

# ¿Quiénes son los sujetos de la Protección Social de la Salud?

Blas Matías Michienzi  
Universidad de Buenos Aires (UBA)

---

## Proemio

La idea de esta exposición es que analicemos y reflexionemos sobre quiénes son los sujetos de la extensión de la protección de la salud.

El objetivo es realizar, en primer término una caracterización de la persona como sujeto de derecho, para luego repasar someramente la evolución legislativa en la República Argentina en relación a la Protección Social de la Salud para fundamentalmente, pensar en cuáles son las experiencias vinculadas con esta extensión de la Protección Social de la Salud.

Como veremos, si bien tenemos una norma fundamental que garantiza ese derecho, y existen algunos instrumentos legales que puedan posibilitar ponerlos en práctica, es ahí en dónde debemos pensar cual es la herramienta, el puente necesario, que nos lleve a un Estado en donde la Protección Social de la Salud pueda verse efectivamente adjudicada a sus ciudadanos.

Las experiencias de las que vamos a hablar, no son experiencias milagrosas ni que han erradicado el problema, sino que son una base, un primer paso, y creemos que son el pedestal para continuar pensando y ejercitando la extensión de la protección de la salud.

## Caracterización:

Primeramente, vamos a comenzar con la caracterización de la persona y específicamente en el ámbito del Derecho. Entre las innumerables definiciones de persona, podemos citar o agrupar en tres tipos, que son más o menos equivalentes:

1. Persona es todo ente susceptible de tener derechos o deberes jurídicos;
2. Persona es todo ente susceptible de figurar como término subjetivo en una relación jurídica; y
3. Persona es todo ente susceptible de ser sujeto activo o pasivo en una relación jurídica.

Así es que puede decirse que la personalidad no admite un grado (simplemente se tiene o no se tiene), mientras que la capacidad sí, ya que dicha capacidad puede ser mayor en una persona que en otra. Esto evidencia que el derecho distingue distintos niveles de personas y creo que de alguna manera, esto dispone de una dificultad con la Extensión de la Protección Social de la Salud, para lo cual pienso que sería bueno que lo discutamos.

Por una parte, debemos señalar que el derecho vigente reconoce la personalidad jurídica a todos los individuos de la especie humana, independientemente de su edad, sexo, salud, situación familiar y otras circunstancias. Pero, este “reconocimiento” actual no fue siempre de esta forma y por ello creo corresponde hacer un pequeño repaso histórico, a fin de poder hacer un piso histórico común desde esta evolución.

Así, el derecho romano no consideraba la personalidad y la capacidad jurídica como un atributo insito de la naturaleza o condición humana, sino como una consecuencia del “estado” de determinadas personas, es decir, como algo asociado a un privilegio o concesión de la ley y que por ende el sujeto no lo poseía intrínsecamente.

Luego y con origen en el derecho medieval, observamos que (en la Argentina se encontró vigente hasta comienzos del 1800), se aplicaba lo que se conoció como la muerte civil; esta era una herramienta por la cual los estados Feudales despojaban al individuo de su personalidad jurídica (esencialmente en el campo del Derecho Privado) como consecuencia de ciertos votos religiosos o ciertas condenas penales. En el derecho actual se ha corregido todo tipo de desviaciones y se reconoce una entidad a la persona jurídica.

Desde otro punto de vista, vale la pena destacar que desde hace bastante tiempo se discute si el Derecho Positivo se limita a reconocer la personalidad jurídica de las personas como una característica intrínseca o si tal capacidad es creada por el propio Derecho Positivo.

Este debate que lejos de ser reciente y de encontrarse saldado, es de gran implicancia en la filosofía del derecho, y tendrá determinadas consecuencias según la orientación que opte.

De cualquier manera, la pregunta que debemos plantearnos es, ¿Es necesario realmente atribuirle al sujeto una determinada característica o un determinado valor, para considerarla tal?. En lo personal, creo que no. En realidad, debemos considerar al ser humano como un sujeto amplio de derechos, que a todos, sin distinción alguna, se le pueda atribuir derechos; que estamos facultados para exigir que se nos reconozcan derechos, en especial el vinculado al Derecho de la Salud.

