las convenciones internacionales incorporadas a ella constituyen obligaciones de idéntica jerarquía. Resulta esencial proporcionar las herramientas a los equipos de salud para garantizar el ejercicio efectivo de derechos en relación al acceso a la salud integral para personas gordas.

Los equipos de salud deben brindar a personas gordas la información completa, adecuada y veraz para que ésta pueda tomar sus decisiones de manera independiente. Estas decisiones no pueden ser sometidas a juicios de valor ni juicios basados en la religión por parte de los profesionales de la salud. El derecho a la salud se ve afectado cuando no se permite tomar decisiones sobre la salud y el cuerpo, pero también cuando se proporciona información equivocada o incompleta.

Debido a que el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote del COVID-19 como pandemia, se procedió como Estado, a través del Decreto N°260 del 12 de marzo de 2020 y sus modificatorios, a ampliar la emergencia pública en materia sanitaria establecida por la Ley N° 27.541 de Solidaridad Social y Reactivación Productiva en el Marco de la Emergencia Pública, por el plazo de UN (1) año.

El agravamiento de la situación epidemiológica a escala global, requirió la adopción de medidas inmediatas y excepcionales para hacer frente a esa emergencia, considerando la situación inédita en la que quedó incurso la REPÚBLICA ARGENTINA. De este modo, con el objetivo de proteger la salud pública como una obligación inalienable del Estado Nacional, mediante el Decreto N°297 del 19 de marzo de 2020 se estableció el “aislamiento social, preventivo y obligatorio”. Dicha medida fue sucesivamente prorrogada por los Decretos Nros. 325 del 31 de marzo de 2020, 355 del 11 de abril de 2020, 408 del 26 de abril de 2020, 459 del 10 de mayo de 2020, 493 del 24 de mayo de 2020, 520 del 7 de junio de 2020 hasta el 28 de junio de 2020 y 576 del 29 de junio de 2020 hasta el 17 de julio de 2020, 605 del 18 de julio de 2020, 641 del

2 de agosto de 2020, 677 del 16 de agosto de 2020, 714 del 30 de agosto de 2020, 754 del 20 de septiembre de 2020, 792 del 11 de octubre de 2020, 814 del 25 de octubre de 2020, 875 del 7 de noviembre de 2020, 956 del 29 de noviembre de 2020, 985 del 10 de diciembre de 2020, 1033 del 20 de diciembre de 2020, 4 del 8 de enero de 2021, 67 del 29 de enero de 2021, 125 del 27 de febrero de 2021, 167 del 11 de marzo de 2021, 168 del 12 de marzo de 2021, 235 del 8 de abril de 2021, 241 del 15 de abril de 2021, 287 del 30 de abril de 2021 y 334 del 21 de mayo de 2021 y el 381 del 2021 del 11 de junio de 2021. 411 del 25 de junio de 2021, 455 del 9 de julio de 2021, 494 del 6 de agosto de 2021 y 678 del 30 de septiembre de 2021.

En este marco, es necesario considerar el impacto diferencial que la pandemia tiene sobre distintos grupos poblacionales. La emergencia sanitaria declarada en todas las regiones del mundo a causa de la pandemia de COVID-19 ha puesto en evidencia que la falta de medidas que permitan garantizar el acceso de las personas gordas a los derechos humanos.

En tal contexto, la respuesta del sistema de salud se puede ver afectada por el incremento de consultas y el escenario específico mencionado. Resulta de vital importancia planificar y organizar el sistema de salud para garantizar la gestión integral de la respuesta, asegurando el ejercicio de derechos, el acceso a la información y la disponibilidad de los recursos necesarios para ello.

Según un relevamiento realizado por el INADI, en los primeros 140 días del ASPO⁵, una de las causas de denuncias más frecuentes fue la discriminación por el aspecto físico. En consecuencia, se realizó el conversatorio nacional “¿Qué ves cuando me ves?” donde se expusieron distintos tipos de violencia con respecto a la discriminación de los cuerpos gordos.

Este proyecto de ley es necesario para que, tanto las autoridades de los establecimientos sanitarios como los equipos de salud que se desempeñan en los mismos, conozcan sus responsabilidades, el marco legal vigente dado que no la formación en muchos casos no se encuentra garantizada por la educación universitaria. Es necesario promover acciones tendientes a garantizar el ejercicio del derecho a la salud de personas gordas, sean adultas, adolescentes o niños y reducir el impacto de una crisis sanitaria global.

Por todo lo expuesto, solicitamos a las Diputadas y los Diputados que componen esta Honorable Cámara, que acompañen con su voto la iniciativa puesta a vuestra consideración.

DIPUTADA NACIONAL MÓNICA MACHA

DIPUTADA NACIONAL Jimena Lopez

⁵ En: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_consultas_140_dias_de_aspo2.pdf

DIPUTADA NACIONAL María Luisa Montoto

DIPUTADA NACIONAL Hilda Aguirre

DIPUTADA NACIONAL Nancy Sand

DIPUTADA NACIONAL Mabel Caparros

DIPUTADA NACIONAL Alcira Figueroa

DIPUTADA NACIONAL Estela Hernandez

DIPUTADA NACIONAL Patricia Mounier

DIPUTADA NACIONAL Silvana Ginocchio

DIPUTADA NACIONAL Paola Vesvessian

DIPUTADA NACIONAL Verónica Caliva

DIPUTADA NACIONAL María Rosa Martínez

DIPUTADA NACIONAL Graciela Landriscini

DIPUTADA NACIONAL Alicia Aparicio

Bibliografía

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (2017). Opinión Consultiva OC-24/17 de 24 de noviembre de 2017. Serie A No. 247.

FERRARA, F. (1985) Teoría Social y Salud. Ed. Catálogos.

INADI (2013) Mapa Nacional de la Discriminación. Disponible en: <http://www.inadi.gob.ar/mapa-discriminacion/documentos/mapa-de-la-discriminacion-segunda-edicion.pdf>

INADI (2020). Discursos Discriminatorios Y Gordofobia. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_gordofobia-aspecto_fisico_1_1_1.pdf

INADI (2020). Consultas recibidas en el INADI durante los primeros 140 días de ASPO. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_consultas_140_dias_de_aspo2.pdf

KOHN, D "Gordofobia en la atención médica" Disponible en: <https://www.latercera.com/paula/gordofobia-en-la-atencion-medica-hay-gente-que-va-al-dermatologo-porque-tiene-acne-y-la-mandan-a-la-casa-con-una-dieta-eso-es-discriminacion/>

LEY 23.592 (1988). ACTOS DISCRIMINATORIOS. Adóptanse medidas para quienes arbitrariamente impidan el pleno ejercicio de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional

LEY 26.396 (2008). Declárase de interés nacional la prevención y control de trastornos alimentarios.

LEY 26.657 (2010).Derecho a la Protección de la Salud Mental.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. Convención Interamericana Contra Toda Forma De Discriminación E Intolerancia (A-69). Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-69_discriminacion_intolerancia.asp

ZAMBERLIN, N. Y PORTNOY, F. (2007) "Tu cuerpo, tu sexualidad, tus derechos. Guía sobre salud sexual y reproductiva". Buenos Aires. Fondo de Población de Naciones Unidas.