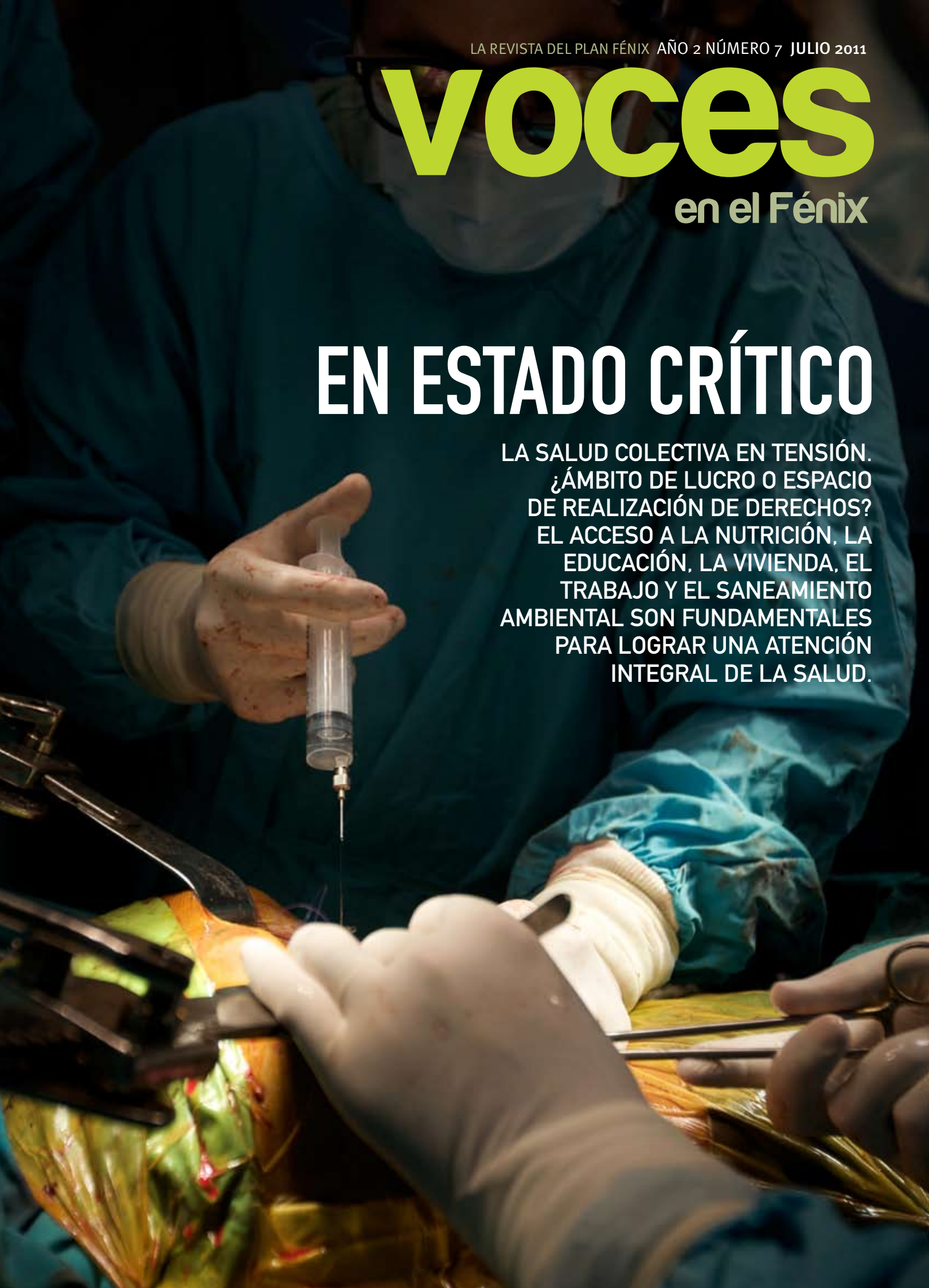


vooces

en el Fénix

EN ESTADO CRÍTICO

LA SALUD COLECTIVA EN TENSIÓN.
¿ÁMBITO DE LUCRO O ESPACIO
DE REALIZACIÓN DE DERECHOS?
EL ACCESO A LA NUTRICIÓN, LA
EDUCACIÓN, LA VIVIENDA, EL
TRABAJO Y EL SANEAMIENTO
AMBIENTAL SON FUNDAMENTALES
PARA LOGRAR UNA ATENCIÓN
INTEGRAL DE LA SALUD.



julio 2011
sumario n°7

editorial

**UN BIEN PÚBLICO
INSUSTITUIBLE: LA
SALUD COLECTIVA**

Abraham Leonardo Gak

reportajes
audiovisuales



COOPERANZA

HOSPITAL JOSÉ T. BORDA

ALCIRA ESCANDAR

HOSPITAL DIEGO PAROISSIEN
(LA MATANZA)

JOSÉ GAZPIO

CENTRO COMUNITARIO DE
PROMOCIÓN DE LA SALUD
(BARRIO RIVADAVIA)

SOBRE LA SALUD COLECTIVA

José Carlos Escudero

AFÁN DE LUCRO Y SANIDAD

Vicenç Navarro

LOS PROYECTOS DE SALUD

EN AMÉRICA LATINA Asa Cristina Laurell

ORGANISMOS INTERNACIONALES

DE SALUD Y LA ARGENTINA Mario Rovere

DE LA SALUD PÚBLICA A

LA SALUD COLECTIVA Diego Armus

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE

LA ARGENTINA Susan López

PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL

EN LA ARGENTINA Vicente Galli

CONSECUENCIAS DEL AJUSTE

EN LA ALIMENTACIÓN Patricia Aguirre

DESAFÍOS DEL SISTEMA

DE SALUD ARGENTINO Daniel Maceira

OBRAS SOCIALES EN LA ARGENTINA. UN

SINTÉTICO RELATO HISTÓRICO Francisco Leone

INFANCIA Y DERECHO A LA SALUD

Virginia López Casariego

LOS SERVICIOS INTEGRALES PARA LAS PER-

SONAS MAYORES DEPENDIENTES Nélica Redondo

GENÉTICA, SALUD Y

DERECHOS HUMANOS Víctor Penchaszadeh

LA SALUD BUCAL PARTE DE LA

SALUD COLECTIVA Alejandro Dávila

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SALUD

Marcos Ordóñez y Laura Saiz

REFLEXIONES EN TORNO A UNA POLÍTICA

RACIONAL DE MEDICAMENTOS Horacio Barri

LA PRODUCCIÓN ESTATAL DE

MEDICAMENTOS EN ARGENTINA Martín Isturiz

ACERCA DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS

HUMANOS EN SALUD Mónica Abramzón

06
12
14
20
28
34
44
52
60
68
75
80
86
93
98
104
110
116

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Decano

Alberto Edgardo Barbieri

Vicedecano

Luis Pérez Van Mórlegan

Subsecretario General

Walter Berardo

Secretario Académico

José Luis Franza

Secretario de Planeamiento y Evaluación Educativa

Juan Carlos V. Briano

Secretario de Investigación y Doctorado

Eduardo Scarano

Secretario de Hacienda y Administración

César Humberto Albornoz

Secretario de Extensión Universitaria

Emiliano Yacobitti

Secretario de Bienestar Estudiantil

Federico Saravia

Secretario de Relaciones Internacionales

Jorge Brugnoli

Secretario de Graduados

Catalino Núñez

Director General de la Escuela de Posgrado

Catalino Núñez

CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Claustro de Profesores

TITULARES

Humberto Luis Pérez Van Morlengan

María Teresa Casparri

José Luis Giusti

Enrique Luis Scalone

Leopoldo Halperin Weisburd

Walter Fabián Carnota

Gerardo Fernando Beltramo

Pablo Rota

SUPLENTES

Héctor Chyrikins Heriberto

Horacio Fernández

Juan Carlos Aldo Propatto

Claustro de Graduados

TITULARES

Luis Alberto Cowes Rubén

Antonio Arena

Jaime José Korenblum

Álvaro Javier Iriarte

SUPLENTES

Héctor Molina

Guillermo Seyahian

Juan Carlos Jaite

Fernando Juan Franchi

Claustro de Estudiantes

TITULARES

Juan Manuel Oro

Pablo Martín Belluscio

María Laura Fernández

Schwaneck

Natalia Guidolin

SUPLENTES

Mayra Daniela Trujanovich

Arturo Pozzali

Bruno Razzari Brion

César Agüerov

staff

DIRECTOR

Abraham L. Gak

COMITE EDITORIAL

Eduardo Basualdo

Rubén Berenblum

Aldo Ferrer

Benjamín Hopenhayn

Oscar Oszlak

Fernando Porta
Alejandro Rofman
Federico Schuster

COORDINACIÓN TEMÁTICA

José Carlos Escudero

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Martín Fernández
Nandín

PRODUCCIÓN

Paola Severino
Erica Sermukslis
Tomás Villar

CORRECCIÓN

Claudio M. Díaz

FOTOGRAFÍA

Sub [Cooperativa de Fotógrafos]

DISEÑO EDITORIAL

Alejandro Santiago

PRODUCCION AUDIOVISUAL

ION Audiovisual

DESARROLLO Y DISEÑO DEL SITIO

Leandro M. Rossotti
Carlos Pissaco

Voces en el Fénix es una publicación del Plan Fénix.

www.vocesenelfenix.com // voces@vocesenelfenix.com

Córdoba 2122, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires. Teléfono 4370 6135. Registro de la propiedad intelectual en trámite. Los artículos firmados expresan las opiniones de los autores y no reflejan necesariamente la opinión del Plan Fénix ni de la Universidad de Buenos Aires.



UN BIEN PÚBLICO INSUSTITUIBLE: LA SALUD COLECTIVA

El presente número de Voces en el Fénix está dedicado al tema de la salud. Esto nos ofrece la posibilidad de encarar la problemática desde una multiplicidad de aspectos que abarcan no sólo la cuestión médica, sino también las aristas económica y social.

Partiendo de entender a la prestación de salud como uno de los principales bienes públicos que debe aportar el Estado, debemos ser cuidadosos para no caer en el engaño de una mirada puramente economicista. Si bien la insuficiencia en la provisión de bienes públicos es uno de los problemas estructurales de las crisis que nuestro país ha transitado, en el caso de la salud y la educación se transforma también en el termómetro con el cual se juzgan las políticas sociales de los distintos gobiernos.

Está claro para nosotros que la salud es un bien social y, en consecuencia, un derecho para todos y cada uno de los habitantes de nuestro territorio.

Esta visión se contrapone con el concepto instalado en los años regidos por el pensamiento neoliberal, según el cual la salud pública era un gasto y la eficiencia en su prestación era juzgada con parámetros puramente fiscales. Asimismo, bajo esta concepción, la salud era entendida como una mercancía más, a la cual las personas accedían de acuerdo con su capacidad para adquirirla.

Hoy en día, si bien es otra la noción que se enuncia desde el gobierno, aún persisten muchos de los rasgos característicos del modelo alumbrado en las últimas décadas. Queda entonces por delante el análisis de un sistema que busca el bienestar del hombre y la salud de la comunidad, pero tiene fuertes continuidades con el pasado reciente.

La complejidad del sistema actualmente en funcionamiento en nuestro país, plasmada en la convivencia de un subsistema público junto a un subsistema de obras sociales y otro de empresas de medicina prepaga con un claro objetivo de lucro, dificulta la elaboración de un proyecto que instale la vigencia real de la salud como un derecho de cada persona.



Este número de nuestra revista pretende entonces, a partir del abordaje de una amplia variedad de temáticas vinculadas al problema de la salud, presentar un escenario crítico con respecto a la direccionalidad del sistema. Un recorrido que abarca desde la formación profesional de quienes tienen a su cargo la prevención y la atención directa de la comunidad, hasta la situación de la atención de la salud mental de la población, pasando por cómo se atiende la provisión de medicamentos sujeta hoy a fuertes oligopolios internacionales; cuáles son las consecuencias del cambio en la dieta alimentaria de los argentinos; la necesidad del efectivo cumplimiento de los derechos del niño, niña y adolescente como garantía de una mejor situación de la salud en la edad adulta; el rol de los medios de comunicación; el papel de los organismos internacionales de salud y de crédito, y los tratamientos especiales que deben ser dirigidos hacia las personas de la tercera edad para lograr no sólo una vida más longeva, sino principalmente una vida plena, facilitando su integración social y garantizando su dignidad e independencia.

Sabemos que la salud de la población está condicionada por la atención que reciba en forma preventiva desde su gestación, y es allí donde entran también, entre otras cuestiones,

la alimentación, el trabajo, el abrigo, la vivienda, la educación.

Estos temas nos señalan los estrechos vínculos que tiene la política sanitaria no sólo con la atención de la salud, sino también con todas las dimensiones que hacen a la vida de las personas; dimensiones que se deben abordar desde la medicina, pero también desde el conjunto de las ciencias sociales y la economía.

Por último, queremos destacar que a medida que progresa el desarrollo científico y tecnológico mejoran las posibilidades de ofrecer condiciones de vida más dignas; de ahí que no es un tema ajeno disponer de un sistema endógeno y no sujeto a los intereses de las multinacionales que utilizan nuestro territorio como laboratorio de pruebas de muchos de sus productos y, en muchos casos, como un mercado disponible para liberarse de aquellos medicamentos perniciosos u obsoletos.

Un sistema de salud integral que albergue a todos y todas va de la mano, de manera insustituible, del desarrollo y la participación equitativa en la distribución social.

ABRAHAM LEONARDO GAK
(DIRECTOR)

SOBRE LA SALUD COLECTIVA

A LO LARGO DE LA HISTORIA DE LA HUMANIDAD EL AVANCE DEL CAPITALISMO ATENTÓ CONTRA EL DESARROLLO EXITOSO DE LA SALUD COLECTIVA. ¿QUÉ ES NECESARIO HACER PARA CAMBIAR ESTO?

por
**JOSÉ CARLOS
ESCUDERO**

*Médico Sanitarista
y Sociólogo. Prof. Tit.
UNLU Y UNLP*



E

stablezcamos al comienzo un distingo: la “salud colectiva” tiene importantes diferencias con la “salud” a secas, tema este último muy importante, pero que concierne principalmente a la vida cotidiana de los individuos de cualquier sociedad. Cuán sano/enfermo se siente/está cada individuo, cuánto bienestar/malestar percibe, cuánta aprensión/calma experimenta con respecto a las señales que recibe de su propio cuerpo o de su propia subjetividad, qué está sucediendo con la similar “salud” de otros individuos con los que cada quien se vincula; estos son temas prioritarios en la atención de cada uno de ellos.

Como hemos dicho, “salud colectiva” es otra cosa que “salud”. Es la sumatoria de fenómenos que se dan en grandes grupos/agregados de individuos, y cuya aprehensión no se obtiene mediante la sumatoria de relatos individuales (aunque esto no se descarta) sino que se pone en evidencia por intermedio de saberes/técnicas/procedimientos que provienen de la demografía, la epidemiología, la biología, la psicología colectiva, los estudios culturales, la historia, las ciencias políticas, la ecología.

El contraste entre “salud” y “salud colectiva” como aquí se las ha definido puede llevar a situaciones irónicas. La clase media próspera de la Argentina, que en términos políticos suele identificarse con ideologías neoliberales o individualistas/consumistas, ignora que las probabilidades de supervivencia de sus propios hijos son inferiores a las de los niños de la despreciada (por ellos), socialista y colectivizada Cuba. Ciertos hechos elementales sobre buena o mala salud colectiva en diferentes lugares del planeta, por ejemplo el caro, malo, ineficiente y corrupto sistema de salud de Estados Unidos, y el análisis sobre este y muchísimos otros “estudios de caso”, son sistemáticamente ocultados/escamoteados/minimizados por los medios de comunicación hegemónicos, cuyo interés fundamental –tienen también otros– es la propaganda en favor de políticas de “salud colectiva” que maximicen el beneficio económico del bloque político al que pertenecen, y

no maximicen la justicia social, la solidaridad colectiva, e inclusive elementales criterios de eficiencia que exhiben alternativas no neoliberales o no capitalistas para obtener una buena “salud colectiva”. En estos días, la precariedad política de la buena “salud colectiva” de origen socialdemócrata en los países europeos, hija de los Estados de Bienestar que surgieron en ellos al terminar la Segunda Guerra Mundial, y su contradicción con la lógica capitalista financiera de corto plazo imperante en el mundo entero, nos muestra la vulnerabilidad de medidas progresistas que se consideraban irreversibles, pero que resultan hoy contradictorias con las necesidades de la lógica implacable de un capitalismo en profunda crisis. Las medidas que están tomando las dirigencias políticas de Europa son bien conocidas por los argentinos que las sufrieron hasta el 2003: achicamiento del gasto público, desempleo y precarización del trabajo, reducción de beneficios sociales, incluyendo los de la salud, y postergación de la jubilación. Estas medidas están a corto plazo deteriorando la “salud mental colectiva” en estos países, y a mediano plazo deteriorarán su “salud colectiva” global.

Hablar de “salud colectiva” deriva inmediatamente en hablar de medidas de política para mejorarla, aunque existen ejemplos históricos de medidas de política que se toman deliberadamente para empeorarla, como se ha observado especialmente en guerras de agresión imperialista, sobre las poblaciones sometidas. Hagamos ahora una breve reseña del camino que ha recorrido el homo sapiens con respecto a su “salud colectiva”.

Durante siglos el fenómeno de la salud humana se dedicó exclusivamente a la atención de los individuos que estaban enfermos. Se trataba de atenderlos, contenerlos y consolarlos y de muy poco más, ya que las curaciones eficaces eran muy pocas. Los tratamientos que se aplicaban tendían, en general, a empeorar la evolución de las enfermedades, no a mejorarlas.

Quienes se encargaban profesionalmente de estos tratamientos eran los médicos, un grupo muy

La clase media próspera de la Argentina, que en términos políticos suele identificarse con ideologías neoliberales o individualistas/consumistas, ignora que las probabilidades de supervivencia de sus propios hijos son inferiores a la de los niños de la despreciada (por ellos), socialista y colectivizada Cuba.

particular de la humanidad. Todos eran hombres, cuya edad y cuya posición social eran más altas que las de casi todas las personas que atendían. Los médicos manejaban un conocimiento que era avalado por sus pares y por el conjunto de la sociedad, y su omnipotencia y su arrogancia (que se observan también hoy) no se compadecían con la bajísima eficacia de sus intervenciones.

Existía una muy rudimentaria epidemiología, saber que intenta vincular a los individuos enfermos con fenómenos grupales, con situaciones estructurales en la sociedad o en la conciencia de los individuos. Las observaciones que podría haber enriquecido esta epidemiología incipiente no se recolectaban sistemáticamente, no existían el método experimental, la validación sobre la base de la teoría de las probabilidades, los análisis multidisciplinarios de causalidad, la vinculación “horizontal” de diferentes saberes. No se sabía cuáles remedios curaban, cuáles eran indiferentes, cuáles hacían daño (actualmente esto último se sabe, pero por razones políticas no se puede aplicar del todo este conocimiento).

Con el correr de los siglos la situación fue cambiando. Se comenzó a sistematizar las observaciones acerca de lo que provocaba enfermedades o lo que las curaba, comenzaron a aparecer algunos medicamentos eficaces (que aún hoy son una pequeña fracción de los que se venden en la Argentina), algunas vacunas, algunas técnicas muy útiles como la asepsia. A partir del siglo XIX, algunos grandes cambios que se produjeron en los países imperiales y en quienes se habían sumado exitosamente en sus redes comerciales (como la Argentina) se tradujeron en redes de agua potable y cloacas domiciliarias, un menor hacinamiento, una mejor alimentación, una menor duración del trabajo asalariado y de sus riesgos (debidas muchas de estas medidas a un notable aumento en la combatividad de los explotados en cada sociedad), y se sumó a esto la difusión de medicamentos, vacunas y procedimientos terapéuticos que servían. Estas diversas medidas se tradujeron en una dramática reducción de la mortalidad y de ciertas enfermedades. En este mundo de triunfadores, por ejemplo, las epidemias de enfermedades infecciosas disminuyeron hasta casi desaparecer. En el mundo que los países imperiales explotaban impunemente (los “pueblos sin historia”) se dio un fenómeno opuesto, que aún hoy se conoce muy poco, pero recordemos que la reducción de la tuberculosis en las ciudades textiles de Inglaterra durante la Revolución Industrial tenía la contrapartida de su aumento en India, donde las manufacturas locales –entre muchas otras redes de la sociedad– eran desmanteladas por el invasor imperial; y que China, tras dos guerras perdidas, y en nombre de la libertad de comercio, tuvo que aceptar la importación de opio, hecho que mejoró las finanzas de Gran Bretaña y que trajo incontables perjuicios a la salud de la población china.

En el siglo XX, que acaba de terminar, la esperanza de vida de la población mundial se casi duplicó, éxito civilizatorio, ya que casi todos estamos en favor de una mortalidad muy baja, excepto quizás en el caso de que se aplique a algunos enemigos. A comienzos del siglo XXI algunos países han

Sobre este número de Voces en el Fénix

En el año 2000 un grupo de economistas e investigadores argentinos, pertenecientes a la Universidad de Buenos Aires, se reunió con el objetivo de aportar a la reflexión común acerca de los problemas centrales del país y a la formulación de propuestas que permitieran enfrentar la crisis. Así surge el "Plan Fénix" que, como el ave mitológica, era invocada para que renaciera de las cenizas de un país devastado por el neoliberalismo. Las producciones del Plan Fénix en las áreas de política cambiaria, endeudamiento, movimientos de capitales, cuentas públicas y reforma tributaria, entre otras, difundidas en diversos foros y en la sociedad en general, proponían medidas alternativas a las que los economistas ortodoxos dictaban y los gobiernos

argentinos aplicaban. Para el Plan Fénix "otro país era posible", con más desarrollo y más equidad.

En el año 2005 el Plan Fénix convoca a debatir a diversos referentes de las áreas de salud, educación, derechos económicos, sociales y culturales. Como en los casos anteriores, el material producido se difundió en diferentes ámbitos. En el año 2010 el Plan Fénix impulsa un nuevo proyecto: la revista electrónica Voces en el Fénix, de la cual han salido ya seis números, que abordaron, entre otras, las temáticas de medio ambiente, educación, hábitat y trabajo. Actualmente la revista llega a más de 10.000 lectores. A comienzos del año 2011 tuve el honor de ser invitado por el Plan Fénix para coordinar y editar un número sobre

Salud Colectiva de Voces en el Fénix. Convoqué a colaborar en el mismo a profesionales ampliamente conocidos, para que desarrollaran áreas de sus especialidades. El resultado lo juzgarán los lectores. Me cabe a mí anotar que la Salud Colectiva tiene una importancia central, sobre todo por las consecuencias dramáticas que se producen cuando su fracaso es extremo, como en el caso de las muertes evitables que configuran un ejemplo extremo de fracaso civilizatorio. Nunca serán suficientes nuestros estudios y conocimientos ni serán aplicados con suficiente eficiencia y justicia mientras convivamos con el enorme monto de sufrimiento humano que resulta de una mala Salud Colectiva.

llegado a tener una mortalidad infantil que es de menos de la mitad del uno por ciento anual, y una mortalidad materna casi nula, venciendo así flagelos que hasta hace muy poco, históricamente, se consideraban consustanciales con la condición humana. Estos países son en general capitalistas de tipo socialdemócrata, con un Estado regulador fuerte, siendo una excepción el agregado a esta lista de Cuba que, insertado en el muy reducido mundo del socialismo real, tiene niveles de salud excelentes, para irritación de los Estados Unidos y para incomodidad de los tecnócratas en salud del resto de América latina, que en general no se animan a hablar de esto, y mucho menos a analizar las causas que lo motivaron. Como se ha señalado arriba, la evolución de la crisis mundial actual está poniendo en cuestión este panorama tan favorable del que gozan muchos de estos países afortunados.

A comienzos de este siglo se ha vuelto cada vez más evidente que el capitalismo salvaje, si lo dejan, puede ganar mucho dinero con la salud, que se está pareciendo cada vez más en monto del gasto a ramas de la economía más tradicionales, como

A comienzos del siglo XXI algunos países han llegado a tener una mortalidad infantil que es de menos de la mitad del uno por ciento anual, y una mortalidad materna casi nula, venciendo así flagelos que hasta hace muy poco, históricamente, se consideraban consustanciales con la condición humana.

la energía o el gasto militar, cuya tasa de beneficio es apreciablemente más alta que la de estas y es además más difícil de auditar. Es hasta cierto punto lógico que así sea ya que, como ya se ha observado, la salud es parte central de valores tan medulares como la longevidad y la calidad de vida. Para aumentar este gasto a niveles máximos, observamos a nivel mundial una creciente estimulación por parte de los medios de comunicación hegemónicos de la compra de las recetas capitalistas para los males de la salud humana, y una bien planificada corrupción a quienes pueden influir en el direccionamiento de este gasto: a profesionales, especialmente médicos, legisladores, tecnócratas, reguladores, periodistas, "comunicadores", políticos, etc. Esto puede garantizar la compra de las recetas capitalistas, que invariablemente enfatizan el tratamiento y la rehabilitación de enfermedades sobre la base de herramientas puntuales cada vez más costosas, y dejan de lado la prevención, el recurso humano, la contención, lo que la ciencia ha demostrado que sirve y que además es comparativamente barato. Resulta ilustrativo que el país central más capitalista del mundo en salud, Estados Unidos, está gastando la mayor suma de dinero planetaria (el 16% del PBI, con estimaciones de aumento al 25% del PBI para el año 2030) mientras que su mortalidad infantil es ahora apreciablemente superior a la de Cuba, país pobre que gasta por habitante y por año una pequeñísima fracción, y cuyo sistema de salud es el más "costobeneficioso" del planeta. Sobre la corrupción del capitalismo volcada a la salud casi no se habla en la Argentina, ni siquiera en nuestro ambiente de academia, que presuntamente, por su independencia y objetivo declarado de búsqueda de la verdad, sería una fuente importante de información y de análisis. A nivel mundial, sin embargo, las denuncias detalladas de instancias de esta corrupción están aumentando exponencialmente.

El mejoramiento de los indicadores económicos y sociales de la Argentina a partir de 2003 es muy claro, y quizá revela un cambio histórico de la tendencia de los últimos treinta años, aunque estos indicadores siguen siendo peores que los que existían en el año 1975, último de nuestro Estado de Bienestar. Sin embargo, las políticas de Estado financiadas para el área salud (a diferencia de la retórica de los discursos) son hoy casi inexistentes, vergonzosa comparación con políticas de Estado tomadas

A comienzos de este siglo se ha vuelto cada vez más evidente que el capitalismo salvaje, si lo dejan, puede ganar mucho dinero con la salud, que se está pareciendo cada vez más en monto del gasto a ramas de la economía más tradicionales, como la energía o el gasto militar.

desde 2003 tan rotundas, eficaces y valientes como el default de la deuda externa, la estatización de las AFJP, la argentinización del Banco Central, y las asignaciones por hijo o embarazo. Una explicación inicial de un fenómeno que es más complejo puede ser que la salud capitalista mundial tiene poderosos cauteladores: la Organización Mundial de Comercio, los organismos internacionales de crédito, muchos gobiernos de países centrales, incluyendo aquellos que son progresistas de fronteras para adentro e imperialistas en el extranjero, una cadena mundial de medios capitalistas hegemónicos. Todo esto pesa para que nuestras 15 muertes infantiles evitables que ocurren todos los días sigan ocurriendo. Dentro de nuestro país, los agentes de la salud capitalista, y elementos aliados (por ejemplo, la gran mayoría de las organizaciones profesionales de los médicos, los gerentes de muchas obras sociales, las prepagas), configuran un poderosísimo factor de poder, y quien se enfrente con él sabe que puede ser destrozado en el intento.



En las sociedades en que vivimos se considera aceptable que el motivo que mueve la actividad de una empresa sea el beneficio, utilizándose este como criterio de eficiencia. Este es el *modus operandi* de la mayoría de las actividades económicas, que asume que las empresas más exitosas son las que tienen más beneficios. En realidad, en un mundo competitivo, optimizar el beneficio como objetivo central de una empresa es condición *sine qua non* de su pervivencia en el mercado, pues, de no alcanzar aquel objetivo, la empresa puede desaparecer. El mercado, al menos en teoría (es decir, lo que se escribe en los libros de texto de economía), es el que define la supervivencia, éxito o fracaso de una empresa, siendo el cliente el que –a través de la famosa mano invisible– determina las prioridades y la existencia de las empresas.

Este objetivo –optimizar los beneficios–, que es muy loable y es el leitmotiv del sistema económico, puede, sin embargo, entrar en conflicto con la

calidad de los servicios provistos sin que el cliente sea consciente o sepa la naturaleza de este conflicto. Un ejemplo de ello se da en los servicios sanitarios privados con afán de lucro. Tales empresas sanitarias privadas pueden intentar reducir costos en áreas necesarias para mantener la calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente con el objetivo de alcanzar el nivel de beneficios que requiere su propia existencia y supervivencia, sin que el paciente sea consciente de ello.

La evidencia de que esto ocurre es abrumadora. Y donde más se ha estudiado este hecho es en Estados Unidos, donde las empresas sanitarias con afán de lucro son más extensas. En EE.UU., tales compañías dominan las empresas de diálisis renal, casas de convalecencia (*nursing homes*), hospitales psiquiátricos, servicios de rehabilitación y mutuales sanitarias conocidas como HMO (Health Maintenance Organization). Representan también el 13 por ciento de todos los hospitales agudos. En Canadá, donde el sistema de financiación es público y la provisión de servicios puede ser pública o privada (sin o con afán de lucro), existe presión por parte de los partidos conservadores y liberales (que tienen lazos financieros con tales empresas) para que el sector público contrate más con las empresas sanitarias privadas con afán de lucro. Algo semejante está ocurriendo en España. En EE.UU., aunque la mayor parte de la financiación es privada, existen también servicios sanitarios públicos que contratan con empresas privadas (sin y con afán de lucro).

AFÁN DE LUCRO Y SANIDAD¹

LA BÚSQUEDA DEL BENEFICIO ECONÓMICO EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS GENERA QUE LAS INSTITUCIONES CON FINES DE LUCRO TENGAN MENOR EFICIENCIA Y MAYOR MORTALIDAD QUE AQUELLAS QUE NO LOS TIENEN.

por VICENÇ NAVARRO²

Los estudios más detallados y extensos que existen comparando empresas sanitarias públicas o privadas sin afán de lucro con empresas con tal afán son los realizados por un equipo de investigadores sanitarios de varios centros médicos académicos canadienses y estadounidenses, y que han sido publicados en la revista médica de mayor prestigio en Canadá, la revista de la Canadian Medical Association. En estos estudios, los investigadores analizaron predominantemente la eficiencia y la eficacia de las instituciones, comparando, entre otros indicadores, las tasas de mortalidad de los centros sanitarios sin afán de lucro con las de los centros con afán de lucro, estandarizando por diagnóstico, tipo de paciente y otras variables que podrían explicar la variabilidad de la mortalidad.

Los resultados, que confirma una extensa bibliografía científica, son contundentes. Los centros con afán de lucro eran mucho más caros (los precios de los servicios eran más elevados) que los sin afán de lucro, sin que su eficiencia fuera mejor. En realidad, los profesores de política sanitaria David Himmelstein y Steffie Woolhandler, de la Harvard University, han calculado que el gobierno federal podría haberse ahorrado 6.000 millones de dólares si hubiera contactado con los centros (fueran públicos o privados) sin afán de lucro en lugar de los con afán de lucro. Estos precios más elevados se deben a los salarios elevadísimos de sus directivos (el director de una de tales empresas, Columbia/HCA, en el momento de tener que dimitir por

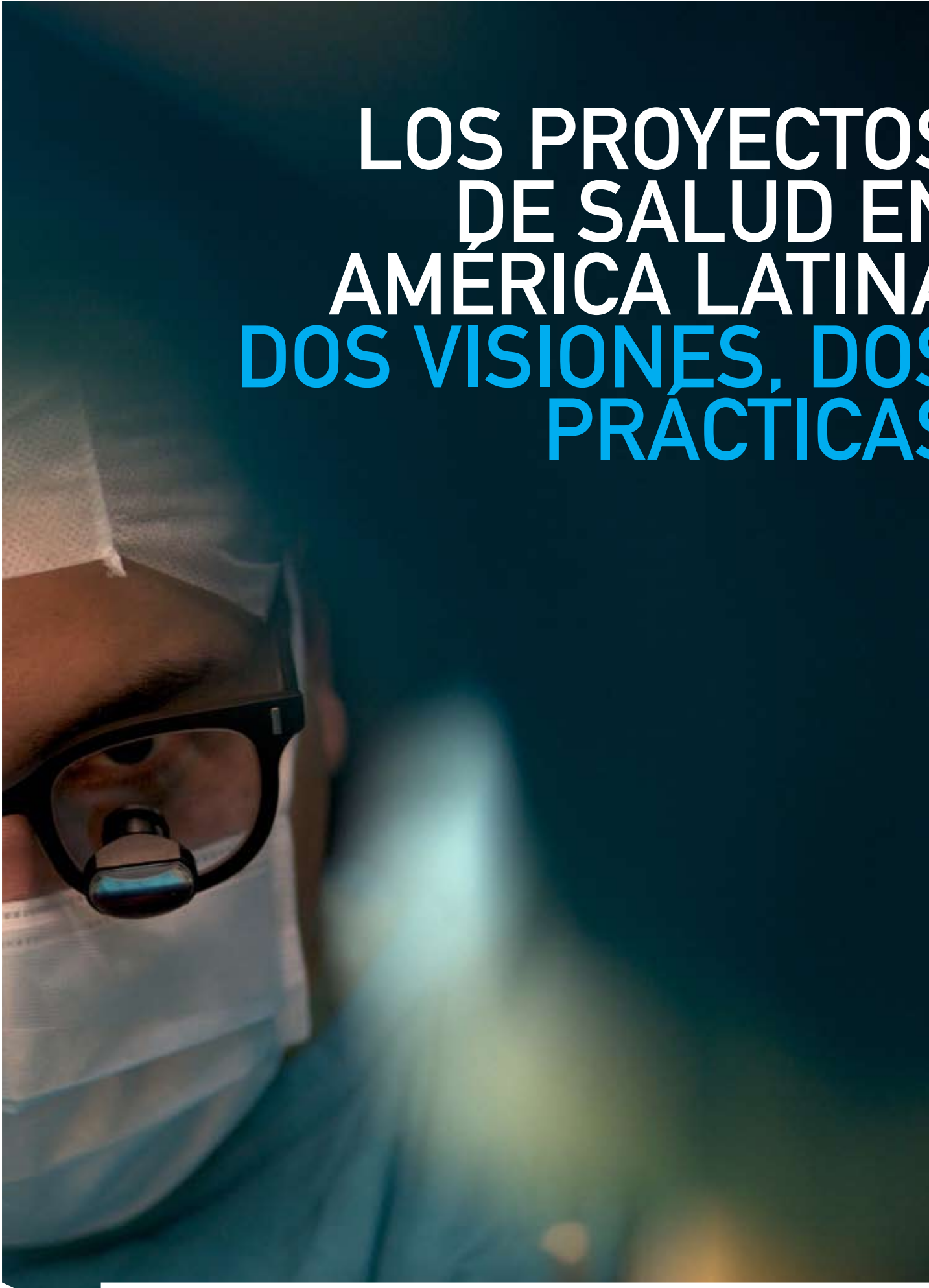
fraude fiscal, ingresaba diez millones de dólares de compensación más 324 millones en acciones de la empresa), y enormes costos administrativos (un 6% más altos que los sin afán de lucro) en parte como consecuencia de costos en marketing, relaciones públicas, gabinetes jurídicos y servicios de selección (y exclusión) de pacientes, entre otras actividades.

En cambio, los gastos en personal sanitario eran menores, consecuencia de ahorrar personal en áreas que afectan la calidad de los servicios, tales como servicios de enfermería y en tecnología médica. Como consecuencia, la mortalidad en los centros con afán de lucro era mayor que en los centros sin afán de lucro, datos corroborados en muchos otros estudios que han comparado tal mortalidad también en centros de diálisis y en casas de convalecencia.

Puesto que estas empresas con afán de lucro dan gran atención al confort y a lo que se llama *user friendliness* (mayor tiempo de visita y menos listas de espera, así como mejor aspecto hotelero), son exitosas en atraer pacientes-clientes de rentas superiores. En realidad, su éxito depende de la subfinanciación del sector público, muy marcada en España, lo cual explica su probable extensión en los años venideros, que se pronostica van a ser de gran austeridad de gasto público. Sería un gran error que las autoridades públicas ofrecieran ventajas fiscales (como desgravar los pagos o pólizas a tales empresas), pues, además de subsidiarles, facilitaría la válvula de escape que significaría su extensión, reproduciendo la pobreza del sector público al diluir la presión para que aumente su financiación.

(1) Publicado en el diario PÚBLICO, España, 11 de noviembre de 2010.

(2) Profesor de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Pompeu Fabra (Barcelona, España), y de Políticas Públicas en The Johns Hopkins University (Baltimore, EEUU).



LOS PROYECTOS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA DOS VISIONES, DOS PRÁCTICAS

LA TENSIÓN ENTRE LAS IDEAS DE SALUD COMO ÁMBITO DE LUCRO Y REALIZACIÓN DE DERECHOS REFLEJA LAS DIFERENCIAS ENTRE EL ENFOQUE DE LOS ORGANISMOS FINANCIEROS INTERNACIONALES Y LOS GOBIERNOS PROGRESISTAS DE LA REGIÓN.

por ASA CRISTINA LAURELL

Médica, sanitarista y socióloga. Ex Secretaria de Salud del gobierno de la Ciudad de México 2001 a 2006.



Las políticas de salud en América latina siguen siendo un terreno de definición política y, cada día más, un campo disputado de actividad económica. Para el capital la salud debe incorporarse plenamente como ámbito de lucro en las dimensiones de: producción de medicamentos, vacunas, insumos y tecnología médica; construcción de hospitales; administración de fondos de salud (seguros), y prestación de servicios. Para los gobiernos progresistas el derecho a la salud es un ámbito básico de realización de derechos y, por lo tanto, responsabilidad indeclinable del Estado.

El escenario concreto donde se desenvuelve la disputa entre una y otra visión es el de los sistemas de salud, gravemente debilitados y desorganizados a raíz de las políticas de ajuste y cambio estructural de los ochenta y noventa. Esta situación ofrece una ventaja discursiva a los promotores de la mercantilización-privatización de la salud y representa un problema complejo para los gobiernos progresistas ya que se enfrentan a sistemas segmentados y fragmentados con componentes privados importantes y poderosos.

En la etapa actual de reformas de la política de salud la participación de los organismos financieros supranacionales –el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo– se inscribe en el

contexto de la segunda reforma o “modernización” del Estado y de las recomendaciones a raíz de la crisis económica de 2008-2009. La reforma que promueven, y que está en boga en América latina, es el “aseguramiento universal” con los añadidos y restricciones de la crisis.

Los negocios de la salud

Se puede argumentar que la salud ha sido un ámbito importante de acumulación de capital desde hace décadas. Es cierto y abundan los análisis del “Complejo Médico-Industrial” que lo demuestran. Sin embargo los negocios de salud se están ampliando e incorporando nuevos espacios. Habría que mencionar sólo algunas áreas. Así la gran industria farmacéutica está apostando en tres terrenos: las vacunas, la medicina personalizada y la salud mental. Existen bastantes estudios sobre el gran empuje para introducir vacunas sin que se haya comprobado su eficacia y seguridad. Dos casos controvertidos y muy debatidos son las del VPH contra el cáncer cérvico-uterino y las vacunas contra las Influenzas AH5N1 y H1N1. La “medicina personalizada”, que se vincula con la nueva biotecnología diagnóstica, cuyo mercado es valuado en 50 mil millones de dólares por PriceWaterHouseCoopers –consultora internacional que también prevé la pérdida de mercados por la política pública internacional de uso de

Para el capital, la salud debe incorporarse plenamente como ámbito de lucro en las dimensiones de: producción de medicamentos, vacunas, insumos y tecnología médica; construcción de hospitales; administración de fondos de salud (seguros), y prestación de servicios.

genéricos cuando expiran las patentes (la “erosión genérica” de las ganancias)–, recomienda intensificar el cabildeo con los parlamentos y gobiernos y concentrarse en los países emergentes grandes. Simultáneamente han salido múltiples estudios sobre la importancia de la depresión y otros padecimientos mentales en la “carga global de enfermedad”, medida que ha sido muy cuestionada. Estos estudios han justificado el boom en la prescripción de distintos tipos de psicofármacos.

La innovación incesante de la tecnología médica, sin ventajas terapéuticas o diagnósticas comprobadas, es otra fuente de grandes ganancias como por ejemplo Waitzkin ha documentado magistralmente en el caso de las unidades de cuidado coronario. Adicionalmente el *high tec* médico se identifica en el imaginario social con la “buena medicina” gracias a intensas campañas publicitarias.

Otro ámbito de ganancias privadas son los contratos de Asociación Público-Privada (PFI) de financiamiento, construcción-equipamiento y administración de hospitales. Están adquiriendo tal importancia que el Instituto del Banco Mundial tiene un departamento dedicado a su promoción. La novedad de estos contratos es que la iniciativa privada no sólo construye y equipa los hospitales sino que consigue su financiamiento en el mercado privado y cobra al gobierno por su uso y administración; esquema que triplica o cuadruplica los costos para el erario público. Este diseño implica por un lado desresponsabilizar al Estado de garantizar la infraestructura pública de salud y por el otro abre un nuevo acceso del capital financiero en el sector salud.

Otra entrada del capital financiero, que está alcanzando cada día mayor importancia, es el aseguramiento y la administración de los fondos de salud. Debe subrayarse la función de administración de fondos como la actividad que mayores ganancias rinde por ejemplo en Colombia y Chile, mientras que la prestación de servicios tiende a generar menos lucro o incluso pérdidas. Es en este contexto que se debe analizar la segunda generación de reformas en salud y su promoción del aseguramiento “universal”.

La segunda reforma de salud -aseguramiento “universal”

A finales de los años noventa se constataba el fracaso de la primera generación de reformas, basada en el documento “Invertir en Salud” del Banco Mundial de 1993, que básicamente recomendaba ofrecer un Paquete Mínimo a los pobres y mercantilizar el acceso a los servicios para el resto de la población. Esta reforma dañó gravemente a las instituciones públicas y fue un fracaso social, ya que dificultó el acceso a los servicios de salud requeridos para la gran mayoría de la población. Contribuyó así al creciente descontento popular y a la pérdida de

En el campo de salud la propuesta de los organismos financieros supranacionales es el “aseguramiento universal” y la obligatoriedad del seguro médico de seguridad social separándolo de las pensiones.

legitimidad de los gobiernos impulsores del nuevo orden social. No menos importante fue que el rápido empobrecimiento de la parte mayoritaria de la población y la redistribución regresiva del ingreso dejaron sin mercado –demanda respaldada con recursos– al sector privado de salud. Se requería entonces reintroducir al Estado como garante del mercado. Es aquí donde entra la segunda reforma de salud con su propuesta del “aseguramiento universal”.

La lectura de los documentos sobre la modernización del Estado deja en claro que no se trata de restablecer la responsabilidad estatal en el terreno social sino conseguir que asuma un nuevo papel

en el impulso al mercado y logre reconstruir la cohesión social resquebrajada. El Estado modernizado debe así tener una orientación empresarial y capacidad de anticipación; estar descentralizado; orientarse hacia el mercado sin causar una competencia desleal con los privados, e incrementar la cohesión social.

En el campo de salud la propuesta de los organismos financieros supranacionales es el “aseguramiento universal” y la obligatoriedad del seguro médico de seguridad social separándolo de las pensiones. Sin embargo, la “universalidad” no se refiere al acceso a los servicios requeridos sino que sólo debería amparar un Paquete Básico de servicios para no generar desequilibrios fiscales. La implicación es que habrá seguros complementarios para los servicios no cubiertos y que la realización del derecho a la salud se subordina a la suficiencia presupuestal a criterio del gobierno en turno.

Por otro lado, el aseguramiento universal justifica que el gobierno instrumente subsidios focalizados financiados con recursos fiscales constituyendo fondos con administración privada o pública que garantizan la compra de servicios. La propuesta más radical es la de Levy, vicepresidente del BID, de derogar la aportación patronal al seguro de salud y sustituirlo con recursos fiscales recaudados vía un nuevo impuesto en aras de abaratar el costo del trabajo.

Los resultados de este tipo de aseguramiento obligatorio están a la vista en Colombia y Chile. Primero hay que advertir que ni con los subsidios se ha logrado universalizar el seguro de salud y alrededor del 10 por ciento no lo tiene. En cambio, se ha preservado y fortalecido un poderoso sector privado de administración de fondos y prestación de servicios de muy difícil regulación. En Chile los dos últimos gobiernos de la Concertación hicieron un esfuerzo grande de mejoramiento del sistema público pero el actual gobierno de derecha cuenta con la fortaleza del sector privado para revertir los avances y profundizar el proceso de mercantilización/privatización. Su propuesta es desarticular el Fondo Nacional de Salud y entregar sus recursos a administradores de fondos competitivos, públicos o privados, y constituir asociaciones públicas privadas para la administración y prestación de servicios en los hospitales públicos.

Las reformas progresistas

Las reformas progresistas o contrahegemónicas se cifran en la realización del derecho a la salud como derecho ciudadano exigible y garantizado por el Estado. Tienen como denominador común haber surgido de procesos constituyentes apoyados en la movilización popular masiva. Los casos más destacados son Brasil, Venezuela, Bolivia y Ecuador.

Simplificando, las nuevas constituciones decretan la conformación de un sistema público y único de salud (SUS) y obligan al Estado a garantizar el acceso gratuito a los servicios requeridos sin discriminación alguna. Es decir, defienden el derecho universal a la salud y su política se orienta a satisfacer las necesidades de salud y no por consideraciones económicas o de mercado. Salvaguarda de esta manera el interés colectivo o común en salud como un deber solidario de la sociedad y encarga al Estado organizarlo a través de la institución pública. Esta perspectiva también destaca que las condiciones de salud están determinadas por las relaciones sociales y económicas presentes en una sociedad y procura actuar sobre ellas.

Son muchos los escollos que estas reformas tienen que vencer en su trayecto hacia la realización de su proyecto. El primer obstáculo es que se enfrentan a sistemas de salud desorganizados, desfinanciados y débiles con un sector privado importante como el resultado de la primera reforma de salud. Encuentran así un opositor poderoso a su proyecto en los aseguradores y prestadores empresariales que, en no pocas ocasiones, están apoyados por sectores medios de la sociedad. Otra oposición al sistema público único tiende a provenir de el o los sistemas de seguridad social con frecuencia controlados por burocracias, corruptas o no, que ven en la reforma una amenaza a sus intereses particulares. Otro problema de difícil solución es cómo construir un sistema único de salud cuando la prestación de los servicios está descentralizada. Por último se erige como obstáculo la falta de infraestructura y personal en el sistema público y una ética deteriorada del servicio público.

No obstante, las reformas progresistas están prosperando con resultados muy superiores a las reformas hegemónicas. Los ejemplos de mayor maduración son la reforma sanitaria brasileña y la reforma de Venezuela concretada en Barrio Adentro. En ambos casos se ha ampliado el acceso

Lo que está en juego es otra cosa. Es la lucha entre valores y visiones y de allí que la descalificación de los proyectos progresistas esconde intereses particulares que se oponen al interés general, que en este caso es la salud y el bienestar de las mayorías.

Las reformas progresistas o contrahegemónicas se cifran en la realización del derecho a la salud como derecho ciudadano exigible y garantizado por el Estado.

a millones de personas anteriormente excluidas de los servicios. Gracias a la planeación estratégica de servicios públicos integrales, basados en la promoción y prevención, no sólo se han fortalecido los centros de salud o clínicas de baja complejidad sino que la población también accede a los servicios hospitalarios más complejos sin costo en caso de necesidad. El SUS brasileño es una realidad patente pero carece todavía de suficientes servicios propios y convive con un sistema poderoso. El reto de Venezuela es fusionar Barrio Adentro y sus servicios con los del Ministerio de Salud en un sistema único e incorporar a la seguridad social. En ambos países el control social y la participación popular son soportes importantes de los logros y fuentes de innovación institucional.

Los gobiernos de Ecuador y Bolivia, donde se aprobaron las nuevas constituciones hace poco, han incrementado el gasto público en salud considerablemente, al igual que Venezuela, demostrando su decisión política de privilegiar a la salud como responsabilidad del Estado. Falta recorrer un cami-

no dificultoso para arribar al sistema único y la universalidad en el acceso a los servicios en vista de que sufren la impronta destructiva de las reformas neoliberales antecedentes. Sin embargo, les favorece su consonancia con las políticas económicas y sociales globales encaminadas a construir naciones soberanas de florecimiento humano.

El discurso hegemónico y mediáticamente arrollador descalifica a estas políticas de salud, llamándolas “populistas”, por ser financieramente inviables, por arriesgar el equilibrio presupuestal, por carecer de fundamentos técnicos, por restablecer el “monopolio” estatal de prestación de servicios, por ser inequitativas, etcétera. Este discurso sólo tiene soporte ideológico y está perdiendo credibilidad. El argumento de que no existe una propuesta alternativa, estructurada y fundamentada, sino sólo un descontento social desbordado y aprovechado por políticos irresponsables, no se sostiene frente a los hechos. Los avances de las reformas progresistas demuestran que es falso.

Lo que está en juego es otra cosa. Es la lucha entre valores y visiones y de allí que la descalificación de los proyectos progresistas esconde intereses particulares que se oponen al interés general, que en este caso es la salud y el bienestar de las mayorías.



ORGANISMOS INTERNACIONALES DE SALUD Y LA ARGENTINA



FORTALECER LOS BLOQUES REGIONALES ES EL CAMINO PARA ROMPER LA ESTRUCTURA DISEÑADA POR LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES DE CRÉDITO QUE BUSCAN FAVORECER A LOS MERCADOS DE INSUMOS Y EQUIPOS SANITARIOS.

por **MARIO ROVERE** *Sanitarista, especialista en Salud Internacional, Coordinador Asociado de ALAMES. Director de la Maestría de Salud Pública de la UNR.*

La presencia e intervención de organismos internacionales intergubernamentales y filantrópico-privados en la Argentina, así como la presencia del país en intercambios científicos y en organismos internacionales de salud, no es un fenómeno nuevo y pueden encontrarse testimonios de ello desde el comienzo de nuestra historia republicana.

A fines de la dominación española y a comienzos de la etapa republicana, una serie de medidas higiénicas reflejarán el impacto de los conocimientos de la época, siendo, quizá, la variolización (1785) y la vacuna antivariólica (1805) realizadas como campaña mundial y dinamizadas por el protomédico O’Gorman, una de las medidas más modernas para la época.

Durante todo el siglo XIX, la influencia y los intercambios con Francia, Inglaterra, Italia y luego España y Brasil se hicieron sentir. Los médicos –entre ellos la mayoría de aquellos que les han dado su nombre a nuestros hospitales– “completaban” su formación en Europa y estas interacciones se hacían especialmente visibles con la aplicación de medidas durante las grandes epidemias que sacudieron a las ciudades portuarias, enfermedades que por un lado “venían de afuera” y por otro lado estimulaban medidas y relaciones científicas y de intercambios de experiencias con otros países.

Francia promovió conferencias sanitarias desde 1851 especialmente motivada por prevenir “los excesos en las medidas sanitarias que perjudicaban al comercio” desafiada por la llegada del cólera a Europa, una pandemia que vio facilitada su difusión por la construcción del canal de Suez y por el avance tecnológico de los barcos de vapor y ferrocarriles que redujeron considerablemente los tiempos de transporte.

A fines del siglo XIX y comienzos del XX, como señala Juan Cesar García, la Argentina promovió una alianza científica latinoamericana, una iniciativa que irá cediendo por el surgimiento de una fuerte contrapropuesta panamericanista del gobierno de los Estados Unidos, que pronto se vería fortalecida por los éxitos en la lucha contra la fiebre amarilla en Cuba y Panamá y la creciente capacidad de agencia de uno de los grupos económicos más influyentes en la historia, que concentró su acción en la salud pública y la educación médica: la Fundación Rockefeller.

Sumado a las reuniones sanitarias panamericanas que pronto generarán la institucionalidad que hoy se conoce como Organización Panamericana de la Salud, el país va adecuando progresivamente su legislación, especialmente de sanidad de puertos y fronteras, a todos aquellos consensos que se construyen fundamentalmente para proteger el comercio internacional.

En una prolija reconstrucción de la lucha antipalúdica, Ana Álvarez muestra la fuerte influencia durante la primera mitad del siglo XX de la escuela italiana primero y de la Fundación Rockefeller después, en la sanidad del noroeste y del nordeste argentino: una iniciativa estrechamente vinculada a la explotación del petróleo y la expansión de los cultivos industriales como el algodón y el azúcar.

Puede decirse que el surgimiento de las Naciones Unidas y de la OMS al fin de la Segunda Guerra Mundial influyó en que muchos países crearan unidades de alto rango: secretarías o ministerios dedicados a la salud pública.

Durante los prolegómenos y el desarrollo del primer gobierno peronista, las relaciones internacionales afectaron directamente la política sanitaria ya que la hostilidad de los sectores más conservadores de Estados Unidos representados por el embajador Braden desplaza al ala dialoguista justamente liderada por uno de los Rockefeller. Como consecuencia de ello, la fundación que lleva su nombre levanta sus oficinas en el país.

A partir de 1980 el mundo de los organismos internacionales va a sufrir un vuelco ya que la revolución conservadora de Reagan y Thatcher va a identificar como enemigo a las Naciones Unidas, por entonces muy influidas por el movimiento de países no alineados y por las alianzas o clubes de países exportadores de materias primas.

Sin embargo, el ministro de Salud Ramón Carrillo consigue que uno de los técnicos más apadrinados por la fundación, Carlos Alvarado, con todo el respaldo del gobierno nacional, desarrolle una campaña utilizando extensivamente el recién descubierto DDT, que había sido aplicado con éxito en Sicilia, generando con la erradicación del paludismo uno de los resonantes éxitos que caracterizan este período de gobierno y que hoy se recuerda como el más importante de la historia sanitaria del país.

Luego del sangriento golpe de 1955 la autodenominada Revolución Libertadora, preciándose de “abrir nuevamente el país” a los organismos internacionales, encomendará a la entonces Oficina Sanitaria Panamericana un estudio para definir “qué hacer” con la herencia de un Ministerio de Salud “sobredimensionado” según la visión liberal que los animaba.

El documento conocido como informe Pedroso, por Odair Pedroso, un consultor brasileño que no ocultaba su fuerte tendencia liberal, dará origen a uno de los primeros dispositivos de lo que en otros trabajos hemos denominado “bombas de fragmentación”. Se trata de diferentes mecanismos tendientes a atomizar el sector salud, facilitando con ello el debilitamiento del control estatal y facilitando su funcionamiento bajo lógicas del mercado. A Pedroso se le debe uno de los argumentos más ingeniosos e influyentes en los debates de la salud pública en el período 1958-1983.

Se trata de la apelación a un federalismo abstracto pero “enriquecido” con el argumento de que al derogarse la Constitución de 1949 y regresar a la de 1853 la función salud “que no había sido expresamente delegada” debía ser “devuelta” a las provincias... pero “también a los municipios y cuando fuera posible al sector privado” con el obvio fin de disipar de una vez y para siempre cualquier riesgo de creación de un sistema público extensivo y articulado de salud.

La operación no era abstracta, los “malos ejemplos” de Gran Bretaña y de Chile constituyendo Servicios Nacionales de Salud habían puesto en pie de guerra a los liberales de la época que ya habían descubierto el denominado “efecto boomerang”, es decir, cómo instalar lo que desean a nivel nacional apelando a la legitimación por la vía de la promoción de acuerdos y declaraciones en reuniones y organismos internacionales.

En las siguientes décadas la influencia se mantiene pero se verá incrementada por los instrumentos que se derivan de la Alianza para el Progreso: el desarrollo de la planificación –aparentemente resistida, pero copiada en formatos maquillados por el gobierno de Onganía– y el surgimiento del Banco Interamericano de Desarrollo, que en la primera fase tendrá influencia en el sector mediante el financiamiento de obra física, básicamente hospitales (entre ellos el actual Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires).

En 1978, el gobierno militar de la Argentina participa de la reunión de Alma Ata, estrechamente asociada a la promoción de la atención primaria de la salud. Podría resultar irónico, pero en el contexto de ese gobierno resulta una perversión más la publicación oficial del documento que incluye aseveraciones como “la población tiene el deber y el derecho de participar”.

El financiamiento internacional ha sido el principal responsable de la separación administrativa, política y doctrinaria entre salud y desarrollo social argumentada por la “baja capacidad de compensación social y de focalización de los beneficios” de los sectores sociales universales como la educación y la salud públicas.

A partir de 1980 el mundo de los organismos internacionales va a sufrir un vuelco ya que la revolución conservadora de Reagan y Thatcher va a identificar como enemigo a las Naciones Unidas, por entonces muy influidas por el movimiento de países no alineados y por las alianzas o clubes de países exportadores de materias primas (la OPEP y otros clubes de exportadores de minerales estratégicos, productos agrícolas, etc.).

En una operación simultánea, en poco tiempo desfinancian a la UNESCO para enviar una señal inequívoca a este y a otros organismos técnicos sobre los límites de tomar decisiones que cuestionen los intereses de los principales países financiadores del propio sistema. Casi simultáneamente, tras una desconfianza inicial, descubren la ductilidad y maleabilidad para expandir medidas afines a sus intereses económicos a través de las instituciones de Bretton Woods, básicamente el FMI y el Banco Mundial, que a veces con diferencias o mayores flexibilidades para la región latinoamericana serán acompañados por el BID.

Con esta operación se rompe la división histórica de tareas “los organismos técnicos piensan, formulan, diseñan y los bancos financian”, para pasar a un sistema de competencia desigual en la que los bancos terminan imponiéndose por el poder combinado de su ingreso a la asistencia técnica impuesta como condición para la cooperación financiera.

El cambio de mano no es menor, ya que aunque sea en forma parcial e insuficiente, los gobiernos tienen formas de controlar a los organismos internacionales donde al peso político de las mayorías puede contraponerse en parte el peso económico de las minorías; pero en el caso de los organismos de Bretton Woods el peso de los países de alta renta es enorme y además los inversores privados que alimentan su capital permite que agentes económicos tengan más influencia que muchos de los países que los integran.

Será a principios de los '90 cuando estos cambios tendrán influencia en la Argentina. Los bancos extienden su cartera histórica en el financiamiento de la obra física para comenzar a financiar “obras simbólicas” y hasta gastos corrientes, laboriosamente presentados como inversión.

Así veremos financiar con crédito (es decir, endeudar al país) objetos tan abstractos como capital social, participación comunitaria, infinitas capacitaciones, capital humano, espíritu emprendedor, fortalecimiento institucional, etc. Del mismo modo se financian gastos corrientes como salarios, medicamentos, insumos.

En todos los casos se construye una subcultura ministerial en donde se hablará de condicionalidades, formulación en jerga de proyectos con una forzada traducción de esos intangibles a través de matrices absurdas para esa materia prima –como el marco lógico–, expertos que serán laxamente contratados –monotributistas– con la “no objeción” de los organismos internacionales pero que a su vez asumen responsabilidades reservadas a altos funcionarios públicos, “misiones de evaluación externa” con injerencia en aspectos centrales de la política pública, y normas y manuales de contratación y licitaciones que con frecuencia favorecen a grandes proveedores cartelizados.

Los efectos políticos son múltiples. Conscientes de la difícil articulación intersectorial en los gobiernos latinoamericanos que reparten ministerios a diferentes partidos o líneas internas del partido o del frente de gobierno, los bancos siembran con



proyectos sociales los distintos ministerios, ocultando la funcionalidad sistémica de los mismos a los propios funcionarios gubernamentales, dejando clara evidencia de que los bancos tienen un plan para el país, pero sin saber exactamente con qué instancias gubernamentales fueron consensuadas las políticas que se desprenden del conjunto.

El financiamiento internacional ha sido el principal responsable de la separación administrativa, política y doctrinaria entre salud y desarrollo social argumentada por la “baja capacidad de compensación social y de focalización de los beneficios” de los sectores sociales universales como la educación y la salud públicas. Estos sectores fueron denostados durante toda la década de los '90 y separados de la corriente principal de la inversión social, aprovechando un argumento de la década de los '80 que denunciaba “las filtraciones”, es decir, denun-

ciaba como espurio que sectores de medianos o altos ingresos utilizaran servicios de salud y educación (especialmente hospitales complejos y educación superior) “que podían pagar”. Este argumento –que primero implícita y luego explícitamente intentaba abrir más oportunidades de mercado– desconsidera que en sistemas impositivos progresivos cada sector contribuye proporcionalmente igual al financiamiento público y que el carácter universal de los servicios sociales es –en una comparación internacional– justamente la principal garantía de su calidad.

En parte por ello, el sector salud resulta hoy más vulnerable a una traslación sutil y gradual a la que hemos denominado “operación trasplante”. Se trata de un ingenioso dispositivo que busca sacar al sector salud de la mano izquierda del Estado aislándolo de los otros sectores sociales y emparentarlo progresivamente con la mano derecha del Estado, forzando su interacción con los sectores financieros, de comercio interior y exterior, con el desarrollo industrial y otros sectores de negocios.

Se debe (en estos casos es literal) también a estos organismos durante la década de los '90 el pasaje de afiliados entre obras sociales, contribuyendo a profundizar la pérdida de solidaridad de rama de actividad que ya se había

iniciado con la creación de OSDE, y abriendo la puerta a su vez al sistema de prepagas, exacerbando los rasgos más inequitativos del sistema y favoreciendo un “descreme” de los afiliados de medianos y mayores ingresos que colocó al borde de la inviabilidad o de absoluta dependencia de subsidios a muchas obras sociales.

El mecanismo de las condicionalidades es una vieja y entrañable arma del neocolonialismo que fue internacionalmente estrenada a inicios del siglo XX con la independencia otorgada a Cuba por Estados Unidos. Se conoce como Enmienda Platt un acta de compromiso que habilitaba a EE.UU. a iniciar una nueva ocupación militar si el naciente gobierno independiente se mostraba incapaz de mantener libre de fiebre amarilla el puerto de La Habana. Esta herramienta aplicada con éxito por más de un siglo se verá aquí recuperada y potenciada. A las necesidades financieras del país se contestaba con créditos sectoriales blandos (es decir, de tasa de interés internacional relativamente baja), con blindajes “condicionados” a una serie de “reformas” (palabra canibalizada por los bancos y el FMI) que casi nada tenían que ver con la finalidad del crédito.

Para ilustrar este último punto y la habilidad de estos organismos para “estabilizar políticas”, aun o especialmente cuando van a ocurrir cambios de gobierno, podemos mencionar que cuando la gestión que asume en 1999 anuncia los resultados de los primeros cien días de gobierno, la mayoría de los logros anunciados no provenían de la natural rendición de cuentas de las promesas electorales sino del estricto cumplimiento de las condicionalidades de un crédito sectorial internacional que había sido contraído por el gobierno saliente, cuyos desembol-

sos habían sido estratégicamente demorados y que resultaron “providenciales” para pagar los sueldos de la administración.

Otro paso memorable ocurre durante la crisis del 2001-2002. Gracias a los trabajos de Klein, ha quedado en evidencia que los inversores y los organismos internacionales ven en las crisis un incremento de las oportunidades de influencia y a pesar de que el default de la Argentina ha sido uno de los motivos de desprestigio del FMI por la obvia responsabilidad de ese organismo, la injerencia en políticas sanitarias no disminuyó e incluso en algunas áreas se expandió.

Durante el gobierno interino que surgió como consecuencia de esa crisis se firmaron acuerdos con el Banco Mundial con cláusulas que aun hoy resultan sorprendentes, definiendo sin debate alguno, desde uno de los gobiernos más débiles desde la recuperación de la democracia, que una nueva función de las provincias sería la de “compradores de servicios” (en el contrato original, “purchasers”), lo que no solamente es un criterio sanitario polémico sino que además podría resultar inconstitucional para muchas jurisdicciones del país.

La continuidad jurídica del Estado y la permanencia de los ministros de Economía y de Salud en el gobierno que asume en el 2003 generaron la paradójica situación de que, a pesar de los históricos avances en la recuperación del rol del Estado, de los derechos humanos, en la autonomía e incluso en la soberanía de áreas estratégicas como jubilaciones, empresas públicas o compañías aéreas, Salud continúe siendo un sector que se encuentra básicamente matrizado por los proyectos financiados por organismos internacionales de crédito.

A las necesidades financieras del país se contestaba con créditos sectoriales blandos... con blindajes “condicionados” a una serie de “reformas”... que casi nada tenían que ver con la finalidad del crédito.

Salud se ha constituido como la segunda comisión de Unasur y se ha conformado una agenda que podría servir para orientar la reconstrucción del sector en la próxima década.

El concepto de “soberanía sanitaria” desarrollado recientemente por diversos países de la región, especialmente aquellos desalineados definitivamente con el Consenso de Washington, puede servir aquí como un eje para redefinir las políticas de salud y construir nuevas capacidades de negociación en el marco de una salud internacional alternativa.

En los últimos años el país ha participado activamente en la construcción de un nuevo bloque geopolítico: la Unasur, integrada por la Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay, Brasil, Ecuador, Bolivia, Perú, Colombia, Venezuela, Surinam y Guyana.

Este bloque contribuye a fijar nuevas orientaciones y ha sido fundamental en la condena al golpe de Estado en Honduras, en la estabilización de las democracias amenazadas con la extensión de ese modelo (Bolivia, Paraguay), en la prevención de una escalada del conflicto entre Colombia y Venezuela y en la contención política de los emplazamientos militares de Estados Unidos en el subcontinente.

Justamente la Unasur ha dado muestras de un gran dinamismo incluyendo iniciativas para sacar a la salud de la marginalidad a la que las políticas neoliberales de los '90 la habían condenado con el obvio objetivo de favorecer su progresiva privatización.

Salud se ha constituido como la segunda comisión de Unasur y se ha conformado una agenda que podría servir para orientar la reconstrucción del sector en la próxima década e incluye cinco áreas de trabajo: escudo epidemiológico; desarrollo de los sistemas de salud universales; acceso universal a medicamentos; promoción de la salud y desarrollo y gestión de recursos humanos en salud.

La soberanía en el siglo XXI no está asociada al aislacionismo sino más bien a la diversidad y al pluralismo de alianzas y fuentes de innovación en la esfera de lo internacional, de donde pueden provenir tanto una parte de los problemas como una porción de las soluciones. La clave parece estar en el desarrollo de capacidades adecuadas de negociación, de análisis crítico de las propuestas y de planificación estratégica para aprovechar oportunidades protegiéndose de las manipulaciones, desde las más groseras hasta las más sutiles o refinadas.

La Argentina tiene condiciones y puede desarrollar capacidades para transformarse en un actor clave de la salud internacional que hoy se encuentra nuevamente atravesada por una ofensiva de la filantropía internacional. Fundaciones, gobiernos y empresas buscan relegar los foros y organismos internacionales de salud y llevar esos debates a los foros económicos para facilitar la expansión de los mercados de insumos y equipos sanitarios y debilitar la resistencia de países que se encuentran en el dilema de respetar las leyes de patentes y los acuerdos en la OMC o proteger la salud de sus poblaciones.

La salud internacional ha multiplicado su complejidad: nuevas pandemias asociadas a la megaproducción cárnica, vacunas y medicamentos cuyas eficacias necesitan ser validadas, documentos de consenso que se manipulan, tratados de libre comercio y bloques comerciales con letra chica que licúan la capacidad de acceso a medicamentos, debilitamiento de la OMS, créditos internacionales asociados a intereses de la industria, etc. También se ha multiplicado la cantidad de actores: a los foros y organismos intergubernamentales se les contraponen la creciente influencia de organismos bilaterales, fundaciones filantrópicas y empresas transnacionales.

Con la reciente ley de prepagas el país ha dado un paso fundamental que constituye un gesto inequívoco para iniciar una transformación del sector. El multilateralismo, la participación informada en los organismos internacionales de salud y el fortalecimiento de los bloques regionales parecen ser el camino adecuado. La Argentina lo ha comprobado constituyéndose en una voz importante en los más diversos foros internacionales; también puede y debe hacerlo en salud.



DE LA SALUD PÚBLICA A LA SALUD COLECTIVA

EL PROCESO DE CONSTITUCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Y LOS CAMBIOS INTRODUCIDOS EN ELLA DESDE LOS TIEMPOS DE LA COLONIA HASTA LA ACTUALIDAD. LA NOCIÓN DE SALUD COLECTIVA, HOY.

por DIEGO ARMUS *Swarthmore College*





Hubo una época en que la gente no iba al hospital. Porque los que había eran muy pocos, porque allí era difícil o imposible curarse, porque los hospitales existían como referencia pero no para mejorar la salud individual sino como lugares adonde se llegaba agonizante y a morir.

Fueron largas décadas en que la idea misma de servicios de atención de la salud, por inexistentes, no contaba en los modos en que la gente trataba de organizar sus vidas, defenderse de las enfermedades y cuidar su salud. En tiempos de la colonia y también hasta bien entrado el siglo XIX, ya bajo gobiernos independientes, los problemas colectivos de la salud apenas se perfilaban en la agenda del Estado. De manera espasmódica, aparecían preocupaciones por la basura y las consecuencias de los cíclicos azotes epidémicos. Pero las respuestas que se ofrecían resultaban de una suerte de lógica del bombero: se trataba de apagar incendios antes que prevenirlos. Así las cosas, la gente cuidaba de su salud como podía, fundamentalmente con medicina casera y en algunos casos con una ocasional visita a curadores de cualquier tipo. Muy pocos accedían a los médicos diplomados, entre otras razones porque eran escasísimos. Como sea, para la mayoría de los malestares y enfermedades, ni los curadores ni los médicos ofrecían curas efectivas.

En gran medida todo esto empezó a cambiar con la progresiva aceptación de las novedades traídas por la bacteriología moderna. Durante un tiempo, hacia fines del siglo XIX, los miasmas y los recién descubiertos microorganismos convivieron en los esfuerzos de la medicina oficial al momento de explicar las causas y los modos de combatir las enfermedades. Pero al despuntar del siglo XX casi nadie hablaba de los miasmas y en términos etiológicos la bacteriología ya había ganado la batalla. En ese nuevo contexto se afirmó una agenda de intervención definitivamente instalada en la esfera pública. Una de sus prioridades fue la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas, que eran las que dominaban en la morbilidad y mortalidad de las ciudades. El mundo rural apenas contaba en esa agenda. Por eso, no es abusivo señalar que en la Argentina las preocupaciones por la salud pública empezaron siendo urbanas, combinando en propor-

ciones diversas y cambiantes sanitarismo, reforma social y reforma moral. Ese sesgo urbano –presente a todo lo largo del siglo XX– opacaría los intermitentes esfuerzos destinados a incorporar el mundo rural en la agenda de la salud pública.

Mientras las enfermedades infecciosas dominaron en los modos de morir y enfermar de la gente hubo un marcado énfasis en la lucha antiepidémica asentado en los temores generalizados al contagio, la higiene defensiva, la moralización de las masas, las preocupaciones por el equipamiento urbano y la pobreza. Cuando la construcción de las obras de salubridad facilitó el control de las enfermedades infectocontagiosas –no así de las gastrointestinales y la tuberculosis–, las preocupaciones por el desorden, la degeneración, la inestabilidad del cuerpo social y cierto alarmismo pasaron a un segundo plano y fue tomando forma una visión más optimista del futuro, especialmente enfática en las posibilidades de la vida sana y la higiene moderna y positiva, donde la necesidad de levantar una red de instituciones de asistencia, prevención, moralización y bonificación social debía contener y acomodar los desajustes que los cambios modernizadores habían traído consigo. Las preocupaciones por las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo eran apenas incipientes y en algunos lugares totalmente inexistentes.

Estos cambios fueron impulsados y liderados por los médicos higienistas que lograron consensuar su agenda con un amplio grupo de muy variadas tradiciones ideológicas y políticas. Es cierto que cada grupo encuadraría esa agenda a su modo; pero todos, de los católicos sociales y liberales a los anarquistas y socialistas, terminaron reconociendo en la higiene colectiva e individual una necesidad y un incipiente derecho.

Estas novedades que marcan las últimas décadas del siglo XIX y el primer tercio del siglo XX fueron mucho más evidentes en las ciudades del Litoral. Allí, el acelerado crecimiento demográfico –alentado por la masiva llegada de inmigrantes– planteó los más grandes desafíos y allí también obtuvo sus más significativos logros. En las ciudades del interior este proceso fue mucho más lento: la urbanización no fue tan espectacular, los desafíos más modestos y ciertamente marginales las respuestas e intervenciones en materia de salud pública. En cualquier caso, y miradas retrospectivamente, estas novedades revelan el paso firme con que avanzaba

En tiempos de la colonia y también hasta bien entrado el siglo XIX, ya bajo gobiernos independientes, los problemas colectivos de la salud apenas se perfilaban en la agenda del Estado.

la medicalización de la sociedad argentina. Así, y al calor de iniciativas legales y de políticas que no siempre llegaron a concretarse pero que indicaban claramente una tendencia que mostraría sus mejores frutos hacia finales de la década del cuarenta, fueron consolidándose nuevas agencias estatales –a nivel nacional, provincial o municipal– abocadas específicamente a los problemas de la salud. La caridad y filantropía particulares –con frecuencia y en gran medida llevadas a cabo con fondos estatales– empezaban a replegarse. La materialización más evidente de esas novedades de muy desigual implantación en el territorio nacional fue la red institucional de atención, de hospitales y sanatorios a dispensarios y centros de primeros auxilios. Y junto a ella, dos cuestiones hasta entonces desatendidas o directamente ignoradas: por un lado, y en el mundo rural, el paludismo y algo más tarde el mal de Chagas; por otro, y en el mundo urbano, no sólo las así llamadas enfermedades de la civilización –el cáncer y las cardiovasculares– que ya se perfilaban como decisivas causas de la mortalidad en las ciudades, sino también las enfermedades profesionales, asociadas a los procesos laborales.

Mientras esto ocurría, diversos sectores sociales, con intensidad diversa según las regiones y ciertamente con mucha más intensidad en las ciudades, fueron generando instancias para atender algunos aspectos de su salud. Fue en ese contexto que empezaron a proliferar las sociedades de socorros mutuos –de colectividad, gremiales, religiosas, generales– que ofrecían servicios muy básicos y que en algunos casos llegaron a tener sus propios hospitales. El mutualismo, que tuvo una agenda amplia y variada donde se combinaban

iniciativas asistenciales, educativas y sociales, fue un vigoroso movimiento que en las primeras cuatro décadas del siglo XX tuvo más afiliados que el movimiento obrero organizado. Facilitó el acceso a cierta atención médica y farmacéutica a individuos que sin ser pobres no podían afrontar solos los gastos ocasionados por un accidente, la pérdida de salario cuando el asociado estaba enfermo o los gastos de sepelio.

Junto a los servicios ofrecidos por sistema público –que en algunos casos empezó a arancelarse– y el de las mutualidades, algunos cuidaban su salud en tanto miembros de asociaciones de medicina prepaga y otros visitando consultorios médicos particulares. Y para todos –tanto las elites como los sectores populares y medios– seguían presentes las alternativas de la medicina hogareña, la cada vez más difundida compra de medicamentos de venta libre en las farmacias y la consulta a una ristra de curadores no oficiales. Con frecuencia perseguidos por el Estado que ya había legitimado el monopolio del arte de curar en la práctica de los médicos diplomados, estos curadores –de charlatanes y manosantas a empíricos, farmacéuticos y herboristas– y también la medicina hogareña y a partir de los años veinte la automedicación fueron como una sombra del exitoso proceso de medicalización de la sociedad: estuvieron siempre, y muy en particular cuando la gente buscaba respuestas a los males para los que la biomedicina no ofrecía alternativas de cura eficaces o cuando no podían acceder a los servicios de atención de la medicina diplomada. A su modo, la perdurable presencia de estas alternativas de atención revela que los así llamados sistemas de salud –tanto en su etapa formativa como en la de su posterior consolidación– son sólo una parte del complejo mundo que marca los modos en que la gente cuida de su salud y lidia con la enfermedad.

Al despuntar la década del cuarenta y la primera experiencia peronista, el Estado argentino no sólo profundizaba su carácter capitalista, en esos años con vocaciones industrializadoras, sino también y con una intensidad desconocida, sus funciones asistencialistas. Así, el Estado asumiría un rol no sólo de mediador en los conflictos sociales sino también de normalizador de más y más cuestiones del mundo privado. En alguna medida esa ampliación de funciones fue el resultado de demandas originadas en la sociedad civil, en primer lugar de las asociaciones mutuales, que comenzaron a

Los así llamados sistemas de salud –tanto en su etapa formativa como en la de su posterior consolidación– son sólo una parte del complejo mundo que marca los modos en que la gente cuida de su salud y lidia con la enfermedad.

experimentar, ya desde mediados de la década del treinta y al calor de un proceso de medicalización que no dejaba de expandirse, graves desequilibrios financieros pasibles de resolverse con la activa intervención reguladora del Estado. Fue en ese nuevo contexto, caracterizado por una mayor intervención estatal y por la presencia de sectores de la sociedad civil muy interesados en renegociar con él su lugar como oferentes de servicios, donde las cuestiones de la salud y la enfermedad comenzaron, como nunca antes, a politizarse.

Muy pronto a la discusión sobre las dimensiones y características del asistencialismo estatal –un tema que no era completamente novedoso– se sumó a comienzos de los años cuarenta la cuestión del seguro de salud. En torno a ese problema, que sí era novedoso, las ideas de la solidaridad y de la justicia social ganaron en presencia y alcance. Alentadas por tradiciones socialista, católica y afines al espiritualismo krausista, esas ideas galvanizarían en torno a la definición de tres conjuntos solidarios a los que se atribuían intereses recíprocos compartidos. Comenzaría a aceptarse entonces una fórmula

donde el Estado y los empleadores debían contribuir a amortizar lo que se dio en llamar el “capital-hombre” y los trabajadores se harían cargo de aportar su parte, quedando de ese modo habilitados a exigir como derecho aquello que habían cofinanciado. En este nuevo marco, los vínculos solidarios, antes primordialmente instalados en la esfera privada de las organizaciones mutuales, incorporaron una dimensión política que logró incluir al Estado como parte interesada y responsable. Así, la maduración de esta nueva relación entre el Estado y la sociedad –un proceso en gestación desde comienzos del siglo XX– tomó forma en un Estado de compromiso donde el reconocimiento de derechos sociales, entre ellos el de la salud y del acceso a los servicios de atención, terminó ampliando sustancialmente los contenidos de la ciudadanía social.

Pero esta transición del Estado liberal del entresiglo al Estado social del primer peronismo tomó características e intensidades diversas en el variado escenario municipal y provincial de la Argentina. Como sea, la tendencia era clara. En algunos temas esa tendencia estaba marcada por enfoques alentados desde organizaciones internacionales y fundaciones norteamericanas: sostenida expansión de la red hospitalaria; consolidación de las agencias estatales de salud –el recién creado Ministerio de Salud Pública entre ellas– que, entre otras cosas, se lanzaban a aplicar con resultados inciertos programas verticales de erradicación de ciertas enfermedades; nacionalización de las campañas sanitarias de prevención, llegando como nunca antes al interior del país y enfatizando en la prevención de la salud de los trabajadores y los niños. En otros temas el color local fue su rasgo dominante: el sistema alentó la consolidación de instituciones de seguridad social –las así llamadas obras sociales– capaces de sufragar los gastos de atención de sus miembros por contar con las contribuciones obligatorias de trabajadores y empresarios a las que en el caso de los gremios más fuertes solían sumarse subsidios del gobierno.

En teoría, todo el sistema de atención del Estado social del primer peronismo apuntaba a la universalidad –dando servicios de atención a todos los habitantes–, la integralidad –impulsando la prevención, la cura en todos sus niveles de complejidad y la rehabilitación–, la gratuidad –enfatizando que el acceso no podía estar limitado por ningún prerrequisito–, y la eficacia –tomando en cuenta lo que

en esos años ofrecían las certezas de la biomedicina–. En la práctica, sin embargo, las cosas fueron diferentes y lo que terminó produciendo el primer peronismo será de algún modo fundacional de los rasgos dominantes del sistema de atención que estará vigente hasta la década de los noventa. Desde mediados de la década de los cuarenta ese sistema de atención estuvo marcado por la fragmentación –múltiples oferentes de servicios de atención desconectados entre sí–, la heterogeneidad –puesto que cada organización funcionaba siguiendo protocolos propios tanto en lo financiero como en la población a cargo–, la ineficacia –ya que predominaba una atención curativa más atenta a la medicina de alta complejidad que a la atención primaria–, y la ineficiencia –resultante de la dispersión administrativa y de gestión–.

Sin duda aumentó la oferta de atención a más y más sectores sociales. Pero incluso dentro del subsector público, la atención de la salud avanzó de la mano de la segmentación de la oferta, en gran medida por la competencia del Ministerio de Salud Pública –una agencia del Estado– y la Fundación Eva Perón, una agencia paraestatal. Así, a los primeros años de políticas sanitarias peronistas signados por presupuestos holgados y un sostenido esfuerzo de equipamiento hospitalario bajo el liderazgo del equipo de técnicos del ministerio, le siguen, ya a comienzos de la década de los cincuenta, una clara reducción de recursos y la cruda realidad de que el Ministerio de Salud ya no podía asumirse como el único o incluso el más privilegiado actor oficial o semioficial del proyecto peronista en materia de salud. A esta fragmentación en el subsector público debe sumarse la presencia de las obras sociales sindicales –cuyo número y poder financiero no dejaría de crecer–, las sociedades de beneficencia nacionales y locales –que empezaban a desaparecer– y el sector privado de atención –que comenzaba a hacerse cada vez más complejo–.

En cualquier caso, el sistema de atención del Estado social del primer peronismo –y sin duda de los gobiernos que lo siguen hasta los años noventa– parece haber lidiado con algunas dimensiones de la medicalización de un modo no demasiado distinto que el que había marcado al Estado liberal a fines del siglo XIX y comienzos del XX. En ambos períodos, y en muchos lugares y para muchos malestares, los servicios de atención jugaron un papel marginal o directamente inexistente. Dicho de otro modo:


A la discusión sobre las dimensiones y características del asistencialismo estatal –un tema que no era completamente novedoso– se sumó a comienzos de los años cuarenta la cuestión del seguro de salud.

las instituciones de la salud pública y las prácticas privadas de los médicos eran apenas relevantes en la vida de la gente, porque la gente no los usaba, porque eran realmente insuficientes, porque las terapias y políticas para enfrentar enfermedades evitables eran inexistentes o efímeras, porque la incertidumbre biomédica frente otras enfermedades –conocidas o nuevas– impedía articular respuestas eficaces. Por eso, también en tiempos del Estado social del primer peronismo se recortaba, y con fuerza, ese plural mundo saturado de prácticas de atención distintas de las ofrecidas por la biomedicina institucionalizada y creciente acceso a los medicamentos de venta libre.

Al promediar el siglo XX nuevas propuestas en la escena internacional vinculaban con fervor la salud y el desarrollo, esto es, una aspiración de algún modo conocida y un concepto y agenda relativamente nuevos, cargado de expectativas y esperanza. Estas propuestas cuestionaron dos asuntos clave que marcaron la problemática de la salud en muchos países de lo que en esa época se llamaba Tercer Mundo: en primer lugar, el traslado de los modelos de asistencia médica basados en grandes y complejos hospitales de los países industrializados a los países que no lo eran; luego, la formulación de programas de salud con muy poco énfasis en la prevención y la atención primaria. Fue en el marco de esas propuestas, y para ejemplificarlo de modo bien crudo, que se proclamaba que el DDT necesario para terminar con el paludismo y las jeringas no eran suficientes al momento de tratar de satisfacer

las necesidades básicas de salud.

Se trataba de una crítica reveladora de un cierto escepticismo, nuevo, que iba tomando forma frente a los recurrentes fracasos de las campañas verticales de erradicación de enfermedades y las supuestamente eficaces panaceas animadas por la tecnología y los expertos que a partir de los años cuarenta y cincuenta habían marcado la agenda de la biomedicina (y que también, algo más tarde, marcarían las de la economía y las ciencias sociales). Entre los practicantes de la salud pública que compartían esas críticas se hablaba, casi en clave holística, de una serie de dimensiones decisivas al momento de lidiar con la salud de una población: la biología, los servicios de salud, el medio ambiente y social, y los estilos de vida. Pivoteando sobre esos presupuestos empezó a esbozarse la agenda de la atención primaria como modo de influenciar las políticas de salud. Más tarde, el movimiento de la salud colectiva ampliaría esa agenda incorporando los problemas de la subjetividad –dándoles un lugar nuevo a las percepciones y prácticas del enfermo y del paciente– e, incluso, a los empeños por desmedicalizar al menos parcialmente los servicios de atención. En algunos lugares como Brasil, entre los sesenta y los ochenta, este movimiento se consolidó a la manera de un esfuerzo de actualización –y superación– de las políticas de salud pública tal como se las había conocido en los primeros tres cuartos del siglo XX. En la Argentina ese proceso fue, y sigue siéndolo, muchísimo más modesto.



EL MODELO NEOLIBERAL IMPUESTO EN LA DÉCADA DE LOS '90 CONTINÚA VIGENTE EN EL ÁREA DE SALUD. AÚN HOY SE MANTIENEN LAS POLÍTICAS CORTOPLACISTAS Y FOCALIZADAS QUE IMPIDEN EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A UNA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD.

por
SUSAN LÓPEZ

Lic. en Sociología (UBA), Especialista en ciencias sociales, salud y ciencias políticas (Flacso). Profesora adjunta de Medicina Social-FTS-UNLP.



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA ARGENTINA

LAS PRIORIDADES DE LAS
POLÍTICAS SOCIOECONÓMICAS Y
DE SALUD ANTERIORES A 2003

A bordar el perfil epidemiológico plantea el desafío de poder relacionar y explicar cómo diferentes factores participan, condicionan y/o determinan el mapa de la salud de la Argentina. El diseño e implementación de políticas económicas y sociales delimitan e impulsan formas de distribución de riqueza que muestran lo que se prioriza y lo que se relega, y por consiguiente a los que ganan y a los que pierden.

A grandes rasgos, alrededor de la mitad del siglo XX, entre 1945 y 1975, la prosperidad de la Argentina fue acompañada con un fuerte impulso redistribucionista por parte de gobiernos con políticas de Estado benefactoras, garantes e inclusivas, que tuvieron como corolario el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, una movilidad social ascendente y una tasa de desempleo de un dígito.

A partir de 1976, cuando se instauró la dictadura militar más cruenta y genocida en la historia de nuestro país, con apropiación sistemática de niños recién nacidos y desaparición forzada de personas, se impuso un plan económico de ajuste, con congelamiento de salarios, proscripción de la asociación sindical, liberación de precios, disminución de barreras a las importaciones y el inicio del ciclo de solicitudes de préstamos internacionales. El eslogan fue “achicar el Estado para agrandar la Nación”, y también el comienzo de las políticas neoliberales que luego se consolidaron en los '90.

Entre los años 1980 y 2001, los trabajadores en su

conjunto perdieron alrededor del 50 por ciento de sus ingresos. Las políticas neoliberales, selectivas y excluyentes, deterioraron las condiciones de vida y aumentaron el desempleo a dos dígitos, empujando a sectores medios bajos y a pobres estructurales a caer por debajo de la “línea de pobreza”. Además, acumuló entre muchas otras deudas sociales una deuda externa estimada, al 2004, en 181.200 millones de dólares.

Desde 1998 hasta el 2003 la incidencia de la pobreza aumentó del 26% al 47,8%, siendo aun mayor el aumento de la indigencia que pasó, para el mismo período, del 6,9% al 27,7%. Pero si se tienen en cuenta las diferencias regionales, estas pueden ser superiores, por ejemplo, en la región del noreste, las provincias de Corrientes y Chaco presentan los índices más elevados de todo el país (68,7% y 65,5%, respectivamente).

Las políticas de salud neoliberales que se impulsaron en este período, bajo la égida bancomundialista, se caracterizaron por la reducción del gasto público social, la descentralización, la focalización y la privatización. El impacto de estas políticas, de priorización del mercado y minimización del Estado, se tradujo en retrocesos en las condiciones de vida de la mayoría de los argentinos y en el enriquecimiento de unos pocos. Situación demostrada por el incremento de la desigual distribución de ingresos (en 1990, el 10% más rico ganaba 15 veces más que el 10% más pobre, en el 2001 esa diferencia trepó a 28 veces), por la pérdida de garantías y beneficios laborales y sociales (flexibilización y precarización), por el aumento del desempleo (pasó del 7% de la población económicamente activa –PEA–, a principios de 1990, a un pico de 18,4% en 1994 y a 15,6% para 2003), por el aumento de la exclusión y la marginación social, en definitiva, por la pérdida de los derechos humanos más básicos.

La pérdida de empleos y la disminución del poder de compra de los trabajadores todavía empleados llevaron a reducir aún más la accesibilidad a bienes básicos como la alimentación, la educación, la salud y la vivienda, y esto transformó no sólo la estructura social argentina, sino que deterioró las

condiciones de vida del conjunto de la población. En 1991, el 36,8% de la población no contaba con cobertura de salud por obras sociales (OS) o seguro privado. La destrucción del empleo en blanco y la caída de los salarios hicieron que la población en esas condiciones, en 2001, ascendiera al 48,1%. Estos porcentajes varían según las provincias: de 26,2% en ciudad de Buenos Aires a 65,8% en Formosa.

Los paliativos que suavizaron estas políticas fueron programas sociales, en la mayoría de los casos financiados por organismos multilaterales (Banco Mundial y BID), focalizados en los grupos de población más pauperizados. El mecanismo de financiamiento de estos programas, préstamos y fondos de contrapartida comprometidos por el Estado argentino, fue un claro ejemplo de perversidad de este tipo de política, que aumentó el endeuda-

miento externo al tiempo que generó las condiciones para nuevos ajustes, retroalimentando el círculo vicioso de desigualdad, exclusión, marginalidad y pobreza.

El ajuste económico y reducción del gasto fiscal en las políticas sociales y en particular en salud se reflejaron en la disminución de la participación relativa del gasto público en salud en relación al gasto público social. Entre 1993 y 2002 el gasto público consolidado en salud disminuyó su participación en los presupuestos ejecutados, desde el 15,27% al 13,92%, lo que significó una pérdida de 3.900 millones de pesos constantes. Momento histórico donde la pobreza afectaba a casi el 60% de la población.

Observando las series de datos correspondientes a la Argentina durante el período 1990-2003, se observa que no siempre coincide el crecimiento del PBI per cápita con mejoras distributivas, y menos aún con reducciones de la pobreza o reducción del desempleo. Y esto se traduce en peores condiciones y posibilidades de un sector cada vez mayor de población para satisfacer sus necesidades básicas como la alimentación, el abrigo, la vivienda, el empleo, la educación y la salud.

CUADRO 1. Evolución de algunos indicadores macroeconómicos de Argentina. 1990-2003

	PBI PER CAPITA EN U\$S PPA 2008 VALOR CTE.	INDICE DE POBREZA EN % DE LA POBLACION	INDICE DE INDIGENCIA EN % DE LA POBLACION	DESEMPLEO % DE LA PEA	INFLACION EN %
1990	5170	33,70	6,60	6,30	1.344,0
1991	6030	21,50	3,00	6,00	84,0
1992	6900	17,80	3,20	7,00	17,5
1993	7410	16,80	4,40	9,30	7,4
1994	7900	19,00	3,50	12,10	3,9
1995	7700	24,80	6,30	16,60	1,6
1996	8160	27,90	7,50	17,30	0,1
1997	8850	26,00	6,40	13,70	0,3
1998	9150	25,90	6,90	12,40	0,7
1999	8850	26,70	6,70	13,80	-1,8
2000	8870	28,90	7,70	14,70	-0,7
2001	8560	35,40	12,20	18,30	-1,5
2002	7730	54,30	24,70	17,80	41,0
2003	8180	47,80	20,50	16,30	3,7

* El PBI per capita, dato del BM, es a valores constantes. PPA (Paridad de Poder Adquisitivo)

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de INDEC, EPH, y BM

El diseño e implementación de políticas económicas y sociales delinean e impulsan formas de distribución de riqueza que muestran lo que se prioriza y lo que se relega, y por consiguiente a los que ganan y a los que pierden.

Epidemiología de algunos indicadores de salud en los '90 y hasta el 2003

En cuanto a los indicadores generales de salud biológicos, aunque se observa un mejoramiento tendencial en casi todos ellos, lo que se da en la gran mayoría de los países del mundo, no refleja el mismo comportamiento en comparación con países de la región de similares características. Por ejemplo, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para el período 1990-2000, Chile bajó la tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) de 22 a 11 (50%), Costa Rica de 22 a 13 (41%), mientras la Argentina lo hizo de 29 a 21 (27%).

Las condiciones de vida y reproducción cotidiana bajo el modelo productivo de un capitalismo excepcionalmente desregulado y salvaje fueron modificando las tendencias de morbimortalidad. Desde que el homo sapiens dejó de ser nómada las enfermedades infecciosas pasaron a ser el mayor flagelo de los pueblos. Desde la revolución industrial hasta la actualidad –pasando por la concentración de población urbana, la mecanización del trabajo, la revolución tecnológica–, el modo de enfermar y morir quedó más que nunca condicionado por el modo de reproducción cotidiana. Las enfermedades infecciosas no disminuyen sólo como efecto de haber encontrado respuestas medicamentosas,

CUADRO 2. Algunos indicadores de salud de Argentina. 1980-2003

	1980	1990	1998	2000	2001	2002	2003
Tasa de Mortalidad Infantil por 1.000 n.v.	33,2	25,6	19,1	16,6	16,3	16,8	16,5
Tasa de Mortalidad Neonatal Reducible	s/d	s/d	s/d	60,4	58,2	58,9	56,4
Tasa de Mortalidad < 5 años por 1.000 n.v.		29		19,3	18,9	19,5	19,1
Tasa de Mortalidad Materna por 10.000 n.v.	7,0	5,2	3,8	3,5	4,3	4,6	4,4
Tasa Mortalidad General	8,6	8	7,7	7,5	7,6	7,7	7,9
Tasa bruta de Natalidad	25,7			19	18,2	18,3	18,4
Esperanza de vida al nacer (en años)	68,9	71,9	72,3	73,1	73,8	74	74,3
Analfabetismo	6,1	3,9			2,8		

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Estadísticas vitales DEIS. MS

sino porque lo que cambió es el tipo de sociedad, el modo de hacer y resolver, en sociedades cada vez más consumistas, competitivas e individualistas donde aumentaron el estrés y las patologías cardio y cerebrovasculares. Del mismo modo, la utilización de químicos en toda la cadena alimenticia, la contaminación y el deterioro ambiental, la manipulación y exposición de agentes tóxicos tanto en la industria como en el agro, la manipulación genética de todo ser vivo, las radiaciones de todo tipo y clase, tanto de uso doméstico como industrial, etc., han aumentado la morbimortalidad por tumores malignos. La Argentina inserta, desde el subdesarrollo, en este modelo capitalista, no ha sido la excepción.

Cabe resaltar que, aunque se haya cambiado la tendencia principal de la morbimortalidad, aún las enfermedades infecciosas y parasitarias cobran importancia por la persistencia de las condiciones y calidad de vida de la población que vive en la pobreza.

El VIH/sida, que comenzó en los inicios de los años '80, creció en forma sustancial. Con una tasa del 2,4 por 100.000 hab. en 1991, trepó al 9,2 en 1997. Desde 1998 y hasta 2003 permaneció alrededor de 6 por 100.000 hab. La distribución de los casos según sexo, en 1989 presentaba una relación de 12 a 1 entre hombres y mujeres, mientras que en el 2002 esa relación fue de 3 a 1.

El cólera, que luego de casi un siglo sin presencia en el continente, llegó en 1991 en un barco proveniente de Asia al puerto de Callao, en Lima, Perú y se extendió por varios países de la región e ingresó a la Argentina por varias vías, siendo la fluvial la más relevante, afectó al norte del país, principalmente a las provincias de Salta, Jujuy y Formosa.

Las enfermedades respiratorias han tenido un retroceso en los años '80 hasta principios de los '90, cuando comenzaron a ascender. Según el Instituto Emilio Coni, la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias para el total del país, en el grupo de 20 a 64 años, tuvo, entre 1980 y 1994, una leve tendencia al descenso con una variación promedio anual de -0,90%. En cambio, a partir de 1994 y hasta 2005, la tendencia de la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio fue en aumento y, durante este período, la mortalidad por esta causa en la población de 20 a 64 años se incrementó un

CUADRO 3. Principales causas de mortalidad de todas las edades. Argentina. Ambos sexos. 2001

	%
Enfermedades del sistema circulatorio	32,8
Tumores	19,5
Enfermedades del sistema respiratorio	12,5
Causas externas	6,9
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4,8
Demás causas	24,5
Total de causas	100,0

Fuente: MS. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2004-2005

84%. Desde 1994 hasta 2005 la variación anual promedio de la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias fue ascendente: +3,23% anual.

En cuanto al Mal de Chagas, desde el año 1991 y en el marco de la iniciativa de los países del Incosur/Chagas (Argentina, Bolivia, Brasil, Uruguay, Chile y Paraguay), cuyo objetivo principal es la Interrupción de la Transmisión Transfusional y Vectorsial de Chagas, disminuyó de 6,3% en 1992, a 1,82% en 2001 en niños menores de 14 años.

Por último, se resalta que la decisión política de los sucesivos ministros de Salud, de atender la salud por planes que apuntan a grupos con patologías específicas y con condición social de vulnerabilidad y/o riesgo, fragmenta, impide y condiciona la accesibilidad a la atención integral de la salud.

Situación actual 2003-2009

A partir del año 2003, los indicadores macroeconómicos no sólo se recuperaron sino que su crecimiento no tiene antecedentes en la historia argentina. El PBI registró un crecimiento del 80% en valores constantes pasando en el período 2003-2010 de 246 a 435 mil millones de pesos.

Si bien la pobreza y la desocupación se redujeron

CUADRO 4. Evolución de algunos indicadores macroeconómicos de Argentina. 2003-2009

	PBI PER CAPITA EN U\$S PPA 2008 VALOR CTE.	INDICE DE POBREZA EN % DE LA POBLACION	INDICE DE INDIGENCIA EN % DE LA POBLACION	DESEMPLEO % DE LA PEA	INFLACION EN %
2003	8180	47,80	20,50	16,30	3,7
2004	9120	40,20	15,00	13,20	6,1
2005	10430	33,80	12,20	10,10	12,3
2006	11710	26,90	8,70	8,70	9,8
2007	13090	20,60	5,90	7,50	8,5
2008	14110	15,30	4,40	7,30	7,2
2009	14465	13,20	3,50	8,40	7,7

El PBI per capita, dato del BM, es a valores constantes. PPA (Paridad de Poder Adquisitivo)

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de INDEC, EPH, y BM

significativamente –el índice de pobreza se redujo de 50,9% en 2003 a 19,2% en 2008 y la desocupación a la mitad, pasando de 14,3% de la PEA en 2003 a 7,3% en 2010–, esta situación no se ha visto reflejada con un acompañamiento e impacto similar en las condiciones de salud de la población.

El gasto en salud, que representaba el 9% de la canasta familiar para el año 2000, pasó al 10% para 2007. El gasto de bolsillo, indicador de injusticia social, ya que afecta desproporcionadamente a la población pobre, ascendió de 44,5% a 49,2% del gasto total.

En contrapartida, la participación del gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud, bajó de 55,5% a 50,8% entre 2000 y 2007.

Mientras que el porcentaje del gasto público en salud como parte del gasto público total disminuyó del 14,7% en 2000 al 13,9% en 2007.

Si se compara el gasto público en salud con las tasas de mortalidad infantil y TMM5 con países similares de la región, encontramos que esa reducción tiene relación con la disminución más lenta de estos indicadores en nuestro país.

La tasa de mortalidad infantil (TMI) bajó 4 puntos en el período 2003-2009, mientras que la tasa de mortalidad materna (TMM) creció en 1 punto. Para el año 2006 las muertes maternas llegaron a 4,8 por 10.000 nacidos vivos, sin embargo la misma muestra marcaba las diferencias regionales. Para ese mismo año, se registraba una TMM del 16,5 en Jujuy, del 12,8 en Chaco y del 12,5 en Misiones, cada 10.000 nacidos vivos. A nivel país, según datos del Ministerio de Salud de 2008, mientras en el quintil más pobre se concentran cerca del 30% de las muertes en menores de un año y el 40% de las muertes maternas, en el quintil menos pobre se acumula sólo el 15% de la mortalidad infantil y el 10% de la mortalidad materna.

CUADRO 5. Gasto público en salud, gasto per cápita y tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años*

	GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO % DEL GASTO TOTAL EN SALUD		GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO % DEL GASTO PÚBLICO TOTAL		GASTO TOTAL EN SALUD PER CÁPITA EN DÓLARES INTERN		GASTO PÚBLICO PER CÁPITA EN U\$S PPP 2008		TASA MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS. POR 1000 NACIDOS VIVOS		TASA MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NACIDOS VIVOS	
	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2008	2000	2008
Argentina	55,5	50,8	14,7	13,9	815	1322	452	671	20	15	17	13
Brasil	40,0	41,6	4,1	5,4	506	837	202	348	34	22	28	18
Chile	52,1	58,7	14,1	17,9	615	863	320	507	22	9	9	7
Costa Rica	76,8	72,9	21,7	25,8	468	899	360	656	22	11	12	10
Cuba	90,9	95,5	11,9	14,5	375	917	342	875	8	6	6	5

* Comparativo de los años 2000- 2007/8

Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos de estadísticas sanitarias mundiales 2010 – OMS

CUADRO 6. Algunos indicadores de salud de Argentina. 2003-2009

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tasa de mortalidad Infantil por 1.000 n.v.	16,5	14,4	13,3	12,9	13,3	12,5	12,1
Tasa de mortalidad neonatal reducible	56,4	58,9	57,5	56,5	57,4	57	n/d
Tasa de mortalidad < 5 años por 1.000 n.v.	19,1	19,5	19,1	15,2	15,6	14,5	n/d
Tasa de mortalidad materna por 10.000 n.v.	4,4	4	3,9	4,8	4,4	4	5,5
Nacidos con peso < 1.500 gr %					1,1		1,1
Tasa de mortalidad general	7,9	7,7	7,6	7,5	8	7,6	7,6
Tasa bruta de natalidad	18,4	19,3	18,5	17,9	17,8	18,8	18,6
Esperanza de vida al nacer (en años)	74,2	74,6	74,3	74,3	75,2	75	75,24
Analfabetismo en % (> de 10 años de edad)		2,6					

Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos de la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud (Deis). MS

Si bien el subsector público brinda un servicio universal de atención y prevención a la salud gratuito a través de hospitales y centros de salud, la población sin cobertura de obra social o seguro privado de salud registra un descenso significativo pasando del 48,1% para el 2001 al 35% de la población para el año 2005. También aquí puede observarse que las regiones más pobres, el NOA y NEA, son las que más dependen del sistema público de salud, por ejemplo, en Formosa el porcentaje de la población que se atiende en este asciende al 56 por ciento.

La automedicación también merece una especial atención. Según una encuesta de la Universidad Maimónides realizada en 2006, la mitad de los argentinos adultos hace un mal uso de los medicamentos, lo que causa la muerte de más de 700 personas y alrededor de 100.000 internaciones hospitalarias al año en el país. Según estimaciones de Kregar, los analgésicos, antibióticos, antiácidos y sedantes lideran el ranking de la automedicación en la Argentina. Además, este autor sostiene que “se estima que el 11% de todos los casos de insuficiencia renal terminal es atribuida al consumo de analgésicos. El 40% de los casos de hemorragia digestiva alta son atribuibles a la aspirina y al resto de los antiinflamatorios no esteroideos [ibuprofeno, paracetamol]”.

Al analizar las principales causas de muertes encontramos que, en relación al período anterior al 2003, las mismas mantienen la posición y que incluso registran un descenso en sus valores.

La decisión política de los sucesivos ministros de Salud, de atender la salud por planes que apuntan a grupos con patologías específicas y con condición social de vulnerabilidad y/o riesgo, fragmenta, impide y condiciona la accesibilidad a la atención integral de la salud.

CUADRO 7. Principales causas de mortalidad. Todas las edades ambos sexos. Tasa por 100.000 habitantes

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total de muertes todas las causas	797,64	769,24	760,59	750,09	802,54	760,17	758,76
Enfermedades cardiovasculares	190,11	180,71	178,83	178,37	191,37	178,67	177,76
Tumores malignos	145,10	143,77	145,87	145,96	146,48	143,54	143,49
Enfermedades cerebrovasculares	60,98	57,33	53,47	51,67	51,08	48,72	46,27
Enfermedades respiratorias agudas	39,16	39,29	40,35	40,92	48,13	42,12	48,21
Septicemias	25,78	25,56	27,31	28,61	28,35	25,81	25,64
Diabetes	24,16	24,19	23,27	21,35	22,41	19,49	19,19
Accidentes de tráfico vehículo motor	8,98	8,92	9,26	10,43	10,17	10,82	11,04
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	8,74	8,21	7,97	8,00	7,61	7,86	7,42
Trastornos mentales y de comportamiento	7,10	6,41	5,60	5,81	6,79	6,53	6,42
Deficiencia de nutrición y anemias nutric.	5,04	4,05	3,30	3,08	3,33	2,83	2,77

Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos de la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud (Deis). MS

El modelo neoliberal impuesto en la década de los '90 imprimió un modo de hacer políticas sociales cortoplacistas y focalizadas como paliativos de una política de ajuste económico, de achicamiento del Estado y de expansión del mercado que aún no ha sido superado.

Otra tasa de mortalidad que presenta un comportamiento diferencial marcado entre regiones es la diabetes. En el NOA y el NEA la tasa es mayor que la media del país. La morbilidad es de alrededor del 7% de la población, aunque la prevalencia se eleva a un 20% en aquellas personas mayores de 60 años –sin distinción de sexo–. Es decir que si tenemos una población de 40 millones de personas, hay 2.800.000 enfermos de los cuales el 90% padece diabetes tipo II y el otro 10% son insulino dependientes. Pero sólo el 50% de los afectados sabe que padece de diabetes y esto lo convierte en un serio problema de salud pública. La obesidad, el sedentarismo, las comidas rápidas y publicidad mediática son considerados los factores que contribuyen a aumentar el riesgo, no sólo de adultos sino también en niños. La pobreza y la obesidad se relacionan de manera compleja. En esta relación se reconoce que influyen las muy pocas posibilidades de elegir alimentos saludables, una baja estimulación en el hogar, la ausencia de un ámbito seguro para el desarrollo de actividad física y también la presencia de obesidad materna.

El VIH/sida presenta una leve tendencia a la baja, con un pequeño aumento entre 2003-2004. En los conglomerados urbanos se concentra la mayor cantidad de casos. Agrupando el país por regiones,

La estrecha y directa relación entre el acceso a nutrición, educación, vivienda, trabajo, agua potable, saneamiento ambiental y las condiciones de salud, explica que las desigualdades sociales y las diferenciales tasas de morbimortalidad de las distintas regiones y provincias de la Argentina están asociadas a condiciones de pobreza y exclusión social.

se encuentra que tanto en la ciudad de Buenos Aires como en la provincia de Buenos Aires las tasas por VIH se han reducido, mientras que en el resto del país se han incrementado entre el período 2001-2008.

El dengue, desde la reintroducción del virus en 1997-98, avanza sobre la geografía argentina, presentándose en forma de brotes esporádicos relacionados con la situación epidemiológica de otros países y restringido a los meses de mayor temperatura. Hasta el año 2008, cinco provincias habían presentado casos de dengue autóctonos con la circulación de tres de los cuatro serotipos existentes. Hasta junio de 2009, la cantidad de provincias con circulación viral autóctona ascendió a 14. Durante el 2011 se han notificado al Sistema Nacional de Vigilancia un total de 229 enfermos de dengue correspondientes a las provincias de Buenos Aires (17), CABA (8), Chaco (8), Formosa (3), La Rioja (1), Neuquén (1), Mendoza (1), Santa Fe (170) y Salta (20).

A modo de conclusión

El perfil epidemiológico argentino está condicionado, por un lado, por la conformación de su sector de salud, que se ha caracterizado por una constitución en tres subsectores, el público, el de seguridad social y el privado y, por el otro, por la relación de fuerzas que los actores propios y externos al sistema de salud han jugado en cada situación histórica, económica, política y social.

El modelo neoliberal impuesto en la década de los '90 imprimió un modo de hacer políticas sociales cortoplacistas y focalizadas como paliativos de una política de ajuste económico, de achicamiento del Estado y de expansión del mercado que aún no ha sido superado, más allá de haberse retirado del cumplimiento de las directivas del FMI y de haber fortalecido las políti-

cas de protección, como por ejemplo la Asignación Universal por Hijo, asistencia a comedores comunitarios, cajas alimentarias y tickets.

La estrecha y directa relación entre el acceso a nutrición, educación, vivienda, trabajo, agua potable, saneamiento ambiental y las condiciones de salud, explica que las desigualdades sociales y las diferenciales tasas de morbimortalidad de las distintas regiones y provincias de la Argentina están asociadas a condiciones de pobreza y exclusión social.

La continua creación de programas específicos, por patologías, por problemáticas o para grupos determinados, Plan Nacer, Plan Materno Infantil, Remediar, Jefas y Jefes de Hogar, PROFE, Médicos Comunitarios (Fortalecimiento de Estrategias de APS), Seguros Públicos Provinciales –del que se acaba de tomar un préstamo del BM a 27 años por 400 millones de dólares para ampliarlo a población hasta 20 años de edad, y mujeres sin cobertura hasta 64 años de edad–, etc., demuestra el interés por reducir fragmentariamente algunos indicadores y desdibuja la intención de avanzar hacia un sistema integral de salud, universal con acceso por derecho de ciudadanía, solución global y deseable.

por
VICENTE GALLI

*Ex Director Nacional
de Salud Mental
(1984 a 1989). Prof.
Tit. Depto Salud
Mental, Fac. Medicina
- UBA (1987 a 2004).*



PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL EN LA ARGENTINA

LA ÚLTIMA DICTADURA MILITAR Y EL DESGUACE DEL ESTADO EN LA DÉCADA DE 1990 DEJARON UNA ENORME BRECHA ENTRE LO QUE HAY QUE HACER Y LO QUE EFECTIVAMENTE SE HACE EN MATERIA DE SALUD MENTAL. ¿QUÉ DICE LA NUEVA LEY AL RESPECTO?



Necesidades y deudas

Observando las necesidades de atención poblacionales por sufrimientos o situaciones de riesgo vinculados con la salud mental, se hacen evidentes deudas muy crueles. La mayoría de las personas con esas necesidades no recibe ningún tipo de asistencia ni en los momentos iniciales de crisis ni en las evoluciones posteriores en sus procesos de padecer. Observándose que entre las que consultan muchas no reciben las ayudas más adecuadas y, cuando esto sucede, a la mayoría no se le mantiene ni durante el tiempo ni con las modalidades necesarias para sostener buenas evoluciones posteriores.

Tomando en cuenta y sintetizando los datos estadísticos realizados con las clasificaciones psiquiátricas en uso por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los porcentajes de personas que no reciben ningún tipo de asistencia aun con trastornos mentales importantes y reconocibles para esas clasificaciones están alrededor del 50 por ciento (psicosis, trastornos de ansiedad generalizada, intentos de suicidio, alcoholismo, abusos de sustancias legales o ilegales). Si se amplía la observación considerando que antes de arribar a dimensiones tan evidentes de trastornos clasificables esas personas ya tenían padecimientos o los habían tenido en crisis previas que podrían haber sido atendidas, lo que también ocurre a muchos otros que sin llegar a esos desarrollos de trastornos mayores sufren mucho y se van dañando sin saberlo, el porcentaje de los que deberían ser atendidos y no lo son es notablemente mayor. Si ahora ampliamos más la perspectiva e incluimos áreas de problemas espe-

cíficos y/o factores de riesgo para la salud mental para los que se disponen de habilidades y dispositivos posibles para encararlos y prevenir incrementos de problemas, la brecha entre lo que hay que hacer y lo que se realiza aparece más cercana a su inmensa magnitud real.

La percepción dolorosa del problema se incrementa cuando se toma en cuenta que en nuestro país existe un número suficiente de profesionales y técnicos que podrían dar respuestas mucho mejores, si estuvieran mejor distribuidas sus áreas y las cualidades y calidades de sus prácticas.

Particularidades regionales y epocales

Las necesidades y deudas mencionadas son compartidas por todos los países, aunque hay diferencias entre ellos en las maneras en que se las ha venido encarando desde la segunda mitad del siglo XX, época en la que se comenzaron a desarrollar las concepciones del campo de la salud mental que planteaban caminos distintos para buscar soluciones a aquello en lo que se demostró que los manicomios y la cultura manicomial trasegada desde ellos en múltiples instituciones no sólo resulta insuficiente, sino que fracasaba y dañaba. Las diferencias entre los países dependen de las posibilidades distintas que tuvieron para sostener el desarrollo, la expansión y enriquecimiento de las experiencias de salud mental según sus historias políticas globales y de salud en particular. En el nuestro, con desarrollos pioneros en América latina desde fines de los '50 y los '60 del siglo pasado, interrumpidas brutalmente por el proceso genocida de reorganización nacional,

La percepción dolorosa del problema se incrementa cuando se toma en cuenta que en nuestro país existe un número suficiente de profesionales y técnicos que podrían dar respuestas mucho mejores, si estuvieran mejor distribuidas sus áreas y las cualidades y calidades de sus prácticas.

y los del '84-'89, interrumpidos por el desguace del Estado con arrasamiento de políticas sociales, realizados en democracia formal durante la década de los '90, los efectos –compartidos con otros muchos desarrollos institucionales y culturales progresistas– fueron no sólo de interrupción de lo que se venía haciendo, sino de incremento de daños poblacionales y banalización descalificadora de terminologías y de funcionamientos en dispositivos para buenas prácticas en salud mental, aunque siempre se mantuvieron algunos espacios importantes de ellas en el sector público, a veces sólo fragmentos; tanto como bolsones de buenas prácticas refugiadas en organizaciones y líneas de trabajo por fuera del sistema de atención estatal y, también, en el tenaz accionar de las organizaciones defensoras de los derechos humanos.

Cabe destacar que en los desarrollos de los '50-'60 y '83-'89 los avances en salud mental se desplegaron en contextos históricos estimulantes y facilitadores –aun oscilando entre golpes militares y gobiernos democráticos de sustentaciones precarias– a partir de políticas estatales y el despliegue creativo de líderes en salud mental que cuestionaban el orden manicomial, creando alternativas con producciones institucionales que, con resultados sólidos,

ejemplificaron y demostraron que eran posibles otros caminos. En los avances desde el '83 al '89, en el retorno a la democracia luego del terrorismo de Estado y sus efectos devastadores, salud mental fue caracterizada por el gobierno nacional como una política prioritaria en salud –la que fue avalada y asumida por todas las provincias– por entender que los efectos del proceso de reorganización nacional dejaban consecuencias directas del genocidio en las víctimas directas y en el tejido social, más las catástrofes de valores, organizaciones e instituciones formales y de base, con evidentes daños sobre la calidad de salud mental colectiva y sobre los sistemas de atención y rehabilitación. Esto dio comienzo a un fecundo proceso de transformaciones piloteado conjuntamente entre los responsables de conducción de salud mental de Nación y de las provincias.

Principios del siglo XXI

Después del arrasamiento de los '90 y de la crisis del 2000 y 2001, en el 2003 el Gobierno produjo condiciones para ir recuperando el rol rector del Estado marcando políticas y estrategias con decisiones más autónomas. Junto con el crecimiento de conflictividades manifiestas se comenzó la recuperación del debate político, simultáneamente con cambios sustanciales en cuestiones vinculadas a temas nucleares en justicia y derechos humanos, economía, educación y cultura, ciencia y tecnología, medios de comunicación y otros varios.

En salud hay moras en asuntos estructurales que se supone deberían liderarse desde los ministerios de Salud, aunque se hayan realizado algunas modificaciones significativas y se aproximen sanciones legislativas de leyes importantes como las de regulación de medicina prepaga y la de fabricación nacional de medicamentos. No son ajenos a esta mora la intensificada valoración de la atención de las enfermedades como mercancía en disputa para la producción de rentas financieras para diversas corporaciones que medran manteniendo la permanencia de sus posiciones en ese mercado.

Por lo cual aparece comprensible que el imprescindible relanzamiento de salud mental provenga de los poderes legislativos, de organismos de la Justicia y, en lo que respecta al Poder Ejecutivo Nacional, de la Jefatura de Gabinete de Ministros

por sí misma y apoyando a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. Contándose con el apoyo y participación de organizaciones defensoras de derechos humanos, asociaciones de profesionales de disciplinas vinculadas al campo de la salud mental, grupos de profesionales y de técnicos de ese campo, y organizaciones no gubernamentales de usuarios y familiares.

Para las políticas de salud mental se mantienen permanencias de objetivos y formulaciones fundacionales, enriquecidas con los avances en las experiencias de sus realizaciones y del afinamiento conceptual y doctrinario en las varias disciplinas y perspectivas que se integran en el campo de la salud mental. Entre ellas las que han tenido un significativo desarrollo en estas décadas son las que vienen impulsadas por las jurisprudencias y las políticas que tienen que ver con los derechos humanos y sociales. Si bien desde los principios de salud mental se denunciaba y luchaba contra la segregación y la violencia ejercida sobre los “locos” y sus familias, o sobre las personas alcohólicas o con problemas

de drogas, es simultáneamente con el incremento mundial y nacional de las luchas por esos derechos que se comienza a visibilizar las problemáticas del sufrimiento mental y sus maneras culturales de trato inhumano como un problema que necesariamente debe ser visibilizado como violación a derechos fundamentales. Con lo que se fueron produciendo marcos legales en consonancia con numerosos principios, acuerdos, declaraciones internacionales y recomendaciones de organismos internacionales, a los que nuestro país adhirió y que en algunos casos colaboró en redactar, comprometiéndose a utilizarlos como orientadores para la planificación de políticas públicas.

Es así como a fin del año 2010, el Congreso de la Nación aprobó con el N° 26.657 la Ley Nacional de Salud Mental, que por las características técnicas de promulgación y de unanimidades en ambas cámaras, aun reconociendo la organización federal del Estado, no necesita ser aprobada por los parlamentos provinciales, lo que la hace de aplicación inmediata en todo el país. Producto del trabajo colectivo en debates y aportes de muchos actores sociales,



aprovechando y comparando experiencias en curso, con otras que quedaron truncas y otras que están comenzando; decantando años de recorridos y evaluando los principales obstáculos; también tomando referencia en legislaciones internacionales y provinciales de los últimos veinte años, la ley del Congreso de la Nación queda estratégicamente ubicada como faro y mandato para las políticas públicas sociales, de salud y de salud mental como uno de sus componentes. Instaurar por ley nacional los valores y principios de la salud mental era una necesidad, como lo han sido y vienen dando resultados, a veces muy lentamente, otras leyes fundamentales que en estos años permitieron abrir cuestiones que aparecían muy cerradas por los efectos del genocidio y del neoliberalismo, tanto en el imaginario social como en concepciones sobre la vida. Ahora están vivamente planteadas y se hacen más visibles las brutales contradicciones en el escenario social, con sus luchas de poderes, sus negociaciones y sus distintos escalones de resultados actuales y de prospectivas de continuidad de evoluciones necesariamente sostenidas con conflictos y oscilaciones.

Las diferencias entre los países dependen de las posibilidades distintas que tuvieron para sostener el desarrollo, la expansión y enriquecimiento de las experiencias de salud mental según sus historias políticas globales y de salud en particular.

Valores, campo y estrategias en salud mental. Caminos de soluciones posibles

Las crueles deudas señaladas al principio son de imposible solución con las orientaciones y doctrinas vigentes en los sistemas públicos de atención para las problemáticas de salud mental poblacionales, aunque haya focos de trabajos encomiables. Lo mismo pasa en los sistemas asistenciales de obras sociales y en los de la medicina prepaga.

Como las definiciones y contenidos de la ley 26.657 dan fuerza de ley a valores y objetivos que desde un principio eran los del campo de la salud mental, marcar algunas correlaciones entre ellas puede servir de estratégica articulación para entrever posiciones conceptuales y prácticas posibles como caminos de solución. También para entender las dimensiones pasionales y las luchas de poderes que se juegan, por las irradiaciones sociales e institucionales de la cultura manicomial y de las prácticas derivadas de ellas.

En el texto de la ley, en su artículo tercero, “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramientos implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas”. Definición compartible con los de la salud colectiva, si se considera salud como un proceso dinámico, de interacciones entre las complejidades constitutivas de lo humano. Componentes que diversas disciplinas tienen como objetos de estudio propio, que deben también interaccionar entre ellas para dar cuenta de esas complejidades; y que a la hora de las implementaciones y análisis de prácticas y dispositivos sólo se pueden reunir artesanalmente. En esas definiciones aparecen valores que hacen a la concepción de calidad de vida mental vinculadas a la construcción social y participativa del trabajo compartido para responsabilizarse individual y colectivamente en los conflictos del vivir humano, lo que no significa no tener conflictos o síntomas.

En ninguna parte del texto de la ley se habla de enfermedad mental, sino de “personas con padecimiento mental”. No se habla de tratamientos sino de “procesos de atención”. Se hace necesario entonces recordar y comparar esta experiencia con el supuesto ideológico e institucionalizante de la psiquiatría, de haber separado un objeto ficticio, “la enfermedad”, de la existencia global de los pacientes y del tejido histórico-social en el que advinieron personas y en el que surgieron sus problemas. Sobre esa separación, convertida en observación

La interdisciplinariedad es uno de los aspectos más resistidos por la corporación médica y las perspectivas judiciales centradas en la tutela y en el control de la “peligrosidad” de “los enfermos”.

“natural” por el orden médico ligado a los poderes culturales dominantes, se construyeron un conjunto de dispositivos, aparatos ideológicos, científicos, legislativos y administrativos, todos referidos a la “enfermedad mental”, que son, justamente, todas las institucionalizaciones culturales sobre ella, que abarcan mucho más que la existencia misma de los manicomios, y entre las que tiene un lugar “privilegiado” la cultura de acallar o hacer desaparecer los síntomas de las personas y/o encerrar a las personas que los portan, más que entenderlos como clamores, buscar causas más allá de las de la encefalopatía acusación de anormalidad o alienación personal, o en la biología o en los prejuicios. Cuando los que postulan las políticas de salud mental hablan de “desinstitucionalización” se refieren a la tarea de deconstruir esas producciones institucionales existentes y las que constituyen los imaginarios compartidos culturalmente que van más allá de los manicomios reales llegando a todos los prejuicios y descalificaciones sobre los que no coinciden con

las normas. Deconstrucción y creación a partir de generar experiencias alternativas que se van convirtiendo en nuevos dispositivos e instituciones en constante transformación; pasar de la tutela, la punición y/o la exclusión al “hacerse cargo” de las complejidades en juego en cada situación particular; buscar comprender y ayudar a entender, a crear redes donde existe desolación, para descubrir o inventar sentidos y recuperar o lograr un lugar en el mundo para los que están aislados en el propio dolor, apareciendo este de las múltiples maneras en los que puede expresarse, que es a lo que llamamos síntomas.

El mismo artículo tercero señala que se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas y que no se puede hacer diagnósticos en el campo de la salud mental con base exclusiva en rasgos aislados como estatus; demandas familiares; adecuación a valores morales, sociales, culturales, políticos o religiosos; elección o identidad sexual, o antecedentes de tratamientos o internación. En el artículo cuarto incluye a las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, en ser sujetos de todos los derechos en relación con los servicios de salud, lo que se sabe que predominantemente no viene pasando.

Otros puntos de coincidencia con formulaciones fundacionales de la salud mental (Art. 8º y 9º) son la promoción para los procesos de atención de los abordajes interdisciplinarios integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados para la atención en salud mental, por fuera del ámbito de internación hospitalario monovalente (manicomios), basado en los principios de la atención primaria de la salud; orientándose al reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales.

La interdisciplinariedad es uno de los aspectos más resistidos por la corporación médica y las perspectivas judiciales centradas en la tutela y en el control de la “peligrosidad” de “los enfermos”. Es evidente que las responsabilidades interdisciplinarias no ponen en juego las incumbencias pero sí las hegemonías de algunas profesiones; no borran las especificidades ni diluyen responsabilidades, sino que suman aportes con perspectivas integradoras que permiten atender servicios y sostener dispositivos durante día y noche, en la multiplicidad de formas de atención que se necesitan para lograr recu-

En la actualidad bastante más de la mitad de los presupuestos en salud mental se gasta en los hospitales monovalentes que sólo encarar el uno por ciento de las necesidades de atención poblacional.

peraciones sostenibles. En esas formas de atención, imprescindiblemente también deben ser reconocidos, aceptados y estimulados los recursos sociales y culturales que se puedan convocar, incluyendo el protagonismo de los familiares y vecinos. En estas tramas se entiende por equipos interdisciplinarios a formas de agrupamiento que potencian las capacidades y habilidades, enriqueciéndose con otras disciplinas y también “saberes no disciplinables”, socializando conocimientos para llegar a las mejores destrezas posibles para atender a las personas y movilizar sus propios recursos.

Siguiendo ahora con los contenidos de la ley, se destaca que luego de las definiciones-marco hay precisiones sobre aspectos muy importantes sobre derechos de las personas con padecimientos mentales, que también incluyen los cuidados a tener con las medicaciones psicofarmacológicas.

Sobre las internaciones el articulado es largo, porque se hace necesario legislar deconstruyendo muchos años de legislaciones y prácticas de orien-

tación manicomial. Prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalente, sean públicos o privados. Promueve, cuando sea necesaria y se hayan rebasado las posibilidades de atención en terreno, la internación en hospitales generales; acentúa la necesidad de cuidado en las maneras de las derivaciones y de los seguimientos de las personas que necesiten continuidad de cuidados luego de la disminución de los síntomas que generaron la atención.

En el Art. 11° la ley marca la necesidad de coordinación de las autoridades de salud de cada jurisdicción con las áreas de educación, desarrollo social y trabajo, para que implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria; marcando que se deben desarrollar dispositivos tales como consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a los grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo y centros de capacitación socio-laboral. También emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

De todas esas acciones y dispositivos hubo y hay experiencias en el país. Ahora pasan a ser las prioritariamente valoradas por el marco legal.

Es por estos caminos que se pueden ir produciendo soluciones a lo planteado al principio como necesidades y deudas. En la actualidad, bastante más de la mitad de los presupuestos en salud mental se gasta en los hospitales monovalentes que sólo encarar el uno por ciento de las necesidades de atención poblacional. Por supuesto que en el proceso de transformación se debe cuidar de los internados crónicos y sin posibilidades –aparentes– de socialización, pero hay muchas maneras de darles albergues en escala humana y digna, respetando realmente sus derechos de ciudadanía y con mucho menos costo. Como también hay muchas maneras de mantener puestos de trabajo para todas las personas que se desempeñan en esos hospitales, redistribuidos y adecuadamente actualizados en su capacitación para hacerlo de otras maneras, lo que seguramente va a favorecer también a sus propias calidades de salud mental.

CONSECUENCIAS DEL AJUSTE EN LA ALIMENTACIÓN

EL IMPACTO DE LA POLARIZACIÓN DE LOS INGRESOS A PARTIR DE LA CONVERTIBILIDAD EN EL TIPO DE ALIMENTACIÓN DE LA POBLACIÓN. EL CAMBIO EN LOS CUERPOS SEGÚN PODER ADQUISITIVO. RICOS FLACOS Y GORDOS POBRES. LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO EN ESTE PROCESO.

por PATRICIA AGUIRRE *Doctora en Antropología de la UBA.**





Cuando hablamos de comer comida no dudamos de que estamos hablando de un hecho social: de la particular forma de conseguir, preparar, distribuir, compartir y gustar aquello legítimamente concebido como alimentos en este tiempo, en este lugar en esta sociedad. La manera como comemos depende de las relaciones sociales, de la manera como se producen los alimentos, de los derechos de propiedad, la tecnología productiva, de los derechos que legitiman la distribución diferencial según clases sociales, edades y géneros junto a la cultura que da sentido a que sea de esa y no de otra forma.

En la Argentina, desde 1976 diferentes gobiernos implementaron programas de ajuste económico, sin embargo la “convertibilidad” entre 1991 y 2001, por su profundidad y duración, ha generado consecuencias que hoy sufrimos y tardarán décadas en revertirse. Su duración dará oportunidad para que se produzcan cambios materiales y simbólicos cristalizando representaciones del cuerpo, de los alimentos y de la comensalidad que modificaron el sentido del hambre que había prevalecido durante siglos, donde la posición social era directamente proporcional al tamaño de la cintura. A partir de aquí los cuerpos de los pobres acusarán la existencia de una cocina de la escasez mostrando simultáneamente déficit (de micronutrientes) y sobrepeso, configurando para los sujetos y las familias una doble carga, porque soportan todos los padecimientos de la malnutrición al mismo tiempo que todos los problemas del sobrepeso. Los más afortunados, en cambio, con su cocina de la abundancia o alta cocina, tendrán más probabilidad de ser delgados y eutróficos.

En la década de los '90, a causa del proceso de apertura económica impulsado por el gobierno, el

mercado agroalimentario se internacionalizó y la Argentina pasó a formar parte de las tendencias mundiales. Aprovechando la transición dietética que resulta del cambio de patrones alimentarios incluyendo más productos animales a medida que aumenta el ingreso medio, nuestro país comenzó a producir en mayor escala el forraje que la producción de animales para consumo humano empezó a demandar en cantidades crecientes. En esos años la Argentina pasó de ser productora de carne a ser productora de forraje.

La “sojización” ejemplifica esta reestructuración de la cadena agroalimentaria, aumentando el área sembrada pero por sobre todo el rendimiento por hectárea, con el uso de tecnología, management, semillas genéticamente modificadas y agroquímicos, sumando una mínima pero eficiente industrialización, integración vertical y desarrollando proveedores de maquinarias. Durante los '90 completó su perfil con la privatización de los silos y puertos de la Junta Nacional de Granos. Este complejo se ajustó a lo que era el modelo de inserción de la Argentina en el mercado mundial: producciones basadas en recursos naturales de bajo valor agregado con alta intensidad de capitales. Tardíamente, otras industrias (pesca, frutas y hortalizas) siguieron este sendero. Aunque la producción se multiplicó, perdió diversidad, porque la soja se extendió a costa de otros cultivos y –al homogeneizar– pone en peligro la autonomía alimentaria y la diversidad ecológica. Como al aumentar la producción también se exportó más, no mejoró la disponibilidad, por lo que ni este aumento ni la desregulación contribuyeron a bajar los precios internos de los alimentos.

La base de esta agricultura (también llamada “de minería” porque extrae mucho más que lo que

La división internacional del trabajo, exacerbada en el ajuste, acrecentó la deslocalización de las dietas, que si bien amplía la diversidad en la oferta, tiene la desventaja de que sustituye los alimentos regionales destruyendo el patrimonio gastronómico local y –por las distancias que recorre cada producto– aumenta los precios al incluir flete, embalaje y petróleo.

aporta) es el petróleo (no por la maquinaria sino por las largas cadenas de hidrocarburos que sostienen la producción de fertilizantes y biocidas), que si bien permitió cultivar y recuperar tierras pobres aumentando significativamente los rendimientos, trajo consecuencias. En los ecosistemas: contaminación de acuíferos, desaparición de especies, desertización, desbalance microbiano de los suelos, etc., y en los pobladores: aumento de prevalencia de cáncer y otras enfermedades, junto con abortos espontáneos y malformaciones en los recién nacidos. Hoy se buscan producciones más saludables reemplazando fertilización y pesticidas a través del manejo microbiológico de los suelos y el control biológico de plagas. Pero en los '90 el paquete tecnológico fomentado por grandes transnacionales con tecnologías controladas por ellas (semillas y agroquímicos) junto al capital financiero concentrado y los supermercados en la distribución final, era visto como la panacea.

Nuevos actores modificaron la organización de la producción con agricultura por contrato y pool de siembra. Ambos buscan rentabilidad a corto plazo y por su escasa capacidad de generar empleo llevan a una "agricultura sin agricultores". Esto

modificó la estructura social agraria. Mientras el Censo Agrario de 1988 muestra 50% de latifundios y 47% de explotaciones familiares medianas, en 2008 muestra 25% menos de explotaciones mientras que el tamaño promedio aumenta un 28%, lo que refleja la concentración y la desaparición de los medianos, que migraron a las ciudades presionando por servicios y beneficios sociales.

Gracias a la desregulación, desapareció el rol moderador del Estado en los procesos de concentración de capital, y el eslabón más fuerte pudo incrementar su rentabilidad e imponer condiciones en el tipo de cultivo, insumos, ensilado, presentación y traslado. También desapareció la capacidad del Estado de garantizar el abastecimiento de alimentos básicos (lo que se vio en la crisis del 2001).

No es extraño que los perdedores del modelo hayan levantado como bandera la "soberanía alimentaria" entendiéndola como "el derecho de los pueblos a definir sus propias políticas y estrategias sustentables de producción, distribución y consumo de alimentos que garanticen el derecho a la alimentación para toda la población".

Esta agriculturización incidió en la ganadería, que pasó de la explotación mixta al rodeo concen-

trado en corrales y alimentado con forraje. Con estas prácticas logró mantener el plantel de vacunos, pero ha tenido consecuencias metabólicas para los comensales por el contenido de grasa del animal estabulado.

En el mar se sobreexplotaron los caladeros. Empresas extranjeras y una importante actividad ilegal explican la sobrepesca (merluza hubsi), reducción del tamaño de las capturas (calamar) y el colapso ecológico que se avecina, en una actividad altamente ineficiente que devuelve al mar –muerto– el 30 por ciento de la captura.

La división internacional del trabajo, exacerbada en el ajuste, acrecentó la deslocalización de las dietas, que si bien amplía la diversidad en la oferta tiene la desventaja de que sustituye los alimentos regionales destruyendo el patrimonio gastronómico local y –por las distancias que recorre cada producto– aumenta los precios al incluir flete, embalaje y petróleo. Un porteño cuyo desayuno y merienda fuera café con leche y tostadas con dulce, almorzara pollo con ensalada y cenara milanesas con puré, contabilizaría 35.000 kilómetros en su dieta si se sumaran los viajes de sus alimentos al plato.

Este modelo agroalimentario nos obliga a tomar recaudos en pro de lograr sustentabilidad en la producción, aunque todavía no veamos sus efectos en la disponibilidad agregada. Lo que percibimos con más claridad (por el aumento de los precios y la caída de los ingresos) es la caída en la capacidad de compra, que ha transformado a la Argentina en un país de alimentos caros, lo que es particularmente importante teniendo 90 por ciento de población urbana (la que está obligada a obtener sus alimentos en el mercado).

Si la capacidad de compra cae, entonces la pobreza (medida por Línea de Pobreza) no podía si no aumentar, pero al mismo tiempo también aumenta la riqueza en los que ya eran más afortunados, lo que lleva a una creciente polarización social.

Hay que señalar que las privatizaciones hicieron que se recortara el gasto en alimentos para pagar servicios (agua, gas, electricidad, teléfono). Lo que señala la estructura del gasto de los hogares en los últimos treinta años es que gran parte de la sociedad gasta menos en comer porque gasta más en vivir. Las Encuestas de Gastos de los Hogares registran cómo se rompió el patrón de consumo

Para 1996, aparece “la comida de pobres y la comida de ricos”, la primera basada en hidratos de carbono, grasas y azúcares, los alimentos más baratos y menos densos de la estructura de precios, y la segunda compuesta por carnes, lácteos, frutas y verduras, es decir, alimentos ricos en micronutrientes pero caros.

unificado que cortaba transversalmente la estructura social en 1965 hasta registrar dos canastas que se oponen especularmente. Para 1996, aparece “la comida de pobres y la comida de ricos”, la primera basada en hidratos de carbono, grasas y azúcares, los alimentos más baratos y menos densos de la estructura de precios, y la segunda compuesta por carnes, lácteos, frutas y verduras, es decir, alimentos ricos en micronutrientes pero caros. Dos tipos de consumo que prefiguran dos tipos de cuerpos: los pobres gordos, con déficit, y los ricos flacos, eutróficos.

Pero junto con el acceso diferencial lo que hace elegible a un alimento es el sistema de representa-

ciones donde aquellas de los sectores dominantes se transforman en construcciones de sentido que se instalan como la comida que vale la pena comer, mientras que la comida de pobres se verá como negativa, signada por la falta y el no saber comer (a despecho de su racionalidad o su adaptabilidad). Hay un racismo alimentario que justifica a los ganadores del modelo y condena a los perdedores por no querer, no saber, antes que por no poder comer.

Gracias a las políticas que condicionaron el empleo, el ingreso, los tiempos de trabajo, los servicios y una visión de lo que el mundo y la vida en sociedad debe ser, durante el ajuste las empresas adquirieron una dimensión fundamental en la “creación” de representaciones sociales acerca del comer legítimo.

Los impactos derivados de las inversiones directas, de fusiones y compras por empresas extranjeras durante los '90 concluyeron con que controlaran cerca del 70 por ciento del producto bruto de alimentos para el 2000. Este proceso de extranjerización contribuyó al cambio del patrón alimentario acelerando la homogeneización dietaria global y la pérdida de la identidad que impone la “lógica de la ganancia” empresarial (ya que la estandarización baja costos). Detrás del desplazamiento de los productos frescos por los industrializados está que el comensal urbano termina comiendo lo que se oferta en el mercado y si este es dominado por empresas que producen alimentos según recetas, tecnologías o sabores extranjeros, comerá según ese gusto porque no tiene alternativa. Con los frescos puede manejar preparación y sabor, pero en los industrializados sólo le queda adaptar su gusto a la oferta (con la ayuda de la publicidad que esas industrias usan para homogeneizar el gusto planetario).

La oferta alimentaria no responde a la demanda: la crea, y en sociedades polarizadas crea mercados segmentados que proveen a cada sector con el tipo de productos que puede pagar.

La oferta alimentaria no responde a la demanda: la crea, y en sociedades polarizadas crea mercados segmentados que proveen a cada sector con el tipo de productos que puede pagar. Segmenta por ingresos (alimentos de pobres y ricos), género (productos para mujeres y varones), edad (preparaciones para niños, adolescentes y adultos), aun por estado de salud (gordos, diabéticos, o estreñidos).

Uno de los nichos más explotados por la industria es el de los niños, blanco preferido de la publicidad de alimentos buenos para vender y pésimos para comer. Libre de regulaciones sugiere que son los chicos quienes deben elegir su comida, cuando en la historia de la cultura siempre fueron los adultos los que enseñaron a comer como condición de racionalidad y supervivencia.

La máxima segmentación se verifica en el “mercado de los pobres” (segundas marcas con menor calidad, envase pequeño y menor precio) y el mercado gourmet (productos con alto valor agregado y fuerte diferenciación).

También las preparaciones reflejan la distribución desigual de la riqueza y llegan a la mesa en forma de platos: para los pobres comidas de olla (colectivas), para los ricos preparaciones individuales “emplatadas” para cada comensal.

Esperable era también que por esta lógica de la ganancia, la obesidad se transformara en epidemia, ya que si la industria produce 4.500 Kcal/persona/día, alguien las tendrá que comprar y alguien las tendrá que comer.

La polarización de los ingresos concluye en energía barata en comida de olla y micronutrientes caros en platos individuales. Esto da forma a los cuerpos y a la manera de enfermar y morir.

Mientras la segmentación responde y agudiza la polarización social, el supermercadismo fue más opaco porque por un lado concentró la oferta y contribuyó a la pérdida de 200 mil puestos de trabajo (los minoristas locales), pero cuando colonizó barrios periféricos logró abaratar la canasta de la pobreza con productos provenientes de la industria global.

Rol del Estado

Los valores que fundamentaban el ajuste atribuyeron al Estado todos los males de la sociedad. Para reducir la inflación, se pretendió enfriar el crecimiento y la demanda interna, reducir importaciones y disminuir el déficit fiscal. Para esto se privatizaron empresas públicas y se recortó el gasto corriente (especialmente en vivienda, salud y educación) y de inversión (exceptuando el pago de deuda), transfiriendo a los privados los servicios rentables y quedando el Estado como prestador para la población indigente. Simultáneamente una reforma fiscal aumentaba los ingresos del Estado generalizando el IVA en 21 por ciento y recortaba impuestos a las ganancias o a los beneficios empresariales para estimular la inversión.

El gasto público social en alimentación se caracterizó por el levantamiento de los programas universales que fueron sustituidos por programas “enlatados” diseñados en y para otros países, financiados y controlados por el Banco Mundial.

La creencia de que la problemática de la alimentación en los sectores populares era la “falta” que generaba “desnutrición”, como en África, llevó a la entrega de alimentos ricos en energía, cuando nuestra problemática era la malnutrición (desnutrición crónica y obesidad) y lo que se estaba gestando eran nuevas formas del hambre en la escasez que tenían que ver con la transición nutricional operada en contextos urbano-industriales pauperizados (hambre oculto). El desprecio por la investigación social local, frente al prestigio de las instituciones de crédito, obturó toda transferencia –ya históricamente limitada– entre la academia y el ejecutivo.

Si las políticas universales del Estado benefactor anterior eran cuestionables (ya que focalizaban de hecho por la baja calidad de sus prestaciones), las

políticas focalizadas del ajuste resultaron caras (por los salarios de los especialistas) y malas, porque señalaban a los más necesitados, contribuyendo a la descalificación, diferenciación y estigmatización de los asistidos, colaborando a poner víctimas contra víctimas por prestaciones escasas, en los mismos barrios donde todos sufrían el proceso de pauperización. El resultado fue que a medida que aumentaba la pobreza los programas colapsaron, o financiaron la emergencia abriendo comedores, considerados la manera más económica de alimentación y control social. Allí se organizó la preparación y entrega de cereales ricos en hidratos de carbono y pobres en micronutrientes pero de fácil logística (ya que son alimentos secos y adquiridos a la agroindustria concentrada). Pero la población pobre, como parte de sus estrategias domésticas, ya había sustituido frescos por cereales, de manera que los programas asistenciales sumaron más a lo que ya era abundante, y antes que complementar, ofrecieron más de lo mismo. Esto tuvo efectos nutricionales y culturales.

En los primeros años de la convertibilidad se entregaban bolsones de alimentos a los hogares. Esta solidaridad se consideraba nociva porque no sólo comía el niño (objetivo de la asistencia) sino que se diluía la prestación en todos los miembros de la familia.

La solución propuesta fueron los comedores, que bajarían costos, por la economía de escala, y los nutricionistas controlarían las raciones. Efectivamente se bajaron costos, los nutricionistas apenas aparecieron y –salvo loables excepciones– la mayoría funcionó como comederos, con recursos menguantes y población creciente, contribuyendo además a romper la comensalidad de la mesa hogareña con su potente carga socializante.

Pero al reforzar consumos reducidos con los mismos productos, el Estado le hace un flaco favor al patrimonio gastronómico local al no brindar alternativas, permitiendo que se pierda la práctica y el gusto por la diversidad alimentaria (característica que muestran las encuestas anteriores al ajuste). Al contribuir a la comida de pobres entregando comida de pobres, la legitimizó como “la” comida que ese grupo puede y debe comer. La diversidad de alimen-

tos no sólo hay que tomarla en su materialidad sino además como categorías de pensamiento: designar, clasificar, combinar, evaluar, son operaciones corrientes en la cocina hogareña. Al empobrecerse las cocinas de la pobreza con la polarización inducida por el mercado, y empobrecerse con las políticas del Estado, se empobrecen los sistemas clasificatorios y las capacidades conceptuales ligadas a la cocina, que con su fuerte sesgo de género restó más a las mujeres que a los varones en evaluación, combinatoria, descubrimiento, investigación, valorización, etcétera.

El liberalismo legitimó al mercado como el mejor redistribuidor de bienes y de símbolos. Porque la lógica de la ganancia dio sentido al mercado de alimentos, era esperable que la publicidad terminara siendo la creadora de las representaciones que funcionan como los principios de inclusión de la comida, ya que es en los medios donde se difunden los cuerpos ideales, la oferta y la comensalidad deseable para el mercado.

Esperable era también que, por esta lógica de la ganancia, la obesidad se transformara en epidemia, ya que si la industria produce 4.500 Kcal/persona/día, alguien las tendrá que comprar y alguien las tendrá que comer. Se utilizarán todos los medios para que se compre y se coma en exceso.

Sobre esta matriz de consumo inducido, volvemos a leer cuerpos y daños por sector social y vemos que la polarización de los ingresos concluye en energía barata en comida de olla y micronutrientes caros en platos individuales. Esto da forma a los cuerpos y a la manera de enfermar y morir.

La herencia del ajuste se marca en los cuerpos: ricos flacos, gordos pobres. Obesidad sobredeterminada por la acción conjunta de las estrategias familiares, el mercado y el Estado, junto a la aparición del hambre oculto (malnutrición escondida detrás del tamaño de la cintura).

No nos equivocamos si comenzamos a hablar de obesidades, ya que así como se polarizó la sociedad también se polarizaron los cuerpos, apareciendo una obesidad de la abundancia y, más peligrosa, una obesidad de la escasez.



DESAFÍOS DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

NUESTRO PAÍS CUENTA HOY CON UN SISTEMA SEGMENTADO DE SALUD QUE DIFICULTA LA ELABORACIÓN DE UNA ESTRATEGIA SANITARIA DE ALCANCE NACIONAL. ¿QUÉ CAMBIOS DEBERÍAN HACERSE PARA LOGRAR QUE TODAS LAS PERSONAS ACCEDAN A SERVICIOS RELATIVAMENTE HOMOGÉNEOS?

por DANIEL MACEIRA *Ph.D. en Economía. Investigador Titular CEDES.**





(*) Investigador Adjunto CONICET. Presidente de la Internacional Society for Equity in Health (ISEqH).

Diseñar e implementar una estrategia sanitaria comprehensiva en la Argentina es un desafío complejo.

El sistema de salud en nuestro país es extremadamente segmentado, lo que requiere acordar acciones con actores de gran autonomía, donde cada provincia gestiona sus propios recursos en salud. Estos recursos provinciales, sumados a aquellos originados en los municipios, responden a aproximadamente 83% de los fondos públicos del sector.

A ello se suma un sistema de seguridad social muy atomizado, con más de 300 fondos de gerenciamiento y atención de la salud, en gran medida basado en la prestación de servicios tercerizados en el sector privado. La estructura de financiamiento del sistema de aseguramiento se apoya, desde hace más de 50 años, en la capacidad de los mecanismos de empleo formal para brindar protección a los trabajadores y sus familias. Este esquema organizacional se vio desafiado con la mayor flexibilidad del mercado laboral durante los noventa y la consecuente reducción en la cobertura de estos mecanismos de aseguramiento sobre la población trabajadora del país. Dentro de este marco, la volatilidad macroeconómica de los últimos 20 años y la devaluación de 2001-2002 condujeron a la profundización de los problemas ya existentes, los cuales se manifiestan en una caída de cobertura formal, luego hasta cierto

punto recuperada, y una profunda atomización del sistema en su conjunto.

Como resultante, la Argentina cuenta con instituciones de aseguramiento social propias de cada jurisdicción (obras sociales provinciales: instituciones de seguridad social para los empleados públicos provinciales y sus familias) y transversales entre provincias (obras sociales nacionales: instituciones de seguridad social financiadas por aportes patronales y salariales por tipo de actividad económica). Favorecer ejes comunes en las acciones de todos estos sectores implica una intensa tarea de coordinación a fin de evitar efectos negativos sobre la eficiencia asignativa y la equidad del sector.

En este contexto, el Ministerio de Salud de la Nación actúa básicamente sobre tres pilares: utilizar los instrumentos regulatorios e institucionales para generar diálogos y consensos entre jurisdicciones y subsistemas, apoyar las gestiones locales mediante recursos monetarios y transferencia de insumos, y operar sobre problemas puntuales. Este sistema descentralizado “a la argentina” establece barreras institucionales para la coordinación de una dirección sanitaria común, donde una política comprehensiva en el sector requiere del acuerdo de la Nación y 24 equipos de gestión. Ello implica la elección de ejes comunes a partir de los cuales operar conjuntamente.

La Argentina, dentro de la región latinoamericana, se encuentra ubicada entre las naciones de mayor ingreso, de acuerdo con el World Development Report del año 2009. Contaba para ese año con 13.202 dólares per cápita corregido por paridad de poder adquisitivo, lo cual la posiciona en los primeros lugares entre los países de la región en términos de esa variable (Cuadro 1).

Asimismo, y a pesar del significativo crecimiento económico de los últimos años, los indicadores de mortalidad al quinto año, por ejemplo, no se destacan como los más avanzados. Ello es independiente del nivel de gasto, el cual ubica a nuestro país como la segunda nación con mayor inversión social (pública y privada) en salud del año 2009. Sin embargo, las grandes diferencias en ingreso y perfil epidemiológico entre países latinoamericanos impiden analizar la magnitud y eficacia de la inversión sanitaria argentina. Considerando países con

CUADRO 1. Ingreso y salud en América latina

	PBI PER CÁPITA PPP (CONSTANTE 2005) AÑO 2009	CRECIMIENTO ANUAL % PER CÁPITA DEL PBI (2007-2008)	TASA DE MORTALIDAD AL 5° (POR MIL) AÑO 2009	GASTO EN SALUD PER CÁPITA PPP (CONSTANTE DEL 2005) AÑO 2009
Trinidad y Tobago	23.221	2	35	1.743
Argentina	13.202	6	14	1.235
Chile	13.057	3	9	1.172
México	12.429	0	17	846
Uruguay	11.977	8	13	979
Panamá	11.857	9	23	1.081
Venezuela	11.190	3	18	737
Costa Rica	10.085	1	11	1.165
Brasil	9.414	4	21	943
Colombia	8.136	1	19	569
Perú	7.836	9	21	400
Rep. Dominicana	7.658	4	32	495
Ecuador	7.508	6	24	503
Jamaica	6.931	-1	31	383
El Salvador	6.020	2	17	427
Belice	6.019	0	18	355
Guatemala	4.286	1	40	337
Paraguay	4.107	4	23	305
Bolivia	4.013	4	51	213
Honduras	3.488	2	30	230
Guyana	2.942	2	35	258
Nicaragua	2.398	6	26	254
Haití	1.045	-1	87	71

Fuente: World Development Report 2009. World Bank

ingreso similar a la Argentina, y ubicando en un extremo a Sudáfrica, con 9.333 dólares per cápita; y a Portugal en el extremo opuesto, con 21.370 dólares, se verifica que los indicadores de mortalidad al quinto año no tienen una correlación perfecta con los ingresos, así como tampoco con los niveles de inversión o gasto en salud en este grupo. Nuestro país es un claro ejemplo de esta situación: la Argentina se encuentra en el punto medio de este grupo en términos de ingreso, con recursos invertidos en su sistema de salud que la ubican entre las ocho naciones con mayores desembolsos para el período 2009, e indicadores de mortalidad al quinto año que no acompañan tales desembolsos (Cuadro 2). Ello sugiere una falla en la estructura organizativa de los

servicios de salud, lo cual va más allá de su capacidad de gasto, y se vincula con los mecanismos de financiamiento, aseguramiento y gestión de esos recursos.

En la mayoría de los países de América latina, así como en gran parte de las naciones en desarrollo, se identifican mecanismos de aseguramiento mixtos, donde diferentes grupos poblacionales aportan a fondos alternativos para la cobertura de servicios de salud. En algunos casos estos mecanismos de aseguramiento tienen naturaleza social, en la medida en que los aportes de grupos de ingresos diferentes financian paquetes homogéneos de servicios al interior del fondo de aseguramiento (Figura 1). En este contexto, la Argentina encuentra un sistema

de salud segmentado, lo que implica la inexistencia de un fondo único o coordinado que permita asegurar y ofrecer una cobertura común a toda la población. Así, la amplitud de los servicios ofrecidos se encuentra relacionada con la capacidad de pago, ya sea voluntaria o compulsiva, de los aportantes y sus familias. Un esquema de aseguramiento social diseñado para toda la población permitiría reducir los desembolsos individuales, otorgando el derecho a toda persona de acceder a servicios relativamente homogéneos.

A través del análisis de la información provista por los últimos dos censos llevados a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)

en 1991 y 2001, se puede obtener la evolución de los mecanismos de cobertura formal en los sistemas de salud en el país, mostrando que el índice de cobertura formal entre ambos períodos ha disminuido en casi todas las provincias argentinas (Cuadro 3). La única excepción se encuentra en la provincia de Tierra del Fuego, donde se produce un incremento menor en la cobertura (1,5%). En el resto de las jurisdicciones se observa una caída, teniendo su máximo cercano a 28% en la provincia del Chaco, y quedando en el último lugar la ciudad de Buenos Aires y la provincia de Santa Cruz, con 8% aproximadamente en su caída de cobertura formal. Tanto la provincia del Chaco como las jurisdiccio-

CUADRO 2. Ingreso y salud en naciones de ingreso medio-alto

	PBI PER CÁPITA PPP (CONSTANTE 2005) AÑO 2009	CRECIMIENTO ANUAL % PER CÁPITA DEL PBI (2007-2008)	TASA DE MORTALIDAD AL 5° (POR MIL) AÑO 2009	GASTO EN SALUD PER CÁPITA PPP (CONSTANTE DEL 2005) AÑO 2009
Portugal	21.370	0	4	2.704
Arabia Saudita	21.321	2	21	1.150
Rep. Eslovaca	19.202	6	7	1.898
Hungría	16.896	1	6	1.441
Polonia	16.705	5	7	1.359
Croacia	16.338	2	5	1.553
Estonia	16.132	-5	6	1.373
Lituania	15.011	3	6	1.097
Libia	14.985	2	19	709
Rusia	13.611	5	12	1.038
Argentina	13.202	6	14	1.235
Chile	13.057	3	9	1.172
Malasia	12.724	3	6	665
México	12.429	0	17	846
Botswana	12.154	2	57	1.341
Uruguay	11.977	8	13	979
Panamá	11.857	9	23	1.081
Bulgaria	11.456	7	10	986
Turquía	11.209	-1	20	965
Venezuela	11.190	3	18	737
Irán	10.496	1	31	685
Costa Rica	10.085	1	11	1.165
Serbia	9.967	6	7	836
Brasil	9.414	4	21	943
Sudáfrica	9.333	3	62	862

Fuente: World Development Report 2009. World Bank

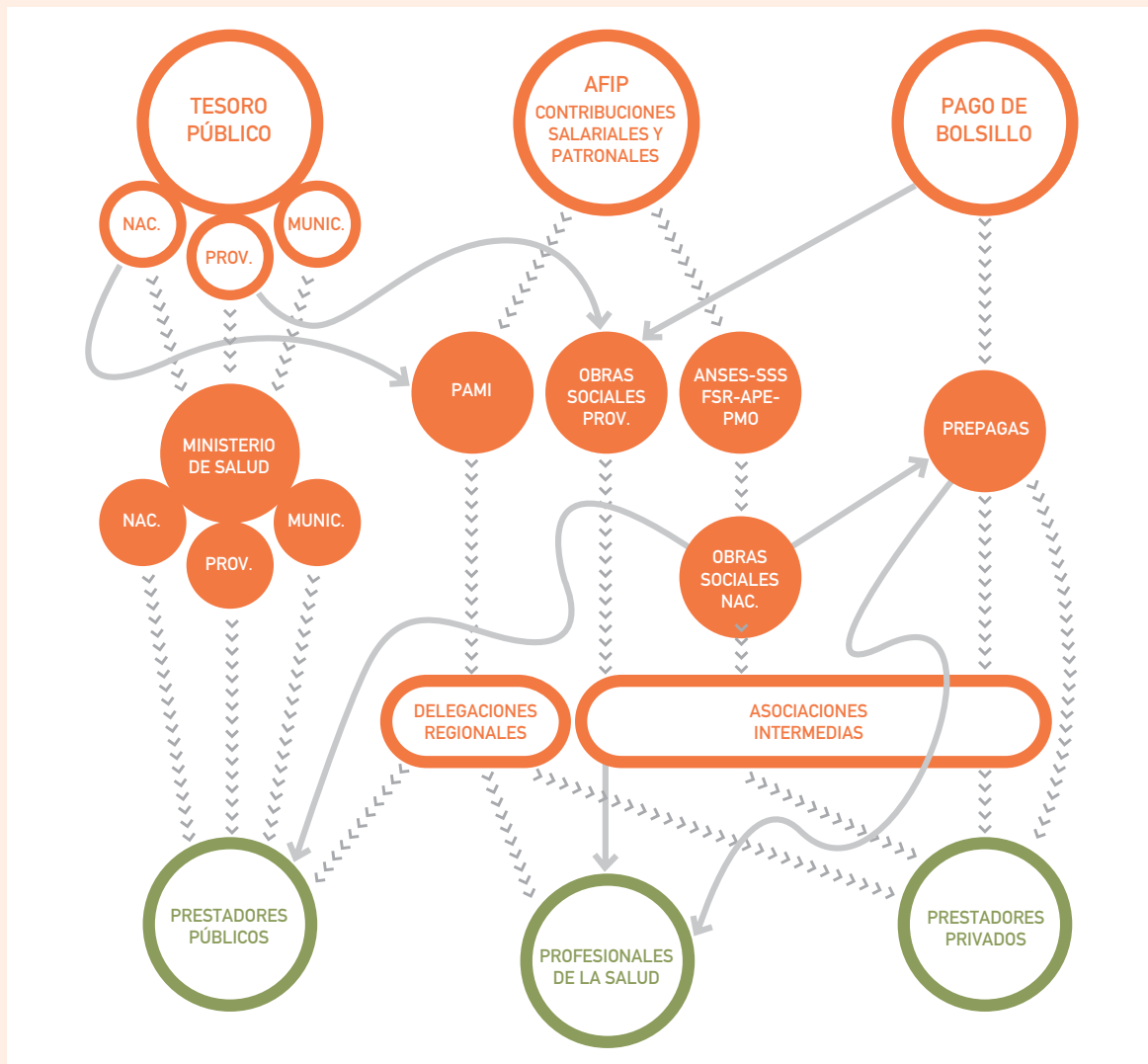
nes que la escoltan inmediatamente presentan los perfiles epidemiológicos más retrasados y, por lo tanto, necesidades de financiamiento más amplio, mostrando que la evolución de los mecanismos de cobertura formal derrama riesgo sanitario y compromiso financiero sobre el presupuesto público de cada provincia.

De acuerdo con la última encuesta realizada en el año 2005, se observa que la cobertura social representa alrededor de 56% de la población (obra social sindical, provincial o PAMI), en tanto que 10% de los individuos cuenta con una cobertura del sistema privado o doble cobertura (Cuadro 4). Asimismo, algo más de 34% no cuenta con seguros

formales y, por lo tanto, su cobertura se realiza a través del sistema público (centros de atención primaria de la salud –CAPS– y hospitales).

Sin embargo, los porcentajes de incidencia mencionados varían significativamente entre quintiles de ingreso. Por ejemplo, 35% de la población del primer quintil posee cobertura de la seguridad social, comparada con 68% y 64% para los dos quintiles más ricos. Paralelamente, el sistema privado cubre aproximadamente a 4% de la población más pobre del país, mientras que 23% del sector más rico posee un seguro privado de salud. En el extremo opuesto, el sistema público otorga cobertura a casi 61% de la población más desprotegida, valor que se

FIGURA 1. Organización del Sistema de Salud Argentino, por Funciones.



reduce hasta llegar a 12% en los grupos más ricos.

Complementariamente, las variaciones en los mecanismos de cobertura formal de los subsistemas de salud tienen su correlato en el comportamiento del gasto de bolsillo de las familias. En términos monetarios, existe una relación positiva entre nivel de ingreso y el gasto en salud, lo cual refleja una mayor capacidad de realizar desembolsos de los grupos poblacionales con mayor ingreso (Figura 2). Desde una perspectiva de equidad en el financiamiento de salud, se verifica en el año 2005 una relación negativa entre el ingreso de las familias y el porcentaje de tales ingresos destinados al pago de bolsillo de servicios de salud. Para el período mencionado, el primer quintil consume 11% de su ingreso en gastos en el sistema sanitario, reduciéndose tal porcentaje a menos de la mitad en los hogares de mayores ingresos.

De este modo, la falta de un fondo universal como consecuencia de la descentralización (a nivel geográfico) y de la segmentación (entre grupos sociales), acota la posibilidad de brindar una cobertura homogénea asociada con equidad horizontal en la asignación de recursos de salud. La presencia de un fondo único permitiría que las familias, más allá de su capacidad de pago, se encuentren en condiciones de atender a sus necesidades, sean ellas asociadas con requerimientos de consultas, internación, análisis y estudios complementarios y/o medicamentos.

Asimismo, la atención curativa predomina en los quintiles más pobres, lo que refuerza la idea que asocia nivel de ingreso con capacidad de acceso al sistema de salud, y escasa posibilidad de prevención de los hogares sin cobertura formal, lo que los lleva a actuar sobre la enfermedad. A pesar de ello, los resultados sugieren que la participación preventiva relativa entre subsectores es similar, y el gasto en medicamentos de los más pobres se redujo en comparación con 2003, a pesar de que el porcentaje de familias que declaró consumo de fármacos no difiere significativamente entre quintiles.

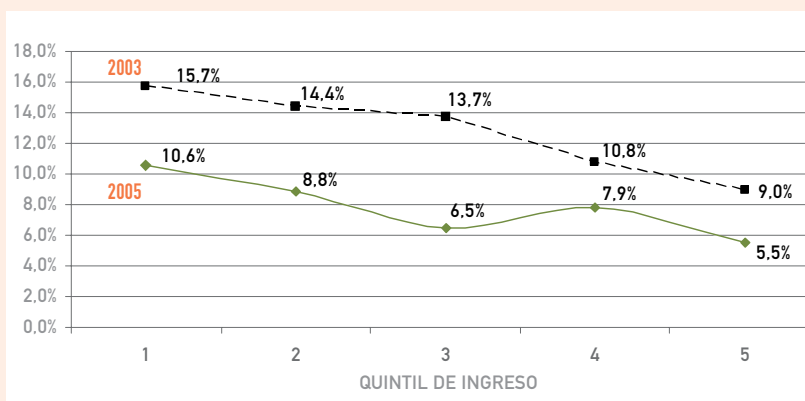
De la lectura de esta información surgen algunos elementos para el debate de política sanitaria, asociados fundamentalmente con el alcance y las restricciones del “modo argentino” de diseñar,

CUADRO 3. Evolución de la cobertura formal en la Argentina 1991-2001

	% POBLACIÓN CON COBERTURA		
	1991	2001	VARIACIÓN %
Chaco	47,84	34,49	-27,91
Corrientes	51,58	37,89	-26,54
Salta	51,31	39,58	-22,86
San Luis	62,39	48,38	-22,46
San Juan	59,14	47,03	-20,48
Formosa	42,74	34,19	-20,00
Tucumán	64,66	51,78	-19,92
Buenos Aires	63,28	51,21	-19,07
Stgo. Del Estero	44,64	36,34	-18,59
Santa Fe	70,97	58,03	-18,23
Río Negro	61,17	50,05	-18,18
Jujuy	55,99	45,84	-18,13
Entre Ríos	61,48	51,34	-16,49
Misiones	50,18	42,17	-15,96
La Pampa	64,79	54,52	-15,85
Mendoza	57,83	49,42	-14,54
Neuquén	59,74	51,26	-14,19
Catamarca	63,21	54,95	-13,07
Córdoba	62,22	54,24	-12,83
La Rioja	66,01	59,17	-10,36
Chubut	67,39	60,45	-10,30
CABA	80,31	73,82	-8,08
Santa Cruz	76,95	70,77	-8,03
Tierra del Fuego	69,20	69,93	1,05

Fuente: World Development Report 2006; World Health Organization

FIGURA 2. Gasto de bolsillo en salud, como porcentaje del ingreso, según quintil de ingreso 2003-2005



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Utilización y Gasto en Salud, 2003 y 2005. MSN

CUADRO 4. Cobertura por quintil de ingreso 2005

	QUINTILES DE INGRESO PER CÁPITA FAMILIAR (EN %)					TOTAL
	I	II	III	IV	V	
Obra social	34,56	48,98	60,41	67,8	64,49	55,98
Sistema privado	3,53	4,73	6,87	10,52	23,16	10,13
Cobertura pública	61,44	45,76	32,22	21,56	12,11	33,53
NS/NC	0,47	0,53	0,49	0,12	0,25	0,36
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Ministerio de Salud de la Nación, Encuesta de Consumo, 2005

gerenciar e implementar modos sustentables de protección social en salud, y su impacto sobre la equidad del sistema. Tales limitaciones perjudican particularmente al subsistema público y a su población prioritaria, reforzando la necesidad de estrategias públicas sectoriales eficientes, como modo de alcanzar la equidad asignativa.

En la medida en que los recursos destinados a salud son limitados, los mecanismos de priorización se vuelven extremadamente relevantes para la gestión de política pública. Además, y a pesar de la responsabilidad provincial sobre los sistemas de salud de cada jurisdicción, el Estado nacional debe crear las condiciones para que se debata la temática vinculada con sistemas integrados provinciales o esquemas de aseguramiento social en salud por jurisdicción.

Sería útil que el debate se realice sobre el sistema de salud en su conjunto. La fragmentación afecta el acceso a la salud, dejando de lado principios sistémicos. En otras palabras, cuando el Estado se compromete a garantizar el derecho al acceso a la salud no solamente debe considerarse la perspectiva de la cobertura que propone garantizar el subsistema público, sino también la capacidad de regulación de los prestadores privados y de la seguridad social, sobre los cuales no tiene autoridad financiera, pero sí regulatoria.

Uno de los mecanismos naturales para lograr tal articulación entre subsistemas y provincias es el Consejo Federal de Salud (Cofesa), un espacio de debate y generación de acuerdos que debe fortale-

cerse, brindándole mayor protagonismo. No se puede avanzar en un modelo nacional sin construir en primera instancia modelos provinciales. Para ello, es preciso encontrar propuestas de financiamiento, coordinación de fondos sociales y cobertura a partir de los cuales cada provincia pueda operar sobre su realidad, para luego identificar ejes comunes y avanzar hacia una segunda instancia regional y luego nacional. Desde esta perspectiva, el rol del Ministerio de Salud de la Nación es el de actuar como un facilitador de estos acuerdos, brindando propuestas y asistencia.

La Argentina encuentra un sistema de salud segmentado, lo que implica la inexistencia de un fondo único o coordinado que permita asegurar y ofrecer una cobertura común a toda la población.



F. T.

OBRAS SOCIALES EN LA ARGENTINA UN SINTÉTICO RELATO HISTÓRICO

UN RECORRIDO POR LA HISTORIA DE LAS OBRAS SOCIALES, DESDE SU CREACIÓN HASTA NUESTROS DÍAS. LAS REFORMAS INTRODUCIDAS POR LOS GOBIERNOS MILITARES Y DURANTE LA DÉCADA DE LOS '90. EL ROL QUE DEBE ADOPTAR HOY EL ESTADO.

por FRANCISCO LEONE *Diplomado en Salud Pública. UBA*



M

e gustaría comenzar estos párrafos con un interrogante y una tesis: ¿De quién son las obras sociales? Las obras sociales son de los trabajadores.

Desde su nacimiento a mediados del siglo XX, en especial a partir de la década de los '60 y '70, el interrogante de la pertenencia cruzó los espacios de poder, fundamentalmente los abonados al autoritarismo político militar. Durante los ochenta el debate se circunscribió a la clase política y a factores de poder económico y durante los '90 el interrogante fue apropiado (como muchos otros conceptos) por el poder económico a través de la tecnocracia de las ciencias económicas.

Hoy volvemos a recuperar el debate en el espacio político con participación de todos los actores que están implicados en la temática, a saber: políticos, sindicalistas, trabajadores, corporaciones y el conjunto de la ciudadanía intentando ella ocupar su espacio.

Durante todos los períodos mencionados el interrogante pretendió transformarse en tesis de posesión, donde los sectores en pugna formulaban sus hipótesis de pertenencia a través de binomios articulados: sindicalistas-trabajadores, políticos-Estado subsidiario, militares-corporaciones, corporaciones-gerenciadores, empresarios-empresas y trabajadores-trabajadores.

Para sostener la formulación de la tesis *las obras sociales son de los trabajadores*, me voy a detener en dos de los binomios antes enunciados: sindicalistas-trabajadores y trabajadores-trabajadores.

Los trabajadores a través de sus organizaciones sindicales decidieron a mediados del siglo XX asumir el desarrollo de estructuras sociales que dieran respuestas a la problemática de la salud y sus determinantes, en pleno auge del desarrollo industrial y en el marco del nacimiento de un movimiento político que instalaba en el centro de la escena a la clase trabajadora y fortalecía su conciencia de clase. Es decir, entendían que como clase social habían acumulado el suficiente poder para constituirse en artífices de la resolución de sus problemas de salud y participar activamente en satisfacer sus necesidades (actores sociales para algunos autores, sujetos sociales para otros) en concordancia con el desarrollo de una concepción de Estado que comenzaba a bregar por el bienestar de sus ciudadanos y, si se quiere, desde una mirada de la economía de la época, en la preservación de la fuerza del trabajo y de su familia.

En ese marco del desarrollo del Estado como responsable de la satisfacción de los derechos esenciales de sus ciudadanos y con el crecimiento de las estructuras del Estado para satisfacer esas demandas, los trabajadores decidieron (como colectivo de clase) crear y conducir sus propias organizaciones sociales en forma voluntaria y de acuerdo con su agrupación por rama de actividad o lugar de trabajo.

Así nace el seguro de salud en la Argentina por decisión de los trabajadores, por fuera de las estructuras del Estado, con aportes desde el salario, en forma voluntaria, por rama de actividad y con criterios de equidad y solidaridad. De esta forma los mejores salarios colaboraban con sus aportes con los "compañeros" de menores ingresos en un fondo solidario administrado por los trabajadores a través de sus propias organizaciones (el entrecomillado de "compañeros" puede interpretarse de diferentes formas, aquí además de aludir a la forma como se reconocen los trabajadores, etimológicamente nos refiere a la acción de mayor contenido solidario entre los hombres: compartir el pan).

Por lo tanto, trabajadores y sindicatos aparecen amalgamados en una unidad conceptual, operativa, organizacional, con el consecuente desarrollo de instituciones que se consolidan en el objetivo del bien de clase, las obras sociales (OS).

Llamó la atención de los factores de poder el cre-

La evolución del modelo prestador de servicios médicos en la Argentina muestra que a través del financiamiento de la seguridad social médica se produce el gran desarrollo del sector privado en salud.

cimiento financiero, operativo y de organización que generaron con el consecuente incremento en el número de afiliados. Durante la década de los '60 se realizó el primer relevamiento de beneficiarios de obras sociales que mostró una pertenencia al seguro social de 7 millones de trabajadores y su familia.

A partir de este período las OS comienzan a orientar sus inversiones en la generación de servicios de salud propios, turismo social, hotelería, proveduría, pero el gran impacto financiero se concentra en la contratación de prestaciones médicas asistenciales a terceros proveedores. La evolución del modelo prestador de servicios médicos en la Argentina muestra que a través del financiamiento de la seguridad social médica se produce el gran desarrollo del sector privado en salud.

La demanda concentrada en los beneficiarios de las obras sociales tracciona la oferta de servicios de atención médica que se organiza a través de corporaciones de profesionales de la salud, sanatoriales, farmacéuticas y de producción de insumos médicos y medicamentos conformándose el mercado de la medicina de lucro o comercial.

A fines de los '60 y principios de los '70 comienzan a tener fuerte injerencia en el desarrollo del modelo los binomios militar-corporaciones y corporaciones-gerenciadores. En el marco del Estado autoritario, durante la dictadura militar del período '66-'73, se establece la necesidad de la regulación de las obras sociales a partir de la promulgación de la ley 18.610, que define la obligatoriedad del

aporte de los trabajadores y las contribuciones de los empleadores, comenzando la etapa impositiva y regulatoria de la seguridad social. Es necesario resaltar que esta norma se promulga por decisión exclusiva de los militares, apropiadores de la conducción del Estado, con el apoyo (complicidad) de las corporaciones-gerenciadores que se aseguran el financiamiento y cautividad de la demanda.

Experiencia autoritaria similar (de carácter más sanguinaria y totalitaria y con mayor participación civil) se vislumbra en la década de los '70, durante la dictadura militar del período '76-'83, donde se promulga por parte del Poder Ejecutivo Nacional la ley 22.269, que regula las obras sociales en reemplazo de la 18.610. Es en esta etapa donde los binomios militar-corporaciones y en especial empresarios-empresas, con fuerte perfil transnacional, comienzan a tener mayor incidencia en las políticas del Estado autoritario-dictatorial.

La norma fortalece los mecanismos de control pero se destaca en su articulado la posibilidad de la libre elección de los beneficiarios de la obra social con el consecuente traspaso de los aportes y contribuciones a la OS elegida. De esta manera se pretendía dar comienzo a la desestructuración de la demanda cautiva que al entender de los analistas de mercado del régimen era generada por la obligación de orientar los aportes hacia la OS que correspondía por rama de actividad y lugar de trabajo. Es aquí donde se inician las críticas enfocadas a la cautividad y los mayores costos laborales que significan los aportes y contribuciones con fines específicos, que se consolidarían durante los años '90 en las políticas de desregulación de la seguridad social. Interesa destacar que fueron escasas o nulas las transferencias de beneficiarios durante ese período, hecho que resalta la apropiación que detentan los trabajadores de sus estructuras sociales.

Durante el corto período del gobierno democrático del '73 al '76 merece destacarse que se aprobó por parte del Congreso de la Nación la ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que instaló el debate sobre la organización integrada de los subsectores con la conducción del Estado con fuerte orientación hacia el subsector público. Aquí la dirigencia sindical sostiene la necesidad de preservar el modelo de atención médica a través

Las leyes de regulación de las OS promovidas y generadas por las dictaduras tuvieron como objetivo central limitar la capacidad política de los sindicatos, llegando incluso en la etapa '76-'83 a intervenir las propias estructuras sociales y sindicales.

del mercado (contratación con terceros del sector privado) en contraposición a los sectores de la medicina sanitaria que plantean a la medicina pública y al Estado como garante y articulador del sistema de salud. Los binomios sindicalistas-trabajadores y corporaciones-gerenciadores ejercían una intensa oposición a la ley, lo que significaría su ulterior fracaso a partir de la no adhesión de las provincias a la misma.

Durante los períodos democráticos '73-'76 y desde el '83 hasta el '90 la injerencia de los binomios sindicalistas-trabajadores, políticos-Estado subsidiario, corporaciones-gerenciadores y empresarios-empresas ocupan un rol destacado.

Las leyes de regulación de las OS promovidas y generadas por las dictaduras tuvieron como objetivo central limitar la capacidad política de los sindicatos, llegando incluso en la etapa '76-'83 a intervenir las propias estructuras sociales y sindicales. No se observa en su proceder y sus objetivos ningún intento por mejorar la accesibilidad de los beneficiarios y la calidad de las prestaciones asistenciales. Además, no sólo no pudieron controlar el gasto y la corrupción, sino que por el contrario se vieron obligados a incrementar los aportes y contribuciones salariales.

A partir del gobierno democrático del '83-'89 se intenta discutir una nueva legislación en el Congreso nacional a través del Seguro Nacional de Salud, elaborado por el Poder Ejecutivo. Si bien la propuesta intenta organizar el modelo de atención a partir del aseguramiento del total de la población (cobertura universal) quedando a cargo del Estado el financiamiento de los carenciados, pone especial énfasis en la separación de las organizaciones sindicales con respecto a las OS.

Se destaca que durante el mismo período se intenta reformular la ley de asociaciones profesionales, encontrándose con una fuerte oposición de

los gremios que no sólo logran rechazar la propuesta de ley sino que abren la posibilidad de resistir y reformular la ley del Seguro Nacional de Salud. Luego de arduas negociaciones nos encontramos a comienzos del '89 con la aparición de dos leyes: la 23.660 de regulación de las obras sociales y la 23.661 del Seguro Nacional de Salud. Hasta la actualidad, si bien ambas leyes continúan vigentes, ninguna provincia adhirió al régimen del Seguro de Salud.

La década de los '90 retoma debates iniciados durante la década de los '70, con la particularidad de que lo hace desde un gobierno democrático que asume el dogma dominante de la época e instala una política de ajuste socioeconómico y reforma del Estado con fuerte incidencia en los seguros sociales (previsionales y de salud) con transferencia de beneficiarios a terceros (empresas) como objetos de reformulación, utilizando como instrumento operativo la desregulación de los mercados.

Respecto del dogma dominante, el paradigma neoliberal, se destacan entre sus orientaciones aquellas cuestiones vinculadas al mercado como asignador de recursos, el individuo por sobre el colectivo, la libertad de mercados y la diferenciación y selección de individuos. En este marco se produce una profunda transformación del Estado, donde se destaca la desaparición del Estado de Bienestar y una tendencia a la conformación del Estado Subsidiario, donde se prioriza la transferencia al mercado de las actividades que habitualmente eran asignadas al sector público (en especial servicios y sobre todo aquellas con alto rédito económico).

El plan de ajuste se centra en el pago de la deuda externa y entre sus características se pueden destacar que el salario pasa de ser un componente de la demanda interna para transformarse en un componente del costo de bienes y servicios; la reducción del déficit fiscal por privatizaciones y transferencias a provincias; los nuevos pactos Nación-provincias;

la presión tributaria regresiva; el aumento de las actividades de servicios por sobre la producción de bienes; el predominio de la Nación en la percepción de impuestos; el aumento de trabajadores estatales en provincias como paliativo a las crisis regionales; las provincias y municipios asumiendo el mayor gasto social.

Las consecuencias observadas son el crecimiento del desempleo, subempleo y precarización laboral; el deterioro progresivo del salario, y el incremento de la pobreza estructural y de los pauperizados.

La reforma sanitaria se basa en conceptos que son difundidos por organismos internacionales, entre ellos se destacan los vertidos en la publicación, en el año 1993, "Invertir en Salud", del Banco Mundial, donde se explicita el triple enfoque para políticas públicas: asegurar el aumento de ingresos de los pobres y de las inversiones en educación; reorientar el gasto público en salud hacia programas de alta eficacia (focalización), y facilitar la mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de servicios de salud, con la incorporación del financiamiento privado y el fortalecimiento de los mercados de seguros privados. Entre las recomendaciones para mejorar el gasto público en salud se destacan: reducir el gasto público en centros asistenciales de nivel terciario, formación de especialistas y servicios de escasa eficacia en función de costos; financiar y asegurar la adopción de un conjunto de medidas de salud pública (externalidades);

El Estado deberá ejercer en algunos casos el rol de prestador de servicios, en otros el rol de regulador y de control de la satisfacción y la calidad, pero en todos, el rol de conductor y rector de las políticas y, fundamentalmente, de preservación del derecho a la salud de todos los ciudadanos.

financiar y asegurar la prestación de un conjunto de servicios clínicos esenciales y mejorar la gestión de los servicios de salud estatales.

Las consecuencias de la reforma en salud se pueden sintetizar en:

- La desaparición del carácter de derecho universal donde el Estado no asume su responsabilidad, pasando a ser una responsabilidad individual, con disminución del aparato estatal y del gasto social.
- Hospital público de autogestión con arancelamiento hospitalario y eficientización de las instituciones públicas con captación de recursos extrapresupuestarios, incorporando la lógica del mercado.
- Desregulación de la seguridad social incorporando la libre elección de los beneficiarios de la obra social y la apertura hacia la medicina prepaga. Competencia del mercado con ruptura de los mecanismos solidarios. Separación de la administración financiera de la prestación de servicios, con administración bajo concepto de riesgo.

Abunda la bibliografía promovida desde los binomios político-Estado subsidiario, corporaciones-gerenciadores y empresarios-empresas que caracterizan el mercado de la seguridad social como un modelo de financiamiento con impuesto al trabajo, impuesto con destino específico que genera aumento de los costos laborales, alentando la evasión. Alertan sobre la disociación entre ingresos y egresos de las OS, dependiendo su financiamiento del nivel de ocupación, remuneración y alícuotas de ley. Analizan la fragmentación y polarización de OS como una excesiva atomización del sistema y definen la brecha entre cobertura teórica y efectiva como fallas de calidad del sistema. Para discutir la ineficiencia se instalan en la inexistencia de incentivos para reducir costos y mejorar la calidad de los productos y de los ingresos cautivos con órganos de control débiles.

Se promueve desde los factores de poder con la anuencia del gobierno un seguro privado con impuesto al trabajo, a partir de la conversión del beneficiario cautivo en un consumidor libre y la transferencia a entes aseguradores, bancos y financieras. Se puede comprobar la incorporación de empresas de atención gerenciada que exportan el modelo desde Estados Unidos y se asocian a las empresas de seguro previsual en la captación de beneficiarios.

Se crea la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), en reemplazo de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) de la ley

23.661, ente regulatorio con misiones y funciones que contradicen el marco de las políticas desregulatorias pero que es utilizado para posicionar a la dirigencia gremial adicta al modelo. Desde el binomio sindicatos-trabajadores se resiste a la instalación de la reforma salvo en los dirigentes sindicales a cargo de la supuesta estructura de regulación que alientan la migración de poblaciones de OS a prepagas comerciales.

Se produce una marcada segmentación y estratificación del mercado con creciente diferenciación de productos para atraer la elección de los beneficiarios de OS, en especial los de mayores ingresos, hacia estas empresas de medicina prepaga. De esta forma se instala en la seguridad social en salud un mecanismo de selección adversa de poblaciones bajo cobertura (descrame) similar a la selección adversa que realiza el mercado en los seguros privados de salud (poblaciones jóvenes, sin patologías previas y con salarios superiores a la media nacional).

La creación de la Administración de Prestaciones Especiales (APE) en medio de políticas desregulatorias y achique del Estado es otra forma de controlar por parte de los sectores del poder (con participación de un grupo de sindicatos adictos) el Fondo Solidario de Distribución (FSD), mecanismo solidario del sistema financiado por un porcentaje del salario de los trabajadores con el objeto de subsidiar las OS de menores ingresos. De esta forma el FSD a través de la APE se transforma en un reaseguro de alta complejidad (para las OS y los prestadores) administrado por el Estado con participación de la dirigencia gremial oficialista.

En esta situación nos encuentra la crisis del 2001 con una atomización del sistema de OS sindicales, con un grupo de ellas fortalecidas por las políticas de desregulación, pero todas fuertemente perjudicadas por la crisis financiera producto de la disminución de la masa de aportantes por el incesante incremento del desempleo, la menor participación del salario en el producto bruto y los aumentos de los costos de las prestaciones asistenciales.

Las medidas de salvataje a partir de la declaración de la emergencia sanitaria y la implementación del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) inician la etapa histórica que hoy venimos discutiendo y nos encuentran en el debate del inicio del texto en cuanto a la pertenencia de las OS y el rol regulador que le corresponde al Estado.

Algunas conclusiones de cierre

Durante el anterior decenio (2000-2010) y hasta la actualidad, las OS continúan con el desarrollo de las políticas de desregulación con fuertes vínculos con las empresas de medicina prepaga y la contratación con la medicina comercial.

Con la mejora de los índices de empleo y el incremento de los salarios mejoran su situación financiera aunque persiste la atomización del sistema.

Para la opinión pública las OS están vinculadas a la corrupción, pero para ello no existe evidencia de que los hechos de corrupción sean mayores a los observados por el conjunto del sistema sanitario o en el conjunto de la sociedad civil.

Se continúa poniendo en duda la legitimidad de la dirigencia pero no aparece en el espectro político ninguna propuesta de modificación de la ley de asociaciones profesionales.

Se duda de la honorabilidad de los conductores de las organizaciones sindicales y de las OS pero el organismo regulatorio (SSS) continúa conducido con participación de los mismos a los cuales debe controlar, signo claro de la permisividad del Estado en materia regulatoria.

En este marco considero que no hay duda de la pertenencia de las obras sociales a los trabajadores y sus organizaciones sindicales, que en su devenir histórico lograron transformarse en sujetos sociales de las políticas sociosanitarias, que todo intento de conculcación de derechos fue resistido por este colectivo sosteniendo la preservación de sus estructuras a través de las diversas etapas, algunas de altísima violencia, y que su visión de la resolución de sus problemas de salud-enfermedad se resuelven a partir del modelo comercial de atención médica.

Respecto del Estado, este no ha ejercido su rol regulador en forma eficiente, las estructuras generadas para el control fueron insuficientes y técnicamente deficientes y cooptadas por los actores a ser regulados.

Las políticas nacionales del actual gobierno de garantía de derechos se pondrán a prueba en la medida de poder proponer una organización sanitaria nacional que pueda articular la atomización del sistema con el respeto a la voluntad popular y la instalación de políticas inclusivas y universales. Para ello el Estado deberá ejercer en algunos casos el rol de prestador de servicios, en otros el rol de regulador y de control de la satisfacción y la calidad, pero en todos, el rol de conductor y rector de las políticas y, fundamentalmente, de preservación del derecho a la salud de todos los ciudadanos.



INFANCIA Y DERECHO A LA SALUD

por
**VIRGINIA LÓPEZ
CASARIEGO**

*Médica Pediatra,
Sanitarista. Asesora
en Políticas Públicas
de Salud.*

LAS POLÍTICAS IMPULSADAS POR LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES DE CRÉDITO IMPIDEN LA AMPLIACIÓN DE DERECHOS POLÍTICOS, CIVILES Y SOCIALES. CUMPLIR CON LOS DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MEJORA LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN LA EDAD ADULTA.

«Se precisan niños para amanecer...» Daniel Viglietti

Este texto parte del reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, lo cual tiene un estatus jurídico-constitucional que así lo establece, al mismo tiempo que implica una posición ética de respeto y cuidado a la infancia y la adolescencia, que nos compromete a todas las personas que habitamos nuestro país.

La infancia es una de las etapas más vulnerables que atravesamos como seres humanos, tanto en términos de situaciones críticas para la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo, la constitución psíquica y la construcción de subjetividad, como por el rol insustituible de los adultos en brindar el sostén, construir vínculo de apego y acompañar ese crecimiento en los términos de la institución de la ternura que nos presentaba Fernando Ulloa, abrigando amorosamente y respetando al niño como sujeto con un devenir que le es singular.

Aprendimos de los referentes de la Medicina Social Latinoamericana la importancia de analizar los problemas de salud considerando no solamente causas biológicas –incluyendo genes, infecciones y otros problemas importantes y frecuentes–, sino también problemas psicosociales, y muy especialmente las condiciones materiales de vida en que los chicos nacen y crecen, junto a sus familias, en su comunidad.

Durante muchos años la salud infantil fue evaluada preponderantemente a través de la evolución de la tasa de mortalidad infantil, indiscutible indicador socio-sanitario, que no ha perdido relevancia con los años, como señala José Carlos Escudero en algunas de sus recientes publicaciones. Entendemos que es una condición necesaria para comprender la situación de salud de los chicos, y particularmente las brechas de desigualdad que en proceso de muy lenta reducción continúan denunciando una situación de inexcusable injusticia.

También sabemos que no es suficiente, que la infancia excede significativamente la mera supervivencia y el tránsito a una adultez más o menos afortunada. Reconocer a los chicos como sujetos de derecho es poder pensarlos en tiempo presente, en sus derechos a contar con vínculos amorosos, a ser escuchados, a nuestra responsabilidad de garantizar sus posibilidades de crecer, aprender, jugar.

Algunas de estas cuestiones han sido retomadas por la Organización Mundial de la Salud en los últimos años, al plantear como una de las situaciones prioritarias a considerar en las políticas públicas el Desarrollo Temprano Infantil, con su multiplicidad de condicionamientos y posibilidades. Desde esta perspectiva, se recupera no solamente la importancia de las condiciones materiales de vida para crecer y desarrollarse en los primeros años de vida,

Reconocer a los chicos como sujetos de derecho es poder pensarlos en tiempo presente, en sus derechos a contar con vínculos amorosos, a ser escuchados, a nuestra responsabilidad de garantizar sus posibilidades de crecer, aprender, jugar.

sino que también plantea que el nivel de desarrollo alcanzado en esa etapa será determinante para la situación de salud en la edad adulta.

En este sentido, celebramos la importancia de iluminar etapas de la vida especialmente críticas para la vida y el desarrollo de los chicos y adolescentes. Al mismo tiempo, hemos observado con Alejandra Barcala nuestra preocupación de que estos señalamientos puedan traducirse en la estigmatización temprana de chicos mayores, adolescentes, hombres y mujeres adultos, a partir de presunciones de irrecuperabilidad o irreversibilidad de situaciones problemáticas que atraviesan/atravesaron en sus primeros años de vida. Esta mirada puede potenciar situaciones de discriminación, exclusión y potencial criminalización en etapas posteriores de la vida.

¿Como pensar el derecho a la salud de los chicos hoy, sin hacer memoria y revisar algunas claves de décadas pasadas, con indudable impacto en nuestro presente? De “los únicos privilegiados son los niños”, “qué lindo que va a ser, el hospital de niños en el Sheraton Hotel” a “el silencio es salud” de la dictadura militar, al ángel de la bicicleta del 2001 “no tiren que hay chicos comiendo”, al que rinde homenaje León Gieco.

Las políticas neoliberales que arrasaron nuestro país procuraron instalar en el sentido común de todos nosotros que la salud y la vida eran tan sólo una mercancía más, a las que las personas accedemos de acuerdo con nuestra capacidad de adquirirlas y no de nuestra condición de sujetos de derecho. Una “sentencia” y un “chiste” dan cuenta del cinismo con que se excluyó a gran parte de la población del acceso a bienes básicos para la vida: “Pobres siempre habrá entre ustedes” y “Les traigo juguetes. Pero, señor, estos chicos no comieron. Entonces no les damos juguetes”, ejemplifican el devastamiento del proyecto de vida desde edades muy tempranas, el quiebre de la esperanza de movilidad social y de los lazos de solidaridad intergeneracionales y comunitarios.

Aprendimos con las Madres y las Abuelas de Plaza de Mayo que el derecho a la identidad es irrenunciable, inseparable del derecho a la salud y a la vida, tanto para los niños y niñas que fueron apropiados, los que han recuperado su identidad, como y muy especialmente para los que aún no y requieren ser reconocidos en su historia y en su presente, porque es también la historia y el presente de las generaciones que los suceden, para los chicos y los adultos de hoy.

Agradecemos a Silvia Bleichmar haber puesto en palabras el Dolor País que nos atravesó durante la fiesta de unos pocos y la impunidad para muchos, alertándonos sobre el riesgo para la construcción de la subjetividad en un escenario tan fragmentado, tan precario, con muchas dificultades para cuidar de aquellos en situación de mayor vulnerabilidad, particularmente niños, niñas y adolescentes.

Las familias, la comunidad en que los chicos nacen y crecen, no fueron ajenas a la miseria, la tristeza y el infortunio de los pueblos, que Ramón Carrillo señalaba como la verdadera causa de las enfermedades.

En este escenario, el derecho a la salud en la infancia y la adolescencia nos obliga a revisar nuestros análisis, porque no se trata ya solamente de la epidemiología de enfermedades endémicas como la enfermedad de Chagas-Mazza o epidemias como las infecciones respiratorias. Hablamos también de chicos en situación de malnutrición; de niños, niñas y adolescentes con discapacidad; de niños y niñas en situación de calle; de familias que sobreviven en condiciones de contaminación ambiental graves; de chicos con consumo problemático de sustancias legales e ilegales; de niños y niñas con padecimiento mental o sufrimiento psíquico grave; de muertes de adolescentes por lesiones; de situaciones de abuso sexual; del impacto del trabajo infantil, entre otras situaciones que se suceden o se superponen frecuentemente.

Entre los múltiples interrogantes que se abren, cabe pensar si estas situaciones fueron naturalizadas durante mucho tiempo, siendo casi invisibles para la sociedad con la excepción de “casos” aislados con repercusión mediática y hoy tienen mayor visibilidad o si en algunos casos hay un incremento –en el marco de la globalización, la concentración económica y el aumento de las desigualdades a escala mundial– de problemáticas de salud-enfermedad en la infancia y la adolescencia, desde una perspectiva integral del derecho a la salud y a la vida.

La mercantilización de la vida cotidiana avanza también con una creciente patologización de la infancia, que rotula con etiquetas diagnósticas promovidas por la industria farmacéutica, manuales psiquiátricos y complicidades varias, problemáticas sociales complejas, incluyendo el malestar social, el padecimiento mental o el sufrimiento psíquico.

Al mismo tiempo, asistimos a prácticas y voces cada vez más frecuentes que desplazan sutilmente –o no– a los chicos del lugar de sujetos de derecho al de consumidores o clientes, acotando los espacios del compartir, de la construcción de lazos basados en el afecto y de la posibilidad de explorar recorridos conocidos y otros por inaugurar.

Desde esta perspectiva, la mercantilización de la vida cotidiana avanza también con una creciente patologización de la infancia, que rotula con etiquetas diagnósticas promovidas por la industria farmacéutica, manuales psiquiátricos y complicidades varias, problemáticas sociales complejas, incluyendo el malestar social, el padecimiento mental o el sufrimiento psíquico. Un caso paradigmático es la instalación progresiva del diagnóstico de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad –conocido como ADD– y de abordajes terapéuticos reduccionistas centrados en la prescripción de psicofármacos como el metilfenidato (nombre comercial: ritalina), sin escuchar el malestar o sufrimiento del niño o niña y su familia, ni contextualizarlo en la situación familiar, escolar, comunitaria, de vida.

Por otro lado, el abismo que produjo la dictadura y la implementación de políticas de ajuste y mercantilización de la salud en detrimento del efectivo acceso a los derechos, tuvo también un fuerte impacto en los trabajadores/as de la salud, ámbito en el que se fueron incrementando las situaciones de precarización laboral y deterioro de las condiciones de trabajo en general. Al ritmo de la implemen-

tación de recetas neoliberales que bajo la máscara de abocarse a los “más necesitados”, profundizaron políticas focalizadas, la fragmentación del sistema de servicios y el ingreso del capital financiero al sector, desviando fondos públicos al crecimiento del sector privado de la salud.

Instituciones debilitadas y trabajadores precarizados en distintos campos, entre ellos la salud y la educación, reciben –no siempre– a niños, niñas, adolescentes y a sus familias, que atraviesan situaciones complejas de sufrimiento o padecimiento en lo físico, psíquico y social.

Si bien la complejidad de las situaciones de salud-enfermedad que atraviesan los niños, niñas y adolescentes y sus familias no puede ser obviada, recurrentemente es adoptada como excusa para desligar responsabilidades, u obstáculo para revisar las políticas, intervenciones y abordajes requeridos.

Algunos aportes para pensar los desafíos del escenario actual en nuestro país

Pensar en salud, nos dice Mario Testa, es constituirnos en actores sociales que podamos poner en agenda las prioridades del amor, el trabajo y la lucha por una sociedad más justa, donde la salud de los niños, niñas y adolescentes no sea sólo una declaración sino el efectivo ejercicio a los derechos humanos que les corresponden.

En esta línea, la ampliación de derechos políticos,

civiles y sociales que se están implementando en los últimos años en nuestro país, plantea un nuevo escenario para analizar y trabajar por el derecho a la salud en la infancia y la adolescencia.

Este escenario involucra muy especialmente la Asignación Universal por Hijo, que acota la brecha entre los hijos de trabajadores/as con o sin empleo. Involucra también la Ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, la ampliación del acceso a jubilación, el Matrimonio Igualitario, la Ley de Medios de Comunicación Audiovisual de la Democracia, el juicio y castigo a los responsables del terrorismo de Estado, la aprobación de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, el Subsidio a las Mujeres durante el Embarazo, y la recientemente sancionada Ley Nacional de Salud Mental, entre otras.

Desde esta perspectiva, pensamos en forma complementaria tanto la necesidad de garantizar condiciones materiales de vida dignas a los niños, niñas, adolescentes y sus familias, como la construcción de subjetividad donde sus abuelos/as también son reconocidos como sujetos de derecho, en un país con mayor pluralidad de voces, con menos impunidad, con el acompañamiento a las mujeres durante el embarazo, con una ley de salud mental que se enmarca en el respeto de los derechos humanos para todos y todas, en particular para las personas con padecimiento mental.

Es un escenario con tensiones, donde conviven algunos de los hechos emblemáticos referidos, con la continuidad de planes y recetas del Banco Mundial y de otros organismos internacionales en el campo de la salud, que responden a los intereses del mercado y las corporaciones. Estas políticas y planes que comienzan como paliativos de situaciones de emergencia pierden su dudosa legitimidad inicial cuando se transforman en proyectos sostenidos y de dudosa eficacia para revertir la desigualdad en términos de acceso al cuidado de la salud de la infancia y la adolescencia.

Los niños, niñas y adolescentes precisan de adultos con responsabilidad y coraje para imaginar, diseñar e implantar políticas públicas que garanticen el efectivo ejercicio de sus derechos, basados en los principios de universalidad e integralidad, con participación activa de la comunidad en las decisiones y control de las políticas. Precisan de adultos responsables en nuestro trabajo cotidiano en los servicios de salud, educación, justicia, trabajo social

Los niños, niñas y adolescentes precisan de adultos con responsabilidad y coraje para imaginar, diseñar e implantar políticas públicas que garanticen el efectivo ejercicio de sus derechos, basados en los principios de universalidad e integralidad.

en general, en nuestro rol como familiares, como integrantes de la comunidad comprometidos con escuchar, respetar y trabajar para que los derechos de los niños, niñas y adolescentes no sean meras declaraciones sino efectivo ejercicio de los mismos.

Parafraseando al Poeta, la sociedad toda precisamos de los niños, niñas y adolescentes para renovar amaneceres, para despertarnos, para correr las barreras de lo posible y lo transitado. Y los adultos somos responsables de garantizarles a ellos la oportunidad de intentarlo.

Aclaración: Este texto es posible gracias a la multiplicidad de "nosotros", actores comprometidos con los derechos de los niños, niñas y adolescentes de nuestro país, algunos mencionados en este texto, muchos más involucrados cotidianamente en las políticas, investigaciones y prácticas, que trabajamos cotidianamente para transformar esta nuestra realidad. De los errores o disensos que puedan surgir de esta presentación, asumo como propia la responsabilidad por los conceptos y posiciones planteados en el presente artículo.

LOS SERVICIOS INTEGRALES PARA LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

UN DESAFÍO PARA EL SISTEMA SOCIOSANITARIO ARGENTINO

por
**NÉLIDA
REDONDO**

*Doctora en
Ciencias Sociales.
UBA. Magíster en
Sociología FLACSO.*

LOS COSTOS DE LA DEPENDENCIA Y EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS MAYORES SON UN TEMA CANDENTE PARA LOS SISTEMAS SOCIOSANITARIOS, PARA LAS FAMILIAS, Y PARA LOS PROPIOS ANCIANOS. ¿QUÉ HAY QUE MODIFICAR PENSANDO EN EL FUTURO?

El alargamiento del promedio de la vida humana genera nuevos retos para los sistemas de salud pública de los países envejecidos de América latina, entre los que se destaca la necesidad de programar cuidados y asistencia médica adecuada a las necesidades de las personas mayores con enfermedades crónicas discapacitantes. Las enfermedades infecciosas agudas son sensibles a las campañas tradicionales de la salud pública, basadas en el saneamiento ambiental, la vacunación y el control de los transmisores. Si bien sus consecuencias son graves, la duración de la enfermedad aguda suele ser comparativamente breve y el trastorno por lo

general responde apropiadamente al tratamiento con la moderna farmacología. En cambio, las enfermedades crónicas son más pertinentes: su curso es prolongado y va acompañado de una creciente discapacidad que, con frecuencia, provoca una pérdida de independencia o autonomía.

A partir de la década de 1990 comenzó en los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) la preocupación estatal por los servicios de atención y ayuda disponibles en esos momentos para las personas mayores que, a causa de la evolución de enfermedades crónicas, perdían la autonomía para su mantenimiento cotidiano. El pronunciado aumento



de la demanda de plazas de internación en hogares geriátricos constituyó un llamado de atención para los gobiernos de los países con poblaciones envejecidas.

Hasta esos años, las políticas públicas se concentraban en ofrecer soluciones institucionales, hospitales u hogares para personas mayores indigentes. En cambio, la atención de la amplísima mayoría de personas frágiles y dependientes se basaba en el esfuerzo de los familiares, más específicamente de las mujeres, que proveían cuidados personales sin costo para el presupuesto público pero con una enorme carga para ellas mismas.

Progresivamente, tanto en los países europeos como en los de América del Norte, Oceanía y Japón se profundizó la perspectiva crítica acerca de la limitada oferta de servicios dirigidos a las personas de edad avanzada dependientes. Se generaron entonces alternativas innovadoras, con perfiles de servicios diversificados, que en la actualidad se proponen confluir de manera

integrada para proporcionar el mayor bienestar posible a las personas que requieren ayuda en su vida diaria. En todos los países con poblaciones envejecidas hoy se debate acerca del costo de estos servicios de larga duración y de quién es la responsabilidad por su financiamiento. Los costos de la dependencia y el bienestar de las personas dependientes son un tema candente para los sistemas sociosanitarios, para las familias y para las mismas personas mayores.

En los países de América latina no se han desarrollado hasta el momento programaciones integrales e integradas de cuidados de larga duración para las personas mayores en situación de fragili-

dad y dependencia. Ello se debe, en parte, a que el fenómeno demográfico es reciente, por lo que no se ha generado la debida “conciencia social” de la estructura de edades de las poblaciones. Por otra parte, inciden factores culturales: en nuestros países se suele considerar que la atención de las personas mayores en situación de fragilidad y dependencia es un problema de índole privada que se resuelve dentro del ámbito familiar. Para aquellos casos en que no existan hijos adultos capaces o se registren graves fallas en las redes de ayuda primaria, los servicios de salud estatales y paraestatales ofrecen prácticamente como única alternativa la institucionalización geriátrica crónica.

1. Los servicios sociosanitarios integrados para personas mayores dependientes

Los sistemas de cuidados de larga duración para personas mayores dependientes comprenden dos tipos de servicios: a) los servicios de atención médica, y b) los servicios personales y ambientales ofrecidos por las familias o por personal contratado en los hogares particulares, y por las instituciones de larga estadía en los casos de las personas mayores internadas. Los servicios de atención médica no pueden prestarse en domicilio si es que las personas dependientes no poseen convenientemente satisfechos sus requerimientos de cuidados personales y de confort ambiental. Los costos de este segundo tipo de servicios, a su vez, pueden ser erogables, es decir, ocasionar un gasto monetario, o bien no erogables, o sea, no ocasionan gasto monetario pero insumen un esfuerzo personal que tiene un costo para el familiar o allegado que lo realiza.

1.1. Los servicios de atención médica para personas dependientes

Los servicios de atención médica se han adaptado a las necesidades de las personas mayores dependientes. En particular, se verifica en la actualidad el crecimiento de la oferta de servicios médicos en domicilio que están dirigidos a aquellos pacientes que presentan morbilidades complejas, deterioro funcional severo, múltiples internaciones en cortos periodos de tiempo, ancianos con criterios de fragilidad, dificultades en el seguimiento ambulatorio y/o enfermedades discapacitantes (neurodegenerativas, enfermedades crónicas en estadio avanzado, pacientes en riesgo de caídas y fracturas, pacientes con secuelas vasculares, pacientes con inmovilidad y sus complicaciones). Los objetivos de los programas de atención médica en domicilio son:

- Mejorar la calidad de atención a aquellos pacientes con dificultades en el seguimiento ambulatorio.
- Prevenir el deterioro funcional.
- Prevenir o retardar el ingreso a instituciones geriátricas.
- Prevenir la hospitalización.
- Mejorar la calidad de vida.
- Disminuir el número de consultas a emergencias domiciliarias.
- Disminuir el número de consultas al servicio de emergencia del hospital.
- Realizar programas preventivos: Prevención de caídas. Vacunación antigripal. Talleres de entrenamiento para cuidadores. Seguimiento de enfermedades trazadoras (insuficiencia cardíaca, síndromes demenciales, EPOC, inmovilidad post fracturas de cadera, etc.).

No basta con garantizar la sobrevivencia de las personas mayores con discapacidades, es además necesario facilitar su integración social, con el pleno mantenimiento de su dignidad e independencia.

En general, los servicios de atención médica en domicilio están conformados por un coordinador médico y un trabajador social o *case manager*, e incluye médicos de distintas especialidades. El equipo de salud del programa se conforma con médicos entrenados en atención domiciliaria de ancianos vulnerables, licenciados en enfermería o enfermeros, licenciados/as en trabajo social, terapeutas ocupacionales, licenciados en rehabilitación.

En la Argentina es prácticamente inexistente una oferta de servicios con las características precedentemente descriptas. Sólo dos tradicionales hospitales privados de comunidad organizaron

recientemente en la ciudad de Buenos Aires programas de cuidados médicos en domicilio para pacientes dependientes asociados a sus planes de medicina prepaga. La novedad de ambos programas en domicilio es que están focalizados en pacientes crónicos, no son cuidados sub-agudos para apoyar la externación hospitalaria ni cuidados paliativos para enfermos terminales de cáncer.

Con la excepción de estos dos valiosos y exitosos ejemplos, no se registra en nuestro país la expansión de este tipo de experiencias en los ámbitos de las obras sociales ni en el sistema público de salud. La base institucional-hospitalaria sobre la que se ofrecen las prestaciones médicas en la actualidad obliga a costosos traslados de las personas mayores frágiles y dependientes, y constituye un obstáculo de importancia para la adecuada y oportuna atención de sus afecciones.

El aumento de los gastos en salud que se registra en todos los países con envejecimiento demográfico se debe, en gran medida, a la creciente utilización de alta tecnología médica antes que a la mayor intensidad de utilización de los servicios generales.

1.2. Los servicios personales y sociales para las personas dependientes

Las personas dependientes requieren, además de atención médica accesible y oportuna, el adecuado apoyo personal y confort ambiental en su domicilio, ya sea que vivan en sus hogares particulares o que residan en una institución de larga estadía.

En los domicilios particulares, los servicios socioambientales pueden ser provistos de manera informal por la familia conviviente, o mediante la contratación de personal especializado, siempre a cargo de las familias. En todos los casos se consideran imprescindibles, por lo menos: a) la higiene personal; b) el aseo personal; c) la nutrición adecuada; d) la higiene del ambiente; e) la higiene de la ropa; f) la movilización o ejercitación sistemáticas; g) la correcta toma de los medicamentos; h) la adecuada provisión de insumos y cosmética; i) la vivienda con adecuada ventilación y calefacción, entre los aspectos más destacados.

Una investigación en hogares geriátricos del Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires, que

realizamos el año pasado, puso en evidencia que en la jurisdicción con el envejecimiento demográfico más pronunciado del país, la internación geriátrica de larga estadía es prácticamente la única alternativa disponible para las personas mayores que necesitan algún tipo de cuidado cotidiano y viven en hogares unipersonales, o para las personas que tienen niveles más elevados de dependencia y habitan en hogares en los que todos sus integrantes son también personas mayores.

La investigación puso de manifiesto que la internación de largo plazo de las personas de edad dependientes se financia, de manera casi exclusiva, privadamente, con el dinero del propio internado o con el aporte de sus familiares. Las obras sociales y los gobiernos locales sólo internan en este tipo de instituciones a personas con problemas sociales, fundamentalmente falta de vivienda y pobreza, tengan o no dependencia. En síntesis, la situación en la materia se asemeja a la que imperaba en los países de la OCDE durante la década de 1980, antes de la reforma de sus sistemas sociosanitarios.

La atención médica geriátrica se propone aumentar los años de vida libres de discapacidad y dependencia. Para alcanzar este objetivo, el sistema debe orientarse a la prevención y evitar la demanda tardía o inoportuna.

2. La programación de servicios integrados para personas mayores frágiles y dependientes

La programación de servicios integrados para personas mayores frágiles y dependientes es una tarea compleja, cuyo abordaje involucra la participación de distintos niveles gubernamentales, del sector privado, del no gubernamental, de las familias, del entorno comunitario y de las mismas personas mayores, objetivo de la referida programación.

Existe actualmente consenso en destacar las ventajas de la permanencia en su vivienda y, por lo tanto en su comunidad, de las personas mayores con dependencia, cualquiera sea el tipo de hogar multigeneracional, unigeneracional o unipersonal en el que residan. Además, hay completo consenso en que no basta con garantizar la sobrevivencia de las personas mayores con discapacidades, es además necesario facilitar su integración social, con el pleno mantenimiento de su dignidad e independencia.

El énfasis puesto en la permanencia de las personas mayores dependientes en sus domicilios no implica desconocer que en algunas circunstancias resulte mejor o más eficiente optar por la residencia en instituciones de larga estadía. El ámbito de vida en las instituciones colectivas se regula actualmente según nuevas orientaciones que garantizan el respeto de los derechos de las personas dependientes a controlar las decisiones sobre su propia vida, a la intimidad y a la privacidad.

2.1. La oferta de servicios integrados para cuidados personales y domésticos basados en la comunidad

El marco conceptual desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el desarrollo de una red de servicios para personas mayores con discapacidad contiene el detalle exhaustivo de las acciones que deben integrarse en una programación destinada a apoyar a quienes viven solos o a los grupos familiares que cuidan a sus parientes mayores frágiles o dependientes. El referido documento clasifica cuatro categorías de programas o políticas:

- El apoyo económico complementario.
- El apoyo ambiental.
- Los programas de apoyo comunitario.
- Los servicios de asistencia domiciliaria y de atención paliativa.

La oferta de los distintos tipos de prestaciones incluye la utilización de las nuevas tecnologías e involucra el esfuerzo del sector privado, de organizaciones no gubernamentales, de los organismos públicos, así como de las familias y de los mismos interesados.

Los servicios integrados para el apoyo a las personas dependientes abarcan un variado conjunto de prestaciones para el cuidado doméstico y personal en domicilio, centros comunitarios de apoyo, viviendas asistidas, hasta las instituciones de larga estadía con oferta de cuidados durante las 24 horas. La variedad y flexibilidad de la oferta permiten la elección según las preferencias, los recursos, y las necesidades individuales.

2.2. El diseño de los servicios de atención médica para personas mayores y dependientes

El impacto del envejecimiento demográfico sobre los costos del sistema de salud es todavía poco conocido. Es sabido que las personas mayores utilizan con más intensidad y frecuencia los servicios de atención médica. Sin embargo, el aumento de los gastos en salud que se registra en todos los países con envejecimiento demográfico se debe, en gran medida, a la creciente utilización de alta tecnología médica antes que a la mayor intensidad de utilización de los servicios generales.

Más allá de las controversias, el envejecimiento de las poblaciones exige a los sistemas de salud transparencia de información para identificar las

prestaciones que alcanzan la mayor efectividad con igual o menor gasto. Asimismo, la comorbilidad y la plurimedición que con frecuencia caracterizan la situación de salud-enfermedad en las edades avanzadas requieren la unificación del criterio médico. Por tal motivo, la fragmentación de la atención es un indicador de mala calidad en el diseño y el funcionamiento del sistema de atención médica geriátrica. Están disponibles actualmente, a bajo costo, herramientas informáticas para la aplicación de la historia clínica unificada, la ventanilla única de acceso, la central telefónica para turnos y la teleasistencia, por citar algunos de los elementos fundamentales e indispensables para la adecuada atención médica de las personas mayores.

La atención médica geriátrica se propone aumentar los años de vida libres de discapacidad y dependencia. Para alcanzar este objetivo, el sistema debe orientarse a la prevención y evitar la demanda tardía o inoportuna. Por este motivo, es imprescindible la progresiva implantación de servicios de atención ambulatoria de base comunitaria, distribuidos en una amplia red de instalaciones que facilite el acceso sin necesidad de utilizar medios de transporte, incluyendo la atención programada en el domicilio para las personas con dependencia persistente.

3. Conclusiones y recomendaciones

Según las proyecciones, más de un millón de personas de 80 años y más vivirán en la Argentina en las próximas décadas. Hasta el momento, el aumento de la proporción de personas de edad extrema está asociado al incremento de la dependencia. Los servicios sociosanitarios no están todavía preparados para la correcta atención de las necesidades de las personas mayores.

Por un lado, las instituciones de larga estadía públicas o de organizaciones sin fines de lucro prestan servicios a personas mayores autoválidas carentes de recursos, pero no ofrecen plazas para las personas dependientes. Una prioridad, entonces, es su reconversión edilicia y funcional para la atención diferenciada de dos tipos de problemas sociosanitarios de distinta índole: a) viviendas con servicios para las personas mayores sin dependencia o con niveles bajos de la misma, carentes de recursos, y b) instituciones de larga estadía con cuidados de 24 horas para personas con dependencia severa.

La adaptación de los servicios sociosanitarios al escenario demográfico de los grandes centros urbanos argentinos requiere esfuerzo de programación pero no demanda importantes costos de inversión.

Por otro lado, el sistema de atención médica público y el de algunas obras sociales masivas posee todavía importantes obstáculos de acceso que perjudican especialmente a las personas de edad extrema. En estos sistemas es imprescindible la implantación de servicios de atención médica geriátrica de base comunitaria, con las características descriptas, para el control de la salud y el desarrollo de los programas de prevención de la discapacidad y la dependencia.

La introducción y la utilización de las tecnologías de información y comunicación (TICs) son ineludibles para la gestión de servicios sociosanitarios dirigidos a las personas mayores. Las TICs no sólo son de fundamental importancia para asegurar la integralidad de las acciones y facilitar la comunicación de los usuarios: también son indispensables para la realización de estudios clínicos que permitan basar los protocolos de atención geriátrica en la evidencia.

La adaptación de los servicios sociosanitarios al escenario demográfico de los grandes centros urbanos argentinos requiere esfuerzo de programación pero no demanda importantes costos de inversión. Existe suficiente evidencia internacional acerca de la enorme satisfacción de las personas mayores y sus familias con esta modalidad de servicios, al mismo tiempo que mediante su implantación disminuyen o se estabilizan los costos de la atención médica aunque aumente la edad de los usuarios.

GENÉTICA, SALUD Y DERECHOS HUMANOS

LOS CONOCIMIENTOS EN EL ÁREA DE LA GENÉTICA TIENEN HOY DOS ÁMBITOS PRINCIPALES DE APLICACIÓN EN NUESTRO PAÍS, LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y LAS INVESTIGACIONES SOBRE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS. ¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS LOGRADOS EN CADA ÁREA?

por VÍCTOR B. PENCHASZADEH*



E

n la primera mitad del siglo XX, cuando aún su desarrollo era rudimentario, la genética adquirió

mala reputación pues en su nombre se cometieron graves violaciones a los derechos humanos, como la discriminación racial, la esterilización forzada a excluidos sociales y portadores de enfermedades genéticas y el genocidio de poblaciones enteras. En la segunda mitad del siglo XX, a la vez que el conocimiento genético se desarrollaba en forma acelerada, la disciplina comenzó a desprenderse de sus concepciones elitistas y conservadoras, ofreciendo una visión más equilibrada del papel de los factores genéticos y ambientales en el desarrollo humano y a la vez más respetuosa de la variedad genética y cultural del hombre. Estos intentos de desprenderse de la mala reputación pasada se están produciendo en dos ámbitos de aplicación de los nuevos conocimientos de la genética: a) la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y b) las investigaciones sobre violaciones a los derechos humanos. A continuación, veremos cómo en el primer campo los resultados aún son inciertos, mientras que en el segundo son definitivamente alentadores.

Las investigaciones sobre el genoma han determinado que este consiste básicamente en una larga cadena de ADN, 3% de la cual lo componen 22.000 a 25.000 genes que instruyen a las células a producir proteínas (ADN codificante), mientras que el 97% restante es no codificante y su función es aún desconocida. La mayor parte del ADN se encuentra en los cromosomas y se hereda de ambos progenitores (ADN nuclear) mientras que una pequeña proporción se encuentra en la mitocondrias (ADN mitocondrial) que se hereda sólo a través de la madre. Los estudios sobre el genoma han demostrado una gran variedad entre los seres humanos, al punto que no existen dos personas con la misma secuencia de ADN (salvo los mellizos idénticos). Esta variedad genómica ocurre en mayor medida en el seno de grupos poblacionales (antes llamados “razas”) que entre poblaciones.

La genética y la salud

Todas las características de las personas (fenotipos) dependen de la interacción de los productos de los genes con el medio ambiente. Las enfermedades genéticas son las que ocurren cuando uno o más genes tienen variaciones que determinan una alteración en la estructura y función de las proteínas que producen. Hoy sabemos que estas variaciones en el genoma provienen de mutaciones (cambios en el ADN) originadas a su vez por factores ambientales (radiaciones, tóxicos, agentes infecciosos), transformando en obsoleta la antigua falsa disyuntiva de “herencia vs. ambiente” en la determinación de las características humanas en general y de las enfermedades en particular. Efectivamente, todas las características humanas (normales y patológicas) son resultado de interacciones continuas, complejas y dialécticas entre la constitución genética y el medio ambiente en que crece y se desarrolla el ser humano. Por lo tanto, todas las enfermedades tienen factores genéticos y ambientales en su causalidad.

Las desviaciones de la salud con influencia genética son de tres tipos. Un primer tipo se debe a exceso o deficiencia total o parcial de material cromosómico, afectan a 1 de cada 200 recién nacidos, no son hereditarias, y se deben a factores ambientales no bien conocidos, siendo más frecuentes en la descendencia de mujeres de edad avanzada (ejemplo: el síndrome de Down). Un segundo tipo está constituido por cerca de 2.500 enfermedades causadas por mutaciones en un gen específico, heredadas de uno o ambos progenitores (ejemplos: albinismo, hemofilias, anemias hereditarias, fibrosis quística del páncreas, algunas formas de retardo mental). Estas enfermedades se llaman monogénicas y si bien individualmente tienen frecuencias

Todas las características humanas (normales y patológicas) son resultado de interacciones continuas, complejas y dialécticas entre la constitución genética y el medio ambiente en que crece y se desarrolla el ser humano.

bajas (de 1 en 1.000 a 1 en 100.000 nacimientos), afectan en conjunto al 1-2% de los recién nacidos. El tercer tipo de enfermedades con alguna influencia genética afecta a la mayoría de la población (cáncer, enfermedades cardiovasculares, ciertas formas de retardo mental y enfermedades mentales, diabetes, epilepsia y muchas otras). Están determinadas por una interacción compleja de factores ambientales diversos, como mala nutrición, exposición a tóxicos, infecciones, y numerosos genes que aumentan la susceptibilidad a reaccionar desfavorablemente a estos factores ambientales, generando enfermedad.

Si bien todavía la genética no puede exhibir logros importantes en el tratamiento de enfermedades, sí se han producido avances significativos en el diagnóstico y parcialmente en la prevención, particularmente de las enfermedades monogénicas. Todas estas se pueden diagnosticar hoy en día en forma certera por análisis de ADN (pruebas genéticas diagnósticas), aunque muchas veces son inaccesibles por su costo y baja disponibilidad. La prevención primaria de las enfermedades genéticas es todavía un objetivo difícil de alcanzar, aunque la fortificación de alimentos con ácido fólico ha

permitido reducir a la mitad la frecuencia de malformaciones del tubo neural (anencefalia y espina bífida). La pesquisa neonatal de algunas pocas enfermedades genéticas y su tratamiento oportuno es un ejemplo de prevención secundaria exitosa. Las limitaciones de la prevención primaria y secundaria, y la complejidad de los pocos tratamientos efectivos, han determinado el auge de la prevención basada en opciones reproductivas, mediante la detección de parejas en riesgo elevado de tener descendencia afectada con alguna enfermedad monogénica, seguida de asesoramiento genético, diagnóstico prenatal voluntario de la afección en cuestión e interrupción de los embarazos afectados a solicitud de la pareja. No se le escapará al lector la complejidad ética y legal de este enfoque en nuestro país, en el que la legislación, a diferencia de los países industrializados, aún no reconoce el derecho de las parejas a decisiones reproductivas para evitar descendencia con enfermedades genéticas.

Los principales obstáculos en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades monogénicas están relacionados con el poco interés del Estado en fortalecer el sistema público de salud y la consiguiente falta de racionalidad y regionalización en la distribución de los servicios, el costo de las tecnologías, los fines de lucro de los seguros de salud que acentúan las inequidades de acceso, y el bajo nivel de capacitación de los profesionales de salud en este campo. Por otra parte, las restricciones legales a la interrupción voluntaria del embarazo por defectos fetales graves dificultan la aplicación de la metodología más difundida en el mundo para la prevención de enfermedades genéticas graves.

Las enfermedades no transmisibles (cáncer, enfermedades cardiovasculares y mentales, obesidad, diabetes, etc.) se presentan actualmente en proporciones epidémicas en todo el mundo y en todas las clases sociales, en algunos países desplazando a las enfermedades infecciosas como principales causas de morbilidad y mortalidad. Si bien para todas ellas existen factores genéticos predisponentes, son los determinantes sociales y ambientales los que explican la actual frecuencia y distribución de estas enfermedades en la población. Su prevención presenta grandes dificultades y está sujeta a un debate entre dos posiciones. Por un lado, están los que plantean que dado el papel preeminente de los determinantes sociales y ambientales en estas enfermedades, se impone un enfoque basado en el

La pasividad del Estado en mitigar el peso de los determinantes sociales con políticas sociales efectivas y fortalecimiento de la promoción y atención de la salud en el sector público, permite al auge de concepciones genéticas reduccionistas y de intereses de la industria.

control de los factores de riesgo a los cuales la mayoría de la población está expuesta: tabaco, sedentarismo, alimentación inadecuada, contaminantes, malas condiciones de vida y trabajo, estrés, etc. En el campo opuesto están los que proponen un enfoque basado en la detección, mediante pruebas de ADN, de individuos con susceptibilidad genética a contraer dichas enfermedades, seguida de medidas preventivas dirigidas a esas personas (medicina “personalizada”). La eficacia del primer enfoque y su costo/beneficio favorable están demostrados. En cambio, el segundo es aún impracticable, pues no existen todavía pruebas genéticas predictivas de enfermedades comunes con validez y utilidad demostradas. Por lo demás, es predecible que su eficacia será baja, pues los genes predisponentes para las enfermedades comunes tienen un efecto individual muy bajo, lo que se traduce en un valor predictivo bajo de las pruebas genéticas de susceptibilidad. En este debate influyen mucho las concepciones reduccionistas (“el genoma explica todo”) y los intereses de las industrias biotecnológicas y farmacéuticas, que lucran promoviendo pruebas genéticas como panacea para la salud, sin demostración de validez y utilidad clínicas.

En la actualidad, la pasividad del Estado en mitigar el peso de los determinantes sociales con políticas sociales efectivas y fortalecimiento de la pro-

moción y atención de la salud en el sector público, permite al auge de concepciones genéticas reduccionistas y de intereses de la industria, lo que lleva inevitablemente al mal uso de recursos escasos, a una mayor inequidad y al fracaso en la prevención de las enfermedades comunes no transmisibles. En este campo, por lo tanto, la genética no está contribuyendo efectivamente a la vigencia del derecho a la salud.

La genética como herramienta para la vigencia de los derechos humanos

Entre marzo de 1976 y diciembre de 1983 gobernó la Argentina la dictadura militar más sangrienta que haya experimentado nunca el país y una de las más sanguinarias del mundo entero. El terrorismo de Estado se caracterizó por una represión ilegal indiscriminada y clandestina, recurriendo al método de desapariciones forzadas, centros clandestinos de detención, torturas sistemáticas y asesinatos en masa. Se calcula que 30.000 personas fueron víctimas de desaparición forzada durante los casi nueve años de dictadura, estimándose que 500 de ellas fueron mujeres embarazadas. Estas eran confinadas en centros clandestinos de detención, torturadas durante el embarazo y asesinadas poco después de dar a luz. Los recién nacidos eran tratados como botín de guerra, robados y luego apropiados por personajes ligados a la represión. Era práctica común la falsificación de certificados de nacimiento, firmados por médicos ligados a la represión, y el registro de estos niños como si fueran hijos naturales de los apropiadores.

En octubre de 1977 un grupo de mujeres que había sufrido la desaparición de hijas y nueras embarazadas fundó la organización Abuelas de Plaza de Mayo, con el objetivo de ubicar y recuperar a sus nietos nacidos en cautiverio. Este grupo increíblemente valiente de mujeres logró juntar en plena dictadura una cantidad muy grande de información de las circunstancias en que fueron secuestrados sus hijos, y datos sobre los nietos cuya identidad y paradero estaban buscando.

Al finalizar la dictadura, el gobierno democrático dio curso a las demandas de las Abuelas para la búsqueda de niños desaparecidos. Los niños se localizaban de maneras muy diversas: relatos de so-

Decenas de casos de niños localizados gracias a datos circunstanciales fueron reportados a la Justicia y las pruebas genéticas ordenadas por los jueces, y cotejadas con la base de datos del Banco Nacional de Datos Genéticos, permitieron precisar su identidad verdadera.

brevivientes de los campos de detención y exterminio, denuncias anónimas, datos circunstanciales, certificados de nacimiento apócrifos, adopciones sospechosas, etc. El problema era cómo determinar la identidad de los niños a medida que se fueran localizando. En los primeros años, la tecnología disponible era la determinación de antígenos eritrocitarios y leucocitarios, y así fue identificada la primera niña en 1984, Paula Logares, que a los 2 años de edad había sido apropiada por un policía en el operativo de secuestro y desaparición de sus padres. En 1987 se creó por ley el Banco Nacional de Datos Genéticos para la identificación genética de casos posibles de niños desaparecidos que eran denunciados a la Justicia. Poco después, el avance del conocimiento sobre el genoma humano permitió el desarrollo de técnicas de identificación de lazos de parentesco basadas en el análisis del ADN. Estas técnicas se basan en la individualidad genética de las personas (salvo los mellizos idénticos, no existen dos personas cuyo genoma tenga exactamente la misma secuencia de ADN) y el hecho de que las variaciones del ADN son transmitidas siguiendo leyes de herencia precisas. Las variaciones genéticas utilizadas para la identificación de personas son tanto del ADN nuclear como mitocondrial y se llaman polimorfismos genéticos. Estos consisten en variaciones en la secuencia de bases del ADN y son el resultado de acumula-

ciones de mutaciones ocurridas a lo largo de miles de años y que se transmiten hereditariamente.

En el caso de los niños apropiados por la dictadura, la desaparición de sus padres complicó los análisis de filiación. Gracias al concurso de genetistas del exterior comprometidos con los derechos humanos, se desarrolló una fórmula probabilística para determinar la probabilidad de parentesco utilizando los marcadores genéticos de los posibles abuelos y otros parientes colaterales, en lugar del de los padres. Así nació el "Índice de Abuelismo", que establece la probabilidad de que un niño determinado sea nieto de un set particular de abuelos. También se utilizan análisis de ADN mitocondrial que, por heredarse por vía materna, es idéntico entre hermanos, su madre, sus tíos y tías maternos, su abuela materna, etc. Una vez obtenidos los perfiles genéticos del niño, se cotejan con los perfiles de los posibles familiares almacenados en el Banco Nacional de Datos Genéticos. Los casos que resultan positivos arrojan probabilidades de inclusión del 99,99%, siendo prácticamente imposible, en cambio, atribuir una filiación cuando esta no existe, dada la especificidad de las pruebas.

Decenas de casos de niños localizados gracias a datos circunstanciales fueron reportados a la Justicia y las pruebas genéticas ordenadas por los jueces, y cotejadas con la base de datos del Banco Nacional de Datos Genéticos, permitieron precisar su identidad verdadera. En la mayoría de los casos, los niños localizados e identificados fueron restituidos a sus familiares biológicos legítimos, generalmente abuelos y/o tíos. Este ha sido un proceso largo y penoso, donde han coexistido actitudes heroicas por parte de abuelos y otros familiares, actitudes escépticas de algunos sectores de la sociedad y el gobierno, posturas aberrantes y perversas de los apropiadores, y conductas éticas por parte de los científicos comprometidos con la defensa de los derechos humanos de los niños, en especial el derecho a su identidad y a ser criado en su familia en un ambiente de amor. Los estudios psicológicos de niños restituidos a sus legítimas familias biológicas demostraron la falsedad de la hipótesis esgrimida por los apropiadores y algunos sectores conservadores de la sociedad, de que conocer la verdad pudiera tener un efecto traumático en los niños, con resultados adversos en su desarrollo psicológico. Por el contrario, estos niños estaban viviendo en una situación de engaño

La determinación de identidad genética y lazos de parentesco ha permitido hasta ahora la identificación y restitución de la identidad a 103 hijos de desaparecidos apropiados en su niñez durante la dictadura militar argentina entre 1976 y 1983.

y perversión, de la cual pudieron salir al recuperar su identidad con ayuda de la Justicia. La mayoría de ellos experimentó una sensación de alivio y de tranquilidad al saber que no habían sido abandonados por sus padres, sino que habían sido víctimas de la represión. La recuperación de sus familias biológicas legítimas les permitió recuperar su identidad y su historia. Muchos de estos niños, hoy jóvenes adultos, son activistas de organizaciones de derechos humanos que buscan mantener la memoria histórica en la Argentina sobre la pasada dictadura, como manera de prevenir la repetición de estos hechos atroces.

Con el pasar de los años, los niños apropiados se fueron transformando en adultos y, por ende, con capacidad para decidir por sí mismos cómo responder cuando la Justicia les requería donar una muestra de ADN para determinar su filiación. Las respuestas efectivamente han variado desde una mayoría que reaccionó positivamente al requerimiento judicial, a algunos que, luego de una oposición inicial, accedieron a las pruebas, y una minoría que se opuso en forma tenaz. La legislación actual, refrendada por el Congreso de la Nación y la Corte Suprema, establece que cuando una presunta víctima de desaparición se niega a consentir en hacerse pruebas de identidad, la Justicia puede recurrir a obtener muestras de ADN provenientes de pertenencias personales. En estas resoluciones ha incidido el hecho de que la desaparición forzada es un delito de lesa humanidad, y que en ellos los Estados tienen la obligación de investigarlos, castigar a los culpables y proveer justicia a las víctimas. Varios casos han sido solucionados de esta manera y con frecuencia los jóvenes identificados recibieron con beneplácito haber recuperado su identidad. En contraste, otros jóvenes que albergaban dudas sobre su identidad verdadera y sospechas de ser hijos de desaparecidos, han recurrido voluntariamente a la Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos solicitando análisis de ADN y cotejo con la base de datos del Banco Nacional de Datos Genéticos.

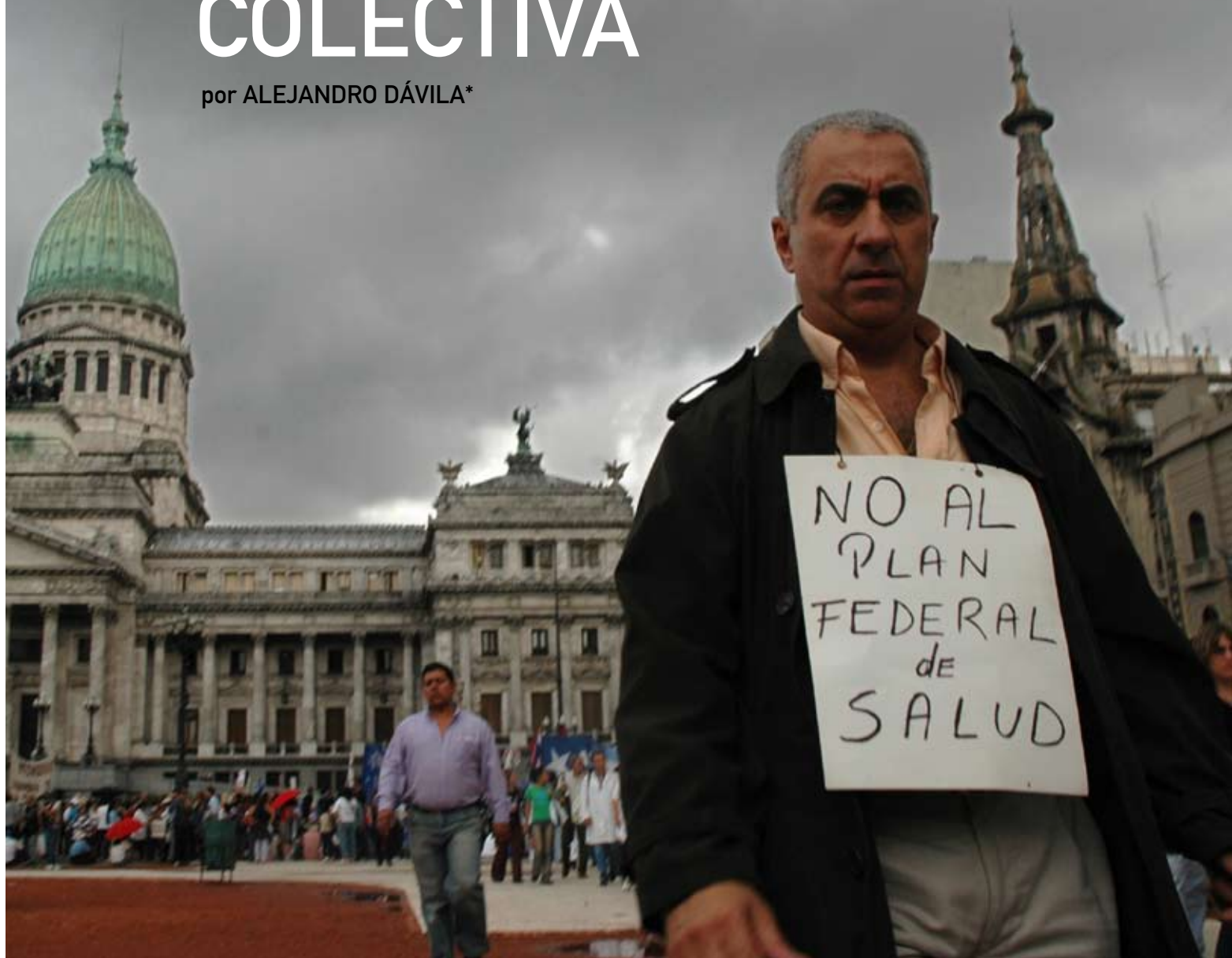
La determinación de identidad genética y lazos de parentesco ha permitido hasta ahora la identificación y restitución de la identidad a 103 hijos de desaparecidos apropiados en su niñez durante la dictadura militar argentina entre 1976 y 1983. Además del valor indudable que significa para

cada uno de los individuos el recuperar su identidad verdadera, esta experiencia está resultando fundamental en el proceso de memoria histórica del terrorismo de Estado y es un aporte esencial en los juicios por crímenes de lesa humanidad que están teniendo lugar en el país. Es oportuno mencionar que en la Argentina la identificación genética también se está llevando a cabo, por el Equipo Argentino de Antropología Forense, en los restos óseos hallados en tumbas NN y fosas comunes de cerca de 800 personas, muy probablemente víctimas de desaparición. En este caso se cotejan los perfiles de ADN extraído de los huesos con el ADN provisto voluntariamente por familiares de desaparecidos.

En conclusión, parece evidente que en este campo la genética se ha “redimido” de su mala reputación pasada al contribuir de manera determinante a la defensa y vigencia de un derecho humano fundamental como es el derecho a la identidad. A la vez, es preciso enfatizar que la identidad de las personas es multifacética y no sólo genética, interviniendo también factores culturales, sociales, históricos y psicológicos, que a veces pueden incluso tener más influencia que el genoma.

LA SALUD BUCAL PARTE DE LA SALUD COLECTIVA

por ALEJANDRO DÁVILA*



LA PARTICIPACIÓN POPULAR Y LA POLÍTICA COMO DETERMINANTE DE CAMBIOS

SÓLO A PARTIR DE LA CAPACIDAD DEL PUEBLO PARA ORGANIZARSE E INTERVENIR EN LA PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y CONTROL DE LAS ACCIONES, SE PODRÁ PENSAR EN UNA SALUD COLECTIVA DE MANERA INTEGRAL. ESE ES EL DESAFÍO.

La participación popular, comunitaria o como se quiera llamar, forma parte de la solución y no del problema y esto se logra incorporando a otros actores, a lo trans-sectorial, no como beneficiarios de nuestras ideas brillantes sino como actores sociales y políticos que deciden junto a nosotros.

Cuando me proponen escribir sobre salud bucal me asalta una pregunta que es casi una queja: ¿por qué un odontólogo debe escribir exclusivamente sobre salud bucal? La respuesta parece obvia.

Me impresiona que en estos temas, como en otros, exista un encasillamiento cultural o de modelo y otro de tipo conceptual referido a la idea de salud.

Nos encuadran (nos encuadramos) en estos temas y, contradictoriamente, aquellos amigos con los que compartimos la difícil tarea de poder aportar a mejorar la salud colectiva de nuestros compatriotas, nos encierran en la boca, nos rodean de dientes, como si en realidad fuese posible abordar sólo este aspecto (buco-dental) excluido de los complejos procesos de salud-enfermedad y atención-asistencia que ocurren en la población.

¿Existe una salud bucal o salud renal o hepática independiente de la salud colectiva e individual de un pueblo, nación o continente? No creo que haya una única respuesta.

Nacimos como una unidad indivisible, parte de la naturaleza, luego separamos, fraccionamos el cuerpo, creamos disciplinas específicas para cada pedacito, encontramos diferentes explicaciones de su funcionamiento, enfermedades y tratamientos según el paradigma de la época... Entonces tal vez la tarea sea nuevamente ¿poder unirlo?

Hay mucho por recorrer en este largo camino de incorporar nuevamente los órganos a las personas que el modelo médico (nosotros como parte de él) ha separado y fragmentado en una búsqueda incesante por alargar nuestras vidas, legitimar algunas disciplinas, fortalecer una que otra corporación y querer “componer-curar” los diferentes “órganos-piezas” descompuestos de esta “máquina” que nunca termina de decirnos que no lo es.

Es decir que estamos frente a una enorme complejidad.

Por un lado un proceso de cambio de paradigma en el sector salud y cambios en las disciplinas que lo integran históricamente, que interpelan el famoso modelo médico hegemónico occidental, y por otro un modelo de atención que a pesar de la interpela-

ción teórico-declamativa de algunos, sigue vigente casi sin cambios, al igual que el modelo de gestión que encierra todo en una especie de círculo enfermante, que reclama desesperadamente más enfermedad, más recursos materiales y más tecnología para alimentar esa máquina.

Toda esta complejidad tiene un actor ausente que es la propia población y sus productos organizativos. El conocimiento popular acumulado en estos temas no está integrado, se niega, pero se va componiendo en lucha.

Si a estas cuestiones generales les sumamos la dimensión política e histórica, terminaríamos de explicar en cierta forma el cuadro de situación. Por lo expuesto podríamos afirmar que desmadejar esta enorme "galleta" no es fácil y más aún sin la participación de los sectores populares con sus diferentes niveles y grados de organización.

La salud bucal (teóricamente protagonista de este artículo) estaría entonces en medio de toda esta cuestión y no dependería de una sola dimensión, de un solo determinante o medida y menos de un programa, campaña, plan o idea magistral que se le ocurra a alguien creído de su iluminación y originalidad.

No digo que no ayuden estos aspectos como para ir modificando el contexto, creando mejores condiciones. Nada más lejos de mi pensamiento que negar su utilidad y necesidad.

Creo que esto de ir encontrando respuestas a los problemas y necesidades de la población (y no a las de los profesionales) desde la práctica y produciendo teoría, conceptos e ideas, me afirma en la convicción de que es desde esos procesos participativos desde donde se interpela al modelo y se van produciendo cambios que también se expresan en las diferentes formas de gestionar. La participación popular, comunitaria o como se quiera llamar, forma parte de la solución y no del problema y esto se logra incorporando a otros actores, a lo transsectorial, no como beneficiarios de nuestras ideas brillantes sino como actores sociales y políticos que deciden junto a nosotros.

De a poco se está haciendo algo en nuestro país, con enormes esfuerzos, dificultad y sacrificios.

Aquí me detengo a incluir una dimensión casi olvidada, casi un desaparecido en el mundo del análisis socio epidemiológico sanitario, que es la política. La política entendida como herramienta de

El neoliberalismo en el sector salud todavía preconiza (así como los economistas insisten con ajustes, recortes de gastos y apertura de mercados) la idea de salud-mercancía: las personas convertidas en clientes y la salud en un bien relacionado a la compra y venta de servicios.

transformación de la realidad en el contexto donde nos toca vivir, trabajar y amar; como variable en la planificación estratégica.

Si a este cuadro de situación le sumamos la fragmentación producida en el sector por las políticas neoliberales (fragmentación de los trabajadores, destrucción del trabajo e introducción de la ideología neoliberal con sus diferentes lógicas hoy enquistadas en la sociedad y en el sector) nos encontramos que es desde la dimensión política por donde se debe empezar a desmadejar este enorme sinsentido que este proceso supo conseguir.

El neoliberalismo en el sector salud todavía preconiza (así como los economistas insisten con ajustes, recortes de gastos y apertura de mercados) la idea de salud-mercancía: las personas converti-

das en clientes y la salud en un bien relacionado a la compra y venta de servicios.

La salud bucal como parte de la salud colectiva debe poder integrarse a aquello de lo que se desprendió y relacionarse a la idea del bienestar humano en su integralidad.

Debemos redefinir el objeto de estudio de las disciplinas de la salud, orientándolo a las personas en su contexto integral como sujetos socio-culturales y no a los órganos sueltos como propósito exclusivo y fundamental de estudio. ¡Qué mejor ejemplo que el de la odontología para describir este concepto!

En este marco, poder dar cuenta de las necesidades de la población y de las disciplinas y gremios, instrumentar programas, acciones y elaborar metas, no es suficiente si no podemos incorporar la dimensión política, la cual impacta en los dientes, en los dentistas y en todos los órganos del cuerpo.

Los odontólogos, como los médicos, psicólogos, farmacéuticos, enfermeras, promotores de salud, agentes sanitarios y vecinos con saberes en salud, necesariamente deberemos seguir en este proceso de búsqueda, en esta construcción política, teórico-práctico-académica, intentando integrar el conocimiento, construyendo saberes y cultura para poder ir encontrando las soluciones que siempre se

La salud bucal como parte de la salud colectiva debe poder integrarse a aquello de lo que se desprendió y relacionarse a la idea del bienestar humano en su integralidad.

piensan y planifican en soledad y que también fracasan en soledad. Encontrar soluciones en conjunto es un desafío.

No hablamos de programar una cirugía dento-maxilar sino esencialmente de los determinantes sociales relacionados con la participación popular o comunitaria en la APS (atención primaria de la salud). Hablamos de promoción, prevención, protección y autocuidado de la salud y no al revés. No decimos que la participación significa beneficiarios de un programa. Manifestamos que la participación popular implica poder intervenir en la planificación, ejecución y control de las acciones. Esto no niega la necesidad de atención o de tratamiento de la enfermedad, pero la idea no es poner el foco en este punto, por la sencilla razón de que venimos realizando tratamientos desde hace más de 100-200-300 años y no se han logrado modificar los perfiles socio-epidemiológicos de la población. No existe relación entre las prácticas diarias de los profesionales y la buena o mala salud bucal colectiva. La práctica habitual y hegemónica del odontólogo no modifica indicadores. La asignación universal y el mejor acceso a la educación indicarían que sí modifican indicadores.

También debemos ser conscientes de que el avance tecnológico sobre el tratamiento de lo enfermo y la profusión de formación profesional al respecto, así como la bibliografía y publicaciones que se realizan, muestran no sólo dónde está puesto el foco de la disciplina sino su propia incapacidad en mantenernos sanos.

Siempre me gustó decir que los implantes de titanio, esos que por ahora resuelven la pérdida de piezas dentales (por supuesto sólo en aquella parte privilegiada de personas que pueden pagarlos), son la demostración más incontestable del propio fracaso en mantener sana a nuestra población, inclusive a los sectores económicamente mejor dotados.

Les pido disculpas a los lectores por si en este artículo no encuentran menciones a tratamientos, estadísticas sobre enfermedad dental (para los que quieren profundizar en cuestiones más específicas de la disciplina, hay artículos escritos en www.asaludbucal.com.ar), proyectos singulares, medidas excepcionales y recomendaciones edulcoradas sobre diferentes cuestiones. Disculpas nuevamente.

Venimos desarrollando experiencias en salud colectiva desde distintos lugares, principalmente desde el Estado (Programa Salud en Movimiento), desde la

Poder dar cuenta de las necesidades de a población y de las disciplinas y gremios, instrumentar programas, acciones y elaborar metas, no es suficiente si no podemos incorporar la dimensión política, la cual impacta en los dientes, en los dentistas y en todos los órganos del cuerpo.

ONG Asociación por la Salud Bucal Colectiva (ASB) y desde diferentes organizaciones sociales y políticas como la Corriente Sanitaria Nacional (CSN) y la Corriente de la Militancia, aportando así a este proceso político que se ha abierto en la Argentina desde el 2003 y que ha mejorado ostensiblemente la calidad de vida de nuestro pueblo y nuestra relativa salud colectiva (incluyo la bucal y la gástrica).

Es indispensable entonces abrir un profundo debate sobre nuestra propia responsabilidad en estos temas. No es suficiente enarbolar la bandera de la tan de moda Atención Primaria de la Salud sino poder llevarla a la práctica de la mano de nuestro pueblo y de sus organizaciones. Digo pueblo y sus organizaciones porque nuestra gente se organiza, nos organizamos, no somos un cuerpo abstracto, promovemos líderes, organizamos espacios, discutimos, peleamos porciones de gobierno: hacemos política.

No encuentro otra forma de cambiar modelos de atención, de gestión y de enseñanza (con sus lógicas de pensamiento, instrumentación y de organización tan instaladas dentro de nuestro modelo hegemónico de salud en crisis) que el de poder sumarse seriamente y con compromiso a estos procesos de cambio. Militar la salud sería en parte una respuesta saludable a estos problemas.

El desafío es enorme si queremos que esto cambie.

La deuda que tenemos con la salud colectiva en la Argentina es grande y en ese contexto la salud bucal es una ficha que no nos animamos a mover todavía con decisión.

Poder devolver la sonrisa a nuestro pueblo es una tarea que ya comenzó hace años con Néstor y Cristina, pero todavía, en los sectores más humildes, no hemos podido reponer los dientes que el neoliberalismo le ha quitado a nuestra gente y tampoco pudimos articular políticas nacionales, provinciales, municipales para poder seguir construyendo el derecho a la salud y poder ir conjurando esta situación. Lo vamos hacer, lo estamos haciendo.

Hace unas semanas, en una convocatoria a profesionales para la construcción de equipos de APS y participación comunitaria territorial, alguien dijo que habría que cambiar radicalmente el modelo, que de este modelo no servía nada. Esa frase me hizo ruido, porque creo que no hay construcción posible desde la nada, la nada no es. Siempre se parte de lo que somos, de lo que fuimos, y este modelo que debemos cambiar somos nosotros también.

No es fácil, no será fácil.

¿Y el artículo sobre salud bucal? Ah, sí... empecemos de nuevo:

Cuando me proponen escribir sobre salud bucal...



MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SALUD CONSTRUIR UNA DEMOCRACIA SALUDABLE

LA INFLUENCIA DE LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN EN LA VIDA COTIDIANA PERMITE QUE A TRAVÉS DE ELLOS SE IMPONGAN MEDICAMENTOS, ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS. LA PROMULGACIÓN DE LA LEY DE MEDIOS ES LA PRINCIPAL HERRAMIENTA PARA REVERTIR ESTE FENÓMENO

por MARCOS A. ORDÓÑEZ¹ y LAURA SAIZ²



(1) *Médico, especialista en Medicina General y Familiar. Director de la Revista Cuadernos para la Emancipación Salud y Educación.*

(2) *Licenciada en Comunicación Social. Productora de contenidos para gráfica y TV. Secretaria de Redacción de la Revista Cuadernos para la Emancipación Salud y Educación.*

La sociedad, la cultura, la economía, la subjetividad colectiva e inevitablemente la salud, se encuentran atravesadas por los medios de comunicación y sus mensajes, en un tiempo que se caracteriza por su ineludible omnipresencia.

En un paralelismo con espíritu didáctico, podríamos decir que los medios masivos de comunicación, por su coherencia discursiva y su presencia instalada permanente e incuestionable, se asemejan al llamado modelo médico hegemónico, con el que comparten claramente estas características. Lo cual no habla de casualidades sino de un preocupante trasfondo que los une y los vuelve funcionales entre sí.

Distintos ejemplos dan cuenta del impacto de los medios sobre la salud pública, pero todos en definitiva nos hablan de un vínculo indisoluble entre los grandes medios de comunicación y el mercado. A través de ellos, se imponen medicamentos, enfermedades, tratamientos, se maneja la opinión pública de las necesidades en salud y hasta se fabrican epidemias. Ejercen de esta manera un efectivo método de control social, generan enormes ganancias y alejan a la población de la salud.

¿Sin remedio?

Si hay algo que la industria de los medicamentos ha logrado instalar en la sociedad en general y en la comunidad médica en particular, es la idea de que todo tiene una respuesta y una solución farmacológica, que todo puede ser mejorado, corregido, disimulado o por lo menos enmascarado, por la mágica química de un fármaco producto del avance de la ciencia y la tecnología. Para este cometido los medios de comunicación funcionan de soporte indispensable de este pensamiento mágico con argumentos “científicos”, que generan los laboratorios y el marketing farmacéutico.

Si hay algo que la industria de los medicamentos ha logrado instalar en la sociedad en general y en la comunidad médica en particular, es la idea de que todo tiene una respuesta y una solución farmacológica.

La publicidad a cada instante y en cada espacio deja mensajes directos, indirectos y subliminales, que incitan de manera permanente al consumo de medicamentos, exagerando beneficios y ocultando consecuencias.

Es así como cotidianamente vivimos entre analgésicos, descongestivos, antiespasmódicos, antiácidos, ansiolíticos, antidepresivos, digestivos, laxantes, jarabes y otros. Se ha logrado medicalizar la vida y la existencia de las personas, adquiriendo esta tendencia un carácter naturalizado.

Como ejemplo de este exceso, recientemente un trabajo de la ANMAT develó que una de cada diez publicidades emitidas por televisión, referidas a medicamentos, presentaba objeciones. Casi siempre por exagerar los resultados del producto o prometer beneficios inmediatos. Una importante cantidad de objeciones en un país como el nuestro, donde las regulaciones a la publicidad y sus mensajes son demasiado tenues.

Alimentar la enfermedad

Si hay una capacidad en los medios de comunicación es la de transmitir cultura e imponer hábitos, costumbres y valores. Elementos fundamentales para generar mercados. Pero en esto de las ganancias a cualquier precio, la salud de los consumidores parece importar poco; es así como la industria de la alimentación ha desarrollado una multiplicidad de productos, energéticamente muy densos, ricos en grasas y en azúcares, carentes de nutrientes, pero de altísima rentabilidad. Estos productos han logrado instalarse a través de la publicidad y el marketing, mediante tácