

La sana injerencia del Estado en las políticas de salud: La Urgencia de premisas comunes (*)

*Por Guillermo C. Alonso Sainz(**)*

Prefacio

“¿El sálvese quien pueda empeorado hasta el muérase quien no pueda?”.-

¿No tenemos otra cosa que decir y vivir?”.-

Galeano, Eduardo, “Patatas arriba. La escuela del mundo del revés”.-.

“...reapropiémonos juntos del futuro de nuestro mundo”.-.

Cassen, Bernard, ex Presidente de la ATTAC. (Association pour la Taxation des Transactions Financières pour l'Aide aux Citoyens).-

I. Introducción. La política y lo político

Creemos que es oportuno antes de desarrollar el concepto de las políticas en salud, y partiendo de la premisa de que no debemos tener duda que la misma constituye una política de Estado, efectuar una diferenciación entre los conceptos de “*la política*” y “*lo político*”, palabras éstas a las que, lamentablemente, solemos asimilar y darle el mismo alcance, cuestión que no es así y que se demostrará a lo largo del presente. Ello, como premisa básica, para luego desarrollar lo que es la política en salud como herramienta soberana en la búsqueda de la protección del individuo en su conjunto y, por ende, en la sanidad de la comunidad.-

Como sustantivo, tanto la política como lo político derivan de *polis*, palabra griega con la que se mencionaba a la ciudad-estado, es decir, a la pequeña organización o estructura de la comunidad griega. “*Politicidad significa organización política de la convivencia*” (German Bidart Campos; Lecciones elementales en Política; Ed. Ediar, 13° Edición, año 2007, pág. 60). “*El Estado es el producto de la politicidad natural del hombre*” (German Bidart Campos; Lecciones elementales en Política; Ed. Ediar, 13° Edición, año 2007, pág. 132).-

Siguiendo con otro autor, citaremos a Héctor Rodolfo Orlandi que señala que “*Lo político así esencia de la política, determina su campo autonómico y nos permite observar cuál es ese campo, pudiendo distinguir qué es político y qué no es político, cuándo estamos dentro del territorio de lo político y cuándo un fenómeno es apolítico.*” (“Principios de ciencia política y teoría del Estado”, Ed. Plus Ultra, 1986, Pág. 13)

Una cuestión sería “la política en salud” que pertenece al Estado y otra cosa es “lo político en salud”. Lo segundo sería lo variable y lo deseado, sería que en el marco de las políticas de salud las conductas políticas (lo político) guarden relación con la política, y que no se utilicen ardides carentes de ideología para desviar las políticas fijadas. Quizás el error es determinar o definir, en lo

atinente a salud, *las políticas*, cuando en realidad se está hablando de *lo político*, primando en el último caso el interés de un individuo particular o de intereses privados, ya sea bajo cualquier forma jurídica e institucional.-

German J. Bidart Campos, ha señalado que *“El Estado es la forma política de organización de la convivencia territorialmente compartida. (...) Estado u organización política es un concepto que describe una realidad: la realidad de una agrupación suprema que vincula territorialmente a todos los hombres y grupos menores para promover y obtener en su convivencia un fin común y público”*. (Bidart Campos G. J., Lecciones elementales de política, Ed. Ediar, pág. 17). Afirmó que *“El Estado es el producto de la politicidad natural del hombre”* (Bidart Campos G. J., Lecciones elementales de política, Ed. Ediar, pág. 132)

II. La salud. Su interrelación con el contexto sociopolítico e histórico

Siguiendo la idea de Daniel Frankel, en “Cuadernos médicos sociales n° 44, junio 1988. Hacia una definición participativa en salud: atención de los sectores populares del Conurbano bonaerense” (Pág. 64) cabe afirmar que la cuestión de la salud guarda coherencia y se interrelaciona necesariamente con el contexto socio-político e histórico imperante en cada momento.-

Siguiendo al mismo autor, el debate acerca de la organización de los sistemas de salud es superador de las concepciones individualistas y autoritarias que impidieron el éxito de una práctica social y sanitaria exitosa.-

Un de las formas que abrió el abanico de esa participación fue el modelo de la asistencia primaria en salud, conocida como el modelo APS. Con dicha asistencia primaria no sería el Estado bajo una única línea, la fijación de una práctica determinada, sino que cada comunidad de acuerdo a sus necesidades fijaría las pautas de sus prioridades.-

Entiendo que en base a ello no sólo se podría lograr una optimización de los recursos sino que la mejor fijación en sus proporciones mayores o menores que competan a cada área de salud. No cabe duda que si tomamos ejemplos extremos, la tensión atinente a los embarazos de menores resultan frecuentes en zonas de bajos ingresos, siendo que otras cuestiones a las que podríamos denominar “estéticas” (ejemplo: sistema de implantes dentales) pasen a un plano que sin ser desconocido no ocupe la primacía del primero mencionado.-

Sin perjuicio de lo cual, pareciera que determinadas conductas sociales modernas nos permiten que tales calificaciones no resulten extremas. En tal sentido, no se puede obviar la estadística surgida el día 23 del corriente mes y año en la página 29 del diario Clarín, donde la Ciudad Autónoma de Buenos Aires está considerada como uno de los lugares de menor índice de vacunación contra el cáncer de cuello de útero, estableciendo que otras provincias como Río Negro, Misiones y Santiago del Estero son las que más se han acercado a la vacunación denominada VPH.-

Indudablemente, a modo de ver del suscripto, y sin entrar en la forma en que pudo haberse realizado tal trabajo estadístico, es probable que la mayor injerencia en las provincias citadas en último término haya sido producto de una campaña por parte de las autoridades, ya sea gubernamentales, como de distintas ONG, facilitando que la citada vacuna – obligatoria- permita ir cumpliendo el fin preventivo que motivara la novel ley.-

También es cierto que el contexto sociocultural puede determinar que ciertas conductas, sobre todo en el área de la psiquis, como por ejemplo la depresión, tengan mayor relevancia en determinados estratos sociales más cercanos a la urbe que a cordones periféricos.-

¿Qué duda podemos tener de que, por ejemplo, es más plausible que un menor criado en zonas marginales padezca cuestiones en su formación física acordes a una mala alimentación que a problemas psíquicos?. Por supuesto, que de manera alguna esto significa desconocer que también debe tratarse las patologías en su totalidad, pero con la certeza de que, a veces, *todo no se puede*. Y es así donde no tiene duda este autor, que una racional política del Estado, con verdaderos estudios de campo pueda paliar los problemas sanitarios de cada comunidad en particular.-

Una forma de esa participación pareciera desprenderse de lo que fue la Conferencia Internacional de Alma Ata del año 1978, la que, siguiendo el criterio del autor referenciado precedentemente, *“apareció como un intento de revertir el modelo desarrollista en salud. Se definió como la necesidad de que las familias e individuos en la comunidad asumieran responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar para mejorar la capacidad para contribuir a su propio desarrollo económico...”*. No es menor destacar algunos párrafos o preceptos de la declaración de Alma – Ata, que da cuenta la pág. 79/81 en “El sentido de la salud para todos en el año 2000”, a saber: *“...la salud es un derecho humano fundamental... cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además que el de la salud”*.-

“La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y alcanzar la paz mundial”.-

Resalta en el capítulo sexto diciendo *“la atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas...representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud...Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad...exige y fomenta en grado máximo la autoresponsabilidad y la participación de la comunidad”*.-

Por último, a mi modo de ver y como clara injerencia del Estado, el capítulo octavo brega para que los gobiernos formulen políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con el objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores.-

No me resulta un tema menor cuando al final del capítulo citado, se habla de que es preciso ejercer *“la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles”*.-

Digo esto, porque justamente habla de voluntad política cuando no debería haber sido utilizada dicha palabra, sino que hubiese correspondido la obligación política. Para que ello acontezca es determinante no la voluntad en sí misma (que sería *lo político*) sino *la política* que cumpla los preceptos y que, ante la claridad de los mismos, el político de turno se encuentre obligado a una buena *gobernanza*, como sinónimo de buen gobierno, y no lo político como un mero factor de *gobernabilidad* en una circunstancia política determinada, y por ende descoordinada e ineficiente.-

Avala lo expuesto las citas de los trabajos que se exponen a continuación. Daniel Frankel en su obra “Hacia una definición participativa en salud: atención de los sectores populares del Conurbano

Bonaerense”, plantea que *“las contradicciones del sistema de salud en nuestro país se sustentan en la incoherencia organizativa como resultado de la falta de una planificación eficiente, de la discontinuidad de tareas y de la superposición de programas”*. -