Considero que lo indicado, es fundamental tenerlo como un horizonte al cual debemos orientarnos, pues es habitual vincular o supeditar el reconocimiento del sujeto a una determinada condición, vrg. que el sujeto sea una persona libre, o que es un sujeto económico. También habría que tomar en consideración aquellas características en relación a determinadas situaciones familiares, por ejemplo de aquellas parejas que no están casadas, las cuales también genera particulares atribuciones del sujeto.

Entonces, creo que esa categorización siempre genera dificultad en la posibilidad de reconocer ampliamente al ser humano. ¿Por qué?, porque el Estado tiene como función vital categorizar a los individuos que “gobierna”; le es muy fácil indicar o subrayar quién es quién, vrg. está casado, soltero, es abogado, médico, es alumno, etc..

Si bien este “corset” que utiliza el Estado es imposible de sustituir, creo que debe ser reconocido de forma amplia, pues ello posee gravitación fundamental para el derecho de la salud.

El reconocimiento amplio no debe tener detalles o características que hagan tenerlo o no por reconocido, vrg, si A no esta caso con B, B no podrá tener asistencia médica, si C contrajo determinada afección no podrá ser asistida por su obra social o empresa pre-paga. Para dar otro ejemplo gráfico podría ser el siguiente: si ponemos una persona con determinadas características e indicamos que es el modelo a seguir, lo que no se asemeje a ello generará dificultades al momento de “reconocerlo” como aquel “ideal” que se dispuso como modelo. Si en cambio el modelo impuesto posee menos particularidades, más son las personas que resultarán “incluidas” en dicha propuesta.

Es una cuestión que, creo yo, no debería ni discutirse, pero que siempre se trae aparejado las dificultades de orden presupuestario, que hace necesario, priorizar determinadas afecciones por sobre otras, o en el peor de los casos una persona por sobre otra.

En concierto con lo antedicho, podemos exhibir algunas conclusiones preliminares y es que sin lugar a dudas no debe haber distinción alguna entre seres humanos, ya sea por su condición social, familiar, territorial o económica. Pero ello no debe entenderse como una condición para exigir sus derechos (que ya deben entenderse por “registrados”), ni obstáculo para su reconocimiento por parte del Estado.

¿Por qué digo esto?, porque muchas veces, en esta idea de querer exigir una ampliación de la extensión de los Derechos (sobre todos los sociales) los Estados se ponen en un rol de víctima, dónde dicen que no pueden reconocerlos a todos o que en definitiva no puede incorporarlos a su regla de reconocimiento. Ello es un elemento a tener en cuenta, pues bajo el esquema de no poder-querer

reconocer determinados derechos, el Estado no puede utilizarlo como excusa para que los incorpore bajo su regla de reconocimiento.

¿Cuál es la evolución que ha tenido la República Argentina en el derecho de la salud?

Hasta la Reforma Constitucional de 1994 no existía en el texto de la norma fundamental un artículo expreso sobre el derecho a la salud. Así, todo lo que fuera vinculado al derecho de la salud estaba directamente relacionado al derecho a la vida y al de la integridad física. Siempre fue respetado, a través de la jurisprudencia, con la invocación del artículo 33 de aquella Constitución Nacional, que hablaba de los derechos implícitos. Es decir, la Constitución también protegía aquellos derechos que taxativamente no estaban dispuestos en nuestra Constitución Nacional.

La jurisprudencia, y la doctrina más calificada sostenían que una interpretación dinámica del texto constitucional obligaba a reconocerlo en la norma de derechos implícitos referida. Estaba en el artículo 33 y estaba en el Preámbulo de nuestra Constitución, no directamente como el derecho de la salud que actualmente conocemos, sino a través de la idea de que los habitantes de nuestro país deben “vivir dignamente”. En esta instancia este derecho se encontraba de una o de otra manera incorporado dentro de nuestra Carta Magna. Entonces, esto impulsó un forzamiento de la aceptación del derecho de la salud por parte de la jurisprudencia, la doctrina y, finalmente, por parte del Estado.

Va de suyo el vínculo intrínseco que existe entre el valor “salud” con el valor “vida”: vivir biológicamente apareja el derecho a vivir con la dignidad y en las condiciones que, por ser persona, exige todo ser humano, tanto de sus demás semejantes como del Estado. Así, el mandato preambular de velar por el bienestar general, el artículo 14 bis de nuestra Constitución Nacional, que incluye todos los derechos sociales, (en tanto y en cuanto el valor “salud” participa de la naturaleza de los derechos económicos y sociales) eran y son fuertes directrices para tener en cuenta al momento de buscar categorías que ayuden a la Protección social de la Salud.

Desde esa perspectiva, resulta adecuado realizar una lectura evolutiva de la recepción de la Salud como bien jurídico protegido por el Derecho así podrán observarse las siguientes etapas: 1. La policía médica, de prevención o asistencial, 2. El Estado de Bienestar, 3. El Modelo desarrollista, 4. El Modelo Actual.

Hasta mediados de 1940, todo lo vinculado a la protección de la salud estaba emparentado al poder de la policía. Hubo un caso muy famoso en nuestra Argentina, donde se vinculaba la protección de la salud a través de la salubridad pública. En este caso, se originó con motivo de la suspensión, por

parte del Estado, de las faenas de los saladeros situados en un río a mediados de 1881.<sup>1</sup>

Podemos encontrar luego, otras tres etapas claramente diferenciadas, donde el sujeto va escalonando sus facultades y sus derechos. A partir de la década de 1940 y con motivo del reconocimiento en nuestra Constitución de importantes derechos sociales, comienza un mayor grado de recepción y reconocimiento del Derecho o valor “salud”. En la Argentina se empiezan a crear sindicatos, obras sociales, y se dispone una cobertura sanitaria mucho más amplia, que hasta ese momento no existía.

Una tercera etapa, que va a partir de la década de 1970, en donde el estado de bienestar empieza a resquebrajarse y es aquí donde la actividad privada empieza a insertarse como un nuevo prestador de los servicios de salud. Frente al mal funcionamiento estadual, cuyo punto de inflexión en la Argentina tiene que ver con un proceso trágico como fue el golpe de estado del 1976, donde las variables económicas cambiaron totalmente. El Estado al combinar las variables de un fuerte endeudamiento externo más el desmembramiento de la industria nacional, generó una mayor demanda de la protección social en salud, lo que hizo que el sistema comenzara a resquebrajarse y esto posibilitó que la actividad privada tuviera una mayor inserción.

Finalmente, la última época, vinculada justamente con la Reforma Constitucional de 1994, en donde su artículo 42, cuando incorpora estos nuevos derechos, dice así:

*“Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno”.*

Como vemos, el derecho a la salud se lo vincula como uno de los derechos del consumidor y usuario, cuestión que, a mi criterio, resulta una visión sesgada; de igual modo he de señalar que nuestra Suprema Corte de Justicia lo amplió, a una categoría muy superior, de derecho fundamental.

Obviamente, la doctrina entiende que este artículo (artículo 42 de la Constitución Nacional) es programático y que puede ser ejecutado automáticamente. Y acá entonces, creo que por suerte para nosotros, aunque sea un primer peldaño, el derecho de la salud, como un derecho fundamental, puede entenderse desde una doble perspectiva: una subjetiva y una objetiva. La subjetiva, vinculada a la idea que los derechos fundamentales son derechos subjetivos de los individuos, no sólo en cuanto a derechos de los ciudadanos sino en tanto y cuanto garantizan un status jurídico de libertad en su ámbito de

---

<sup>1</sup> Corte Suprema Justicia de la Nación - Mayo 14 de 1887 CAUSA: Podestá, Santiago y otros c/ Provincia de Buenos Aires s/ indemnización de daños y perjuicios

existencia. Es una atribución personal. Y desde el punto de vista objetivo, cumplen una importante función respecto del ordenamiento que se concreta en su configuración como principal criterio hermenéutico de interpretación y en su operatividad como garantía institucional. Es decir, mal que le pese al Estado, se encuentra el artículo incorporado dentro de la Constitución y esto implica su cumplimiento.

Y aquí podemos decir, que si bien el artículo posee una deficiente técnica legislativa, igualmente se puede indicar que:

- Existe un reconocimiento expreso del derecho a la salud como un derecho constitucional;
- La protección efectiva de la salud en razón tiene una relación directa con el derecho a la vida y la integridad psicofísica;
- El beneficio de gozar de determinados niveles de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano sin distinción de raza, religión, credo político, condición social o económica;
- El derecho a la salud es un piso indispensable para el ejercicio de otros derechos, es una precondition para la realización de valores en la vida.

Entonces, como conclusiones preliminares podemos decir que previo a la reforma de 1994, la prioridad constitucional se había centrado en la cuestión de la autonomía personal. Dicha etapa estuvo caracterizada por una protección individual de la salud, estrechamente vinculada con la beneficencia pública. Esta actividad asistencial estaba orientada a suplir las necesidades más vitales del individuo y generalmente vinculada a la imposibilidad en el acceso a los servicios de salud (pobreza). El tipo de prestaciones del Estado era parcial y dirigida a la del alimento, vestido, trabajo, cultura, etc. La beneficencia se constituye como una actividad asistencial del Estado, no exclusivamente sanitaria. También encontramos que la asistencia profiláctica estaba, en esta época, en la preocupación del Estado, pues constituían casos de peligro para la salud de los demás miembros de la comunidad, vrg., enfermedades contagiosas, epidemias, etc. Algunas de las demandas sociales emergentes sólo fueron absorbidas por el Estado cuando se trataba de aquellas medidas que podrían llegar a comprometer al propio proceso de trabajo. En esta época se promulgaron algunas pocas leyes como la relacionada a la jornada laboral, accidentes y trabajo femenino e infantil.

En cambio hoy se enfatiza la cuestión de la salud, como una cuestión de justicia. Se ha ampliado el rango. La reforma de nuestra Constitución Nacional se ha orientado al progreso humano entendido no ya como una simple cuestión de crecimiento económico que sólo procura disponer de las mejores

tecnológicas aunque sean necesarias a sus fines, máxime en países subdesarrollados como el nuestro. El progreso deberá tener esta nueva dimensión cualitativa asada en el hombre y no representar una mera expresión cuantitativa de la cantidad de riqueza que se crea.

Los convencionales constituyentes han considerado definitivamente que los seres humanos nacen con cierta capacidad en potencia, siendo el propósito del desarrollo humano crear una atmósfera en que todos puedan aumentar su capacidad y las oportunidades puedan ampliarse para las generaciones presentes y futuras.

A tenor de lo expuesto, advertimos que en este proceso en el que nuestro país busca insertarse en un nuevo orden mundial, la reforma de nuestra Constitución Nacional no ha querido ser ajena al nuevo paradigma de desarrollo planteado por la comunidad internacional.

Tal trayectoria ha producido un ensanchamiento en el plexo de derechos fundamentales, y se han abierto paso a diversas categorías no solo de derechos sino de titulares de esos derechos.

En base a esta evolución se debe indicar que la extensión y el mayor reconocimiento de los derechos, ha generado una mayor inversión presupuestaria en pro de esa mayor cobertura por parte del Estado. En definitiva la calidad de salud de los años cuarenta y cincuenta, va de suyo que no es la misma que en el año 2000, pero no sólo por las innovaciones tecnológicas, sino que esa extensión de los derechos ha posibilitado que todos los habitantes del territorio podamos exigir al Estado o a nuestros prestadores de salud, una mayor ampliación de ese servicio.

En Argentina, un fallo de la Corte Suprema de Justicia, de la causa caratulada "Hospital Británico de Buenos Aires c. el Ministerio de Salud y Acción Social", a mi criterio, sentó importantes bases de reflexión sobre la cuestión que nos aboca.

El prestigioso constitucionalista, Bidart Campos expresaba *"la Corte hizo un delicado y muy justo equilibrio entre el derecho a la salud y los derechos inherentes a la libertad de contratar, al resolver el amparo que un hospital dedujo para que se declarara inconstitucional la normativa legal que extendió a las entidades de medicina prepaga la cobertura que las obras sociales tienen que brindar en materia de drogadicción y contagio del virus HIV. (...)"* De este fallo se desprende con toda nitidez que una legislación razonable que toma bajo protección la salud como bien colectivo (¿salud pública?) además de su carácter de derecho personal primario, cuenta con espacio constitucional suficiente para imponer deberes que no han sido asumidos expresamente por la medicina prepaga en los contratos concertados con los beneficiarios de sus servicios. Ello quiere decir que la salud pública e individual reviste, en el caso, un valor superior

*al de la autonomía de la voluntad contractual. (Téngase en cuenta que en el caso la Corte dio por cierto que el hospital promotor del amparo no había acreditado que la supuesta onerosidad de la cobertura impuesta le irrogara un perjuicio económico). (...)*<sup>2</sup>

Hasta acá podríamos decir que hemos visto de forma más que vertiginosa, como se ha ido ampliando el reconocimiento del Derecho a la Salud en nuestra legislación. En muchas ocasiones esta extensión, fue posible fruto de los pronunciamientos de la judicatura, como consecuencia de medidas precautorias o amparos presentados por sus peticionantes.

En nuestro país, después de la Reforma de 1994, en general los amparos que se han dado están motivados a que las obras sociales, otorguen una mayor prestación, en muchos casos, solicitando medicamentos para afecciones muy graves.

Esto nos demuestra a su vez, cierto abismo, entre lo que constitucionalmente se preceptúa y lo que el Estado puede disponer para sus áreas de salud.

En esta idea de acercar esa brecha, podemos decir que en la Argentina hoy existen dos proyectos puntuales a fin de proveer a una mayor extensión de la protección social de la salud. Uno es el Plan Remediar, vinculado a los medicamentos genéricos, y el otro es el Plan Federal de Salud, que es un plan general que está pensado del 2004 al 2007. Y vamos a ver un poquito qué trata cada uno de ellos.

El Plan Remediar, expuso a través de la Ley 25.649 lo que se denominó la promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico, y dispone la obligación de prescribir medicamentos mediante su nombre genérico. Tendríamos que decir qué sucedía previamente con los medicamentos o con la normativa de medicamentos hasta este momento.

Antes de la vigencia de la ley, la prescripción del medicamento se realizaba con la marca del remedio recetado y podía o no incorporarse a continuación el principio activo del mismo.

Debe indicarse, al margen de lo expuesto, que en la Argentina la autorización de las especialidades medicinales, se lleva a cabo en general, a partir de la solicitud de un medicamento similar ya aprobado en la Argentina o en alguno de los países de máxima vigilancia sanitaria incorporados en el Anexo I del Decreto nro. 150/93, vrg. Estados Unidos, Japón, Alemania, Francia. Ello tuvo como consecuencia, un gran mercado de productos de origen nacional y

---

<sup>2</sup> “ Lo viejo y lo nuevo en el derecho a la salud: entre 1853 y 2003 “, Bidart Campos, Germán J. , Publicado en: Sup.Const.Esp. 2003 (abril), 157 - LA LEY 2003-C, 1235.

extranjero. La gran paradoja que se dio, en muchos casos, fue que el precio de los medicamentos nacionales era más costoso que los extranjeros.

Esta situación se dio durante mucho tiempo. Después de la crisis de Diciembre de 2001 y como consecuencia de la desequilibrada situación social, el nuevo gobierno ideó la manera de ampliar la provisión de medicamentos a través de la Ley 25649.

En su artículo 2º dispone que toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración. Esta receta podrá indicar además el nombre genérico o marca comercial, pero en dicho supuesto el profesional farmacéutico, a pedido del consumidor, tendrá la obligación de exhibir o informar de otras marcas que posea (con distintos valores), que contenga el/los mismo/s principio/s activo/s, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades. Así la prescripción realizada por el médico, siempre es bajo el nombre genérico del medicamento. Esto, lógicamente, ha posibilitado un mayor acceso por parte de la población y al mismo tiempo, ha forzado a las empresas a bajar lógicamente el precio de sus medicamentos.

A mi criterio, si bien esto ha sido un gran logro de la norma, creo que ha descuidado algunos otros temas vinculados. Primero, como podemos ver, la ley incorpora un calzo en la relación médico-paciente, porque el médico ya no va a poder recetar lo que él quiera, sino que de alguna manera lo que la norma establezca. Únicamente el nombre genérico del medicamento que él prescriba. Y segundo, como ustedes han visto, hay una clara dirección de que el farmacéutico será quien, en definitiva, exhiba los medicamentos de menor precio que él posea. Hay, en última instancia, una cuestión de índole económica en la prestación del medicamento. Esto, en determinados niveles sociales, uno podrá optar, si tiene o no tiene dinero, o si prefiere un medicamento o el otro, pero en otras instancias no creo que eso suceda. Ustedes entenderán que la compra de un medicamento siempre implica, no siempre, una situación de incertidumbre o cierto pesar por la afección padecida, desde luego ello se merituará de acuerdo al tipo de enfermedad y a las características personales de quien posee la afección o sus familiares.

En definitiva, el farmacéutico autorizado será el responsable y capacitado para la debida dispensa de especialidades medicinales, pero muchos establecimientos farmacéuticos no siempre los atiende el farmacéutico. Para que la ley tenga efectividad en su decreto reglamentario, se expone claramente que toda receta o prescripción médica que no cumpla con lo establecido en el primer párrafo del artículo 2, se tendrá por no prescrita, careciendo de valor alguno para autorizar el expendio del medicamento de que se trate. Es decir, inhabilita ese instrumento, por más que el médico entienda, conforme su saber científico y/o por las cualidades del cuadro médico, que deba recetar determinado medicamento. Por ley, dicha receta queda automáticamente inhabilitada.

Y segundo, el Plan Federal de Salud. El Plan Federal de Salud, en este momento, es un marco de acuerdo que de manera paulatina va tomando forma. Al respecto habría que detallar un poco sobre los antecedentes del plan de salud, que es lo que sucede en nuestro país.

Nuestro país, posee una gran cantidad de prestadores. Hay alrededor de 270 obras sociales, 24 obras sociales vinculadas por cada una de las provincias, o estados, más las privadas, lo que ha generado una gran desorganización, a mi entender, de la prestación de salud. Las consecuencias en nuestro país del golpe institucional que hubo en el año 2001, generó un desequilibrio importante en la prestación de la salud, entonces el gobierno decidió reformar el modelo sanitario, donde la principal estrategia es la prestación a la atención primaria, en donde se va a hacer un trabajo en redes, desde las distintas jurisdicciones. Esto va a implicar un gran debate, una grande negociación entre los distintos estados sobre el dinero que recibe, y lo que va a hacer para una especie de reorganización también de las prestaciones y sobretodo de los planes.

Se intenta no centralizar y generar un modelo mucho más eficiente. Hasta no hace mucho tiempo, existió un gran dispendio económico en distintos programas, que en muchos casos se superpone y en otros casos, como a ustedes les pasará en algunos de sus países, en los niveles provinciales o municipales, acaecen en algunas ocasiones un manejo discrecional de ese presupuesto y que no es recibida por la población.

Así, son los dos programas, las dos instancias que, de alguna manera, en nuestro país, se empieza a conformar. En el caso del Plan Remediar, ya está vigente y en el caso del Plan Federal de Salud, está en plena construcción. Y, lidiar con 24 estados, como ustedes se imaginarán, no es tarea simple.

### **Conclusiones finales.**

En estos tiempos que corren, no debe haber distinción alguna entre seres humanos, ya sea por su condición social, familiar o territorial. La no definición de la persona no resulta en una exclusión de sus derechos, ni es obstáculo para su reconocimiento por parte del Estado. Gracias a ello, ha existido una embrionaria ampliación de sus derechos y facultades. Es momento entonces de trabajar en pos de la ampliación en el reconocimiento de tales derechos, sin que ello sea un condicionamiento para su cristalización.

En este esquema, debemos priorizar que cada país jerarquice los problemas que imperen en su realidad social, pues si no caeríamos en una globalización inversa.

En este sentido resulta imperativo la conformación de redes que posibiliten la colaboración de experiencias y el intercambio de conocimientos en el ámbito regional

Esto servirá no sólo para el conocimiento de la normativa vigente, sino también, fomentar una visión integrada de los derechos de las personas.

Desde ya, no debemos perder un concepto crítico que nos posibilite reformular las bases de los derechos vigentes o reconocidos, para poder ir “avanzando” en esta visión integral que formulamos; en definitiva ello nos brindará la plataforma necesaria para debatir los dilemas éticos que nos acompañaran en el nuevo siglo.