Afirma que *“el sistema sanitario es utilizado por los diferentes sectores como un terreno en el que se dirime una porción de la lucha por el poder”*. Esto último, sostiene también Michel Foucault al propugnar la idea de que *“la salud es objeto de una verdadera lucha política”* (La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación. Las Ediciones de La Piqueta. Pág. 96).-

En contraposición, debemos referenciar lo que fue el Consenso de Washington paralelo a Alma-Ata solamente en su temporalidad (años 1978 y 1979, respectivamente), donde básicamente queda en evidencia que el Estado reduce su participación en lo atinente a salud, y sostiene la figura de un Estado minimalista.-

Se pone claramente en evidencia que tal consenso fue consecuencia directa de la idea del Estado en bancarota. Para justificar, justamente tales políticas surge la idea del concepto del *derrame*, donde del juego de la oferta y la demanda habrá un sobrante y el mismo es el que ha de aplicarse, en este caso, a la salud.-

No podemos obviar, insistiendo en los conceptos de *la política y lo político*, que la salud no ha sido ajena a los avatares ideológicos de la historia de la humanidad. Cuestión esta que, por supuesto, no escapa a nuestro país, donde si bien el ideal sería la coincidencia de una política en salud, que guarde su correlato con lo actitudinal político, no necesariamente lo ha sido, o mejor dicho, casi nunca. Como cualquier normativa, bajo la fachada de una reglamentación se viola el espíritu de la ley principal.-

Me surge que para la injerencia del Estado es determinante que lo político no sea manchado, para lo cual en lo que es la concepción de lo público me permito sintetizar la idea de lo expuesto en una frase de Don José de San Martín: *“...Sacrificaría mi existencia antes de echar una mancha sobre mi vida pública que se pudiera interpretar como una traición...”*. -

III. Síntesis de la historia de la salud en nuestro país

Por lo expuesto en el punto anterior, y tratando de seguir una línea coherente haremos una breve síntesis de la historia de la salud en nuestro país, previo a lo cual definiremos a la salud.-

Según expresa Nicolás Diana en su artículo “Hacia una superación de la mera dogmática en los derechos de las personas con padecimientos mentales”, citando a Ferreyra Rodolfo Fabián, *la salud puede conceptualizarse como un estado de bienestar físico, mental, social y no meramente como la ausencia de enfermedad o invalidez. La salud implica siempre un determinado equilibrio entre sus diferentes dimensiones: anatómico- morfológico, fisiológico, psíquico, ecológico y socio-económico”*. -

Por otro lado, Georges Canguilhem en su obra “Lo normal y lo patológico”, en el capítulo titulado “Examen crítico de algunos conceptos: de lo normal, de la anomalía y de la enfermedad, de lo normal y de lo experimental”, nos dice que *“tomada en absoluto, la salud es un concepto normativo*

que define un tipo ideal de estructura y de comportamiento orgánico; (...).”.-

Haciendo referencia puntual al sistema de salud argentino, cabe indicar que está integrado por tres subsistemas: el público, el de las Obras Sociales (seguridad social) y el privado.-

El primero de ellos presta servicios de manera gratuita y se encuentra conformado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud. Ellos operan bajo la dirección de los Ministerios y Secretarías de Salud, tanto a nivel nacional, como provincial y municipal.-

El “subsistema” de Obras Sociales se caracterizó desde sus orígenes por tratarse de un sistema de atención de la salud caracterizado por la afiliación obligatoria de todas las personas que trabajan en relación de dependencia. Su consolidación se dio en la década del ’70, a través de la ley 18.610.-

Por último, encontramos al sector o subsistema privado (llamado así, claro está, por ser financiado con aportes privados de quienes hacen uso del mismo – usuarios- que generalmente pertenecen a sectores sociales medios y altos), que engloba a multiplicidad de entes que ofrecen diversidad de coberturas.-

Como rasgo a destacar, es importante mencionar el gran nivel de fragmentación que impera en todas las áreas. Los subsistemas no funcionan de manera coordinada ni articulada. Es así que: *“las formas predominantes de organización de la atención existentes en la mayoría de los países están presente en la Argentina. Sin embargo, atrae la atención... la excesiva fragmentación de las instituciones a través de las cuales dichas formas se materializan en el país: un sector público cuyos niveles nacional, provincial y municipal presentan un alto grado a autonomía; un gran número de obras sociales sumamente heterogéneas...y, por último, un importante sector privado distribuido en un amplio conjunto de mutualidades, seguros privados y establecimientos particulares. Además, la escasa coordinación existente dentro de cada uno de estos modelos hace a su vez difícil la coordinación entre ellos”* (La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina: ¿pluralidad o irracionalidad?, Ernesto Isuani y Hugo Mercer).-

Haremos un recorrido breve por diversos contextos históricos, señalando como ha sido tratado el tema de la salud en cada uno de ellos y poniendo en evidencia las características del sistema recién mencionadas.-

Hasta el año 1945, el Estado actuaba de manera subsidiaria en materia de salud (controlando lo referente a la higiene pública y al control de epidemias, entre otras cuestiones aisladas y muy puntuales), estando la misma a cargo de entidades que se encargaban de satisfacer los requerimientos específicos. La ausencia de intervención del Estado, implicó también la falta de políticas a largo plazo que permitan garantizar un sistema de salud que proteja eficiente y suficientemente la sanidad de la población.-

Con la llegada del peronismo al poder, opera un cambio rotundo en la materia que tratamos, constituyéndose la salud como responsabilidad del Estado. Siguiendo esta concepción, se nacionalizaron las instituciones públicas prestatarias de servicios médicos. Paralelamente, se propugna el acceso al sistema de los sectores sociales que en épocas anteriores habían quedado marginados. La premisa era “atención médica para todos”.-

Con la caída del gobierno citado, en 1955, el gobernante de turno inicia una serie de políticas tendientes a lograr consenso con el sindicalismo. Es así que hacia 1970, se sanciona la ley que consolida el funcionamiento de las Obras Sociales. Sin embargo, la falta de integración de ambos sistemas era un rasgo predominante, y por ende, falible en su sistema.-

Hacia 1983 y luego de haber atravesado un largo período de gobiernos de facto, el sistema de sanidad (tanto el netamente público como el de la seguridad social) presentaba una gran fragilidad, empeorándose con las graves crisis a nivel económico que sacudían al país.-

Tal fragmentación, deterioro e insuficiencia provocaron o impulsaron la emergencia del subsistema privado, en la década de los '90, paralelamente al acontecimiento de cambios en el Estado.-

Las políticas públicas estuvieron destinadas a acentuar la descentralización de las instituciones de salud y, sobre todo, a privatizar ciertos servicios sanitarios. Paralelamente a la decadencia aún más profunda del subsistema público, el desempleo crecía producto de la crisis económica, y con ello se producía la pérdida del beneficio de contar con una Obra social.-

De tal manera, que cada vez más personas buscaban acceder al sistema público, en orden a la imposibilidad económica de recurrir al otro eje: el privado, dado los elevados costos que ellos traía aparejado. *“De esta forma el mosaico de modalidades de atención médica que existe en la Argentina difícilmente pueda ser calificado como sistema de salud, si se acepta que tal concepto supone coherencia entre las partes que lo componen, y un grado de racionalidad que permita el acceso a atención adecuada...”*(La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina: ¿pluralidad o irracionalidad?, Ernesto Isuani y Hugo Mercer).-

Nicolás Diana plantea la problemática acerca de la postergación en la implementación de políticas públicas adecuadas referentes a la cuestión de la salud en los países en vías de desarrollo. Señala el autor que *“Es allí donde la función globalizadora del sistema internacional de los derechos humanos adquiere mayor importancia, no solamente por el reconocimiento que los Estados realizan de principios, derechos y garantías de orden universal, sino también por la responsabilidad que esa afirmación supone para su operatividad, dejando de lado el mero carácter programático detrás del cual se han escudado los gobiernos durante décadas, so pretexto de la vulneración de la soberanía nacional”* (Nicolás Diana, “Hacia una superación de la mera dogmática en los derechos de las personas con padecimientos mentales”, Pág. 5)

Es por ello, que no podemos olvidar que el derecho a la salud e integridad física y psíquica poseen rango constitucional, conforme art. 42 de la nuestra Constitución de 1994, donde refiere a los tratados internacionales con jerarquía constitucional. Los aludidos pactos internacionales contienen cláusulas específicas que resguardan la vida y la salud, según surge del art. 7 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, del art. 25 inc 2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de los arts. 4 inc 1 y 18 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), del art. 24 inc 1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y del art. 10 inc 3 del Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales, vinculados con la asistencia y cuidados especiales que se deben asegurar.-

Consecuencia de ello, se encuentran en juego derechos fundamentales que en el plexo de los restantes derechos constitucionales tienen un grado de indudable preeminencia (Cfr. Ekmedjian

“Jerarquía constitucional de los derechos civiles” LL 1985 A, 847).-

Me permito agregar una opinión que no es menor y que fuera volcada por nuestro Máximo Tribunal en distintos fallos (302: 1284; 310:111; 316:479, votos concurrentes) “...*el hombre es eje y centro de todo sistema jurídico y en tanto fin en sí mismo – más allá de su naturaleza trascendente- su persona es inviolable y constituye valor fundamental con respecto al cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental.*”.-

Tampoco podemos olvidar desde el punto de vista constitucional la trascendencia del art. 75 inc 22 de nuestra Carta Magna en cuanto a la supremacía de los tratados internacionales, modificación ésta que no resultó menor a la luz de la vieja redacción de la misma, en cuanto disponía la aceptación primaria por parte del Congreso para la vigencia de la norma. Por ende, de la normativa internacional y nacional se puede extraer un catálogo de derechos mínimos.-

Obsérvese que justamente uno de los pilares de la nueva ley 26.657 (Ley Nacional de Salud Mental) expresa el reconocimiento a los instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos pueden establecer las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (art. 1, derechos y garantías, de la ley citada).-

IV. De la hipótesis

Como continuación del presente trabajo y con el fin de plasmar la hipótesis, como consecuencia de lo expuesto hasta el presente, y a su vez elaborar una suerte de ensayo sobre una posible solución para lo que es el engranaje de las distintas modalidades que hacen a la salud, haremos algunas consideraciones sobre los distintos sistemas de salud.-

Ello, para luego abordar la concepción de la globalización como continuadora de lo que fuera referido en el punto anterior (aspectos históricos y jurídicos) y permitir esbozar una síntesis de la propuesta del presente trabajo.-

Tres concepciones podemos tomar sobre la salud: la liberal, la desarrollista y la participativa. La primera de ellas basada en un concepto netamente mercantil de oferta y demanda y donde respecto de aquellos que no pueden ingresar al sistema pareciera aparecer el Estado como paliativo.-

Digo pareciera porque es muy difícil que lo residual pueda primar sobre la excelencia de los que pueden acceder a un sistema privado. En dicho modelo prima el concepto médico hegemónico con carácter netamente biologista y, por ende, se desvincula de los determinantes sociales que rodean o, incluso, originan una enfermedad.-

Con posterioridad, y seguramente como consecuencia de los cambios producidos entre la década del '60 y '70 aparece el concepto desarrollista. La propuesta del mismo consiste en *educación para la salud*. Reconoce la raíz social de las enfermedades pero al mismo tiempo no se aparta de la relación médico-paciente en cuanto a la función del médico predominante y la actitud pasiva del paciente. Este sistema chocó en que, si bien se reconocían la problemática en los distintos estratos sociales, no se lograba avanzar más allá de una atención médica de bajo costo. Sin embargo,

como dice, el Dr. Frankel en la obra citada en el punto II del presente trabajo“...sirvió para campañas de vacunación, detección de situaciones de riesgo en el campo materno-infantil...”.-

Por último, debemos referirnos a la concepción participativa en salud. Indudablemente, la directriz de la misma es opuesta a las antes mencionadas y basa su acción en la cuota de poder de que dispongan los grupos involucrados en la acción: *“el modelo participativo sustenta que el saber no está fuera del poder ni se concibe sin poder”*. Dentro de la concepción participativa surgieron diferencias entre el criterio salud-enfermedad de la medicina oficial.-

Resulta difícil compatibilizar ambos sistemas, si justamente, los vectores de aplicación no están compenetrados con la problemática del lugar y de las creencias de los habitantes del mismo.-

Viene a mi memoria algún libro sobre la vida del Dr. René Favaloro como médico rural e, incluso, en la actualidad, de algún programa periodístico donde se ha hecho referencia a su desempeño como tal.-

Solía decir el mismo que sus once años en Jacinto Araos, Provincia de La Pampa, le habían permitido en su estadía en Cleveland (EE.UU.) efectuar diagnósticos que sorprendían a los demás residentes, explicando humildemente que gran parte de los mismos obedecían a su experiencia como médico rural y el respeto a las creencias de la zona en que había trabajado. Es de recordar, a la fecha, las veces que el hoy fallecido Doctor Favaloro respetando la voluntad de los lugareños compartía el nacimiento de un niño junto a la matrona elegida por la familia.-

La realidad nos indica que si bien marcamos diferentes sistemas de salud que conviven en nuestro país, la realidad fáctica es que por vía directa o indirecta hay una convivencia de todos los sistemas, a tal punto que en lo público también se recurre a contrataciones del ámbito privado ante imposibilidades económicas y/o técnicas; pero la mismo tiempo es sabido que lo privado propiamente dicho necesita nutrirse para su desarrollo de la comunidad en un todo, entendiendo a mi modo de ver que han quedado prácticamente marginadas o con menor renacimiento aquellas Obras Sociales conocidas como “de la seguridad social”, abundando los casos donde han tenido a recurrir a procesos de liquidación e intervenciones.-

Se amplía lo expuesto a lo que fueron los hospitales que representaban las corrientes migratorias, mutuales y centros asistenciales de igual línea. Los mismos, en gran parte han desaparecido y los que subsisten lo lograron a través de las fusiones con prepagas e incluso concesionando áreas del nosocomio a los médicos de su plantel.-

Por eso, y retomando lo que fuere la posición del primer gobierno peronista, en la opinión visionaria del Dr. Carrillo, quien expresara que puede haber una convivencia entre los dos modelos, o sea el público y el privado. Como se señala en el trabajo de Ernesto Isuani...” *con Carrillo se inician una serie de medidas que serán retomadas posteriormente por Gobiernos constitucionales, dichas medidas expresaban su voluntad de regulación de la atención a la salud por parte del Estado, así como el propósito de mantener una adecuada accesibilidad para los sectores sociales menos pudientes...obsérvese que a pesar de su clara vocación sobre la participación del sector público en la atención médica no descartaba lo privado”*.-

Tal contingencia no es un tema menor en su traspolación a la actualidad; toda vez que la globalización en su concepción amplia ha permitido la dinámica de las comunicaciones y, por ende,

el compartir el avance en este caso de la ciencia con la posibilidad de llegar, por lo menos, en su información en forma inmediata a la humanidad en un todo.-

Consecuencia de la globalización, muchos señalan que los límites territoriales de un Estado no coinciden con los límites e incluso con los propios de las autoridades políticas en la esfera económica y social. A tal punto ello acontece que se habla de la figura de los Estado *porosos*, donde los mismos como consecuencia de este proceso van perdiendo su autonomía.-

Deseo detenerme un instante en considerar que esta nueva forma llámese “de dominio”, con otros nombres han existido en la historia de la humanidad. Seguramente, otro sería el nombre o significado, pero quien puede dudar de los viejos intercambios entre los entre Oriente y Occidente, demostrado en el fin político/económico/ social y hasta religioso que persiguieron lo que se denominaron los viajes de los descubrimientos, impulsados por España y Portugal sobre fines del año 1400 y siguientes y así en la gran mayoría de los procesos histórica y la prevalencia e un dominador.-

Por eso, pensadores como Eduardo Galeano manifiestan que no reconocen la *globalización* sino que insisten en la teoría de la *internacionalidad*, como una interacción entre individuos.-

El avance de la tecnología sumado a la concepción de un orden jurídico internacional hacen que sea más dinámico y, por ende, es menester que cada Estado soberano encuentre el equilibrio que logre el antídoto que salvaguarde su identidad dentro de un marco de pertenencia a un sistema universal.-

Por eso, es necesario también que se gestionen políticas de largo plazo, que contemplen diversos aspectos y que permitan alcanzar el objetivo de generar un sistema de salud eficaz. “ *Es de urgente necesidad que la salud de la población se enfoque mediante un modelo interdisciplinario e intersectorial que incorpore coherentemente todos los aportes, los de educación, los de economía y seguridad social y especialmente, de modo de reducir conflictos, disminuir la incertidumbre y confusión actuales y utilizar los recursos con la mayor eficiencia.*” (“Principales problemas de la administración gubernamental de salud en América Latina” en “La salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su administración.”, Aquiles Lanza, Pág., 53).-

No podemos descartar que en todo este proceso y en lo específico de la salud, lo constituya la longevidad, paradigma éste que ha motivado que en los próximos años el desafío sea la verdadera y sana protección de los ancianos.-

Digo esto porque las nuevas formas migratorias, sumadas al concepto moderno de familia e incluso el fenómeno del “vivir solo”, no solo como una decisión propia sino como acto de autorrealización, lleva a la necesidad de que ante ese vacío sólo el Estado puede garantizar la protección debida. “*Como en ninguna otra época de la historia, hoy cada vez más personas eligen vivir solas...’ mi propio sol, mi propia luna y estrellas, y un pequeño mundo todo para mí ’. Escribió Henry David Thoreau, icono del individualismo norteamericano del siglo XIX...En efecto vivir solo encaja en perfecta sintonía con los valores modernos. Promueve libertad, control y autorrealización...*” (Diario La Nación, domingo 6 de mayo de 2012, Pág. 5).-

Como lo he señalado en alguna otra oportunidad, la caída del Muro de Berlín y la terminación de la Guerra Fría generó la falta de lineamiento de los países atrás de una ideología.-

Por eso, en muchos casos, denotamos en el discurso político la ratificación o marcación de una ideología que no guarda relación con la efectiva aplicación de los actos burocráticos-gubernamentales, por lo que en muchos casos estamos en lo que podemos denominar la ideología aparente.-

Prueba más elocuente, lo fue hace unos días cuando la Primer Mandataria de nuestro país, en un discurso refirió que la crisis económica mundial ha producido fenómenos impensados y su trastocamiento llegaba a que *“donde antes ganaba la izquierda, hoy gana la derecha y donde antes ganaba la derecha, hoy gana la izquierda...”*.-

Todas estas contingencias me llevan a ratificar que no puede prescindirse de manera alguna de la injerencia del Estado como coordinador de todo proceso relativo a la salud, pero, para ello y dado el entramado que estamos viviendo en los sistemas de salud donde se llegan a dictar normas, las que quizás con las mejores intenciones, a la fecha no reflejan la realidad de su fiel cumplimiento.-

En tal sentido nombro a título de ejemplo la ley 26.682 de mayo del 2011, que tuvo por objeto regular los planes de adhesión voluntaria que comercializan los agentes de salud, ampliando a la libertad de contratación por parte de los afiliados de un agente a otro agente a su libre albedrío. En otro orden, la reciente ley de salud mental determinó que el 10% del presupuesto de la salud pública sería destinado en los próximos años a la salud mental. Ahora bien, me pregunto qué parámetros se utilizaron para establecer tal porcentual si la última estadística relativa a dicha área data del año 1979.-

V. Síntesis y su propuesta

Toda esta situación sólo podrá tener solución mediante un verdadero acuerdo *político* que fije *la política* en salud. A tal fin, quizás, no sea necesario una rimbombante declaración de principios, sino el compromiso de los que nos conducen, en todo el abanico político y con la participación de la ciudadanía (por sí y por medio de las distintas instituciones) a una serie de pautas básicas que puedan perdurar a lo largo del tiempo.-

De esa manera, y logrado ese consenso básico, el gobernante de turno no podrá echar por tierra todo lo hecho con anterioridad, por lo menos en la esencia y sin que ello implique que el mismo renuncie a matices de su gestión en tanto no se opongan a aquellos principios básicos.-

En lo atinente a salud, no cabe duda que una premisa básica va a ser determinar los porcentuales (referidos a la estratificación del presupuesto) que corresponden a cada área de la salud en sus distintas patologías, discriminado claramente, a su vez, en cuanto puede inferir lo privado y lo público, ya sea en forma independiente o coexistiendo de acuerdo a cada patología.-

Por eso, viene a mi memoria como paradigma de un hecho político relativamente reciente (a pesar de sus 35 años) lo que fuera el Pacto de la Moncloa, el que incluyó justamente un capítulo muy sintético pero a la vez eficaz relativo a la salud, al que me permito agregar en su integridad:

Salud y Asistencia Sanitaria. Se elaborará un catálogo de enfermedades profesionales y se

actualizarán las normas de medicina preventiva. Asimismo se recomienda la creación de un Servicio de Orientación Familiar y la inclusión de la psiquiatría dentro de las prestaciones de la Seguridad Social, todo ello dentro de las posibilidades actuales del marco financiero general de la misma.-

Observamos que la simpleza de los cuatro renglones precedentemente citados reflejan una clara pauta de las políticas a seguir, y debemos decir que el hecho de no quedar en una simple declaración, lo fue justamente por la clara voluntad política de aquellos dirigentes que, haciendo primar el bien común, se despojaron de los protagonismos individualistas y sentaron las bases y principios para un proceso y que quizás, a pesar de la crisis económica mundial, seguramente podrán ser reencauzados.-

Bibliografía

§Aquiles Lanza “Principales problemas de la administración gubernamental de salud en América Latina” en “La salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su administración.”.-

§Conferencia Internacional de Alma Ata

§Consenso de Washington- 1979-

§Constitución Nacional

§Daniel Frankel, “Cuadernos médicos sociales nº 44, junio 1988. Hacia una definición participativa en salud: atención de los sectores populares del Conurbano bonaerense”

§Diario Clarín, 23 del de mayo de 2012.-

§Diario La Nación, domingo 6 de mayo de 2012, Pág. 5.-

§Ekmedjian, “Jerarquía constitucional de los derechos civiles” LL 1985 A , 847.-

§Ernesto Isuani y Hugo Mercer. La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina : ¿pluralidad o irracionalidad?.-

§Germán Bidart Campos; Lecciones elementales en Política; Ed. Ediar, 13° Edición, año 2007

§Héctor Rodolfo Orlandi, “Principios de ciencia política y teoría del Estado”, Ed. Plus Ultra, 1986

§Ley 26.657 (Ley Nacional de Salud Mental).-

§Michael Foucault “La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación”. Las Ediciones de La Piqueta.-

§Ley de Salud Mental 26.657

§Ley 26682.-

§Pacto de la Moncloa

(*)El trabajo que se desarrolla fue presentado en la Carrera de especialización en política y gestión de la salud mental, UBA, Facultad de Psicología, Secretaría de postgrado, Directora Virginia Corina Samaniego, en la materia Políticas de Salud, cátedra a cargo del Profesor Mg. Daniel Frankel.-

(**) Abogado- UBA- Mediador matrícula MJN 1155. Incluido en la lista del Colegio Público de Abogados de la Capital Federal para ocupar cargos de auxiliar de la Justicia como curador, tutor e interventor, entre ellos. Ex – miembro de la Comisión de Defensa del Colegio antes citado, como así también como miembro de la asamblea de delegados. Ex – auxiliar de la Justicia Nacional en lo Civil, período 1980/1987, y desde entonces en el ejercicio independiente de la actividad profesional. Ex – docente del Práctico Forense II de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, UBA. Docente invitado en otras Universidades (Morón, UADE, Universidad de la Fundación Barceló). Disertante invitado en Universidades, seminarios y congresos de distintas instituciones atinentes a los procesos de incapacidad, entre ellos: Colegio de Abogados de la Capital Federal, Fundación Barceló, Academia Nacional de Ciencias Médicas, Congreso de Médicos Psiquiatras de la República Argentina, Hospitales públicos e instituciones privadas. Participante en seminarios, talleres referidos a la actualización en el proceso de mediación y en salud mental, entre ellos: 1º Congreso Internacional sobre discapacidad e inclusión”, Mar del Plata, Septiembre 2011. Autor de artículos sobre la materia de Derecho de Familia, entre ellos “Sobre el síndrome de alienación parental en la mediación” (Fojas Cero). Autor de capítulos sobre mediación en “Nuevas formas de dominio y solución de conflictos”, La ley, 2001; “Insania e inhabilitación”, Ed. Centro Norte, año 2005; “Insania e inhabilitación: aspectos sustanciales y procesales- incluye normativa Ley de salud mental 26.657”, Ed. Centro Norte/ Carlos Vicino Editor, enero 2011. Co-autor “Ley Nacional de salud mental: N° 26.657, Comentarios Interdisciplinarios”, Ed. Centro Norte, Carlos Vicino Editor, agosto 2011. Actualmente, cursando materias de posgrado en la carrera de especialización en Política y Gestión de la salud mental (Coneau, Res. 408/404).-

Citar: elDial DC1898

Publicado el: 07/06/2012

copyright © 1997 - 2025 Editorial Albrematica S.A. - Tucumán 1440 (CP 1050) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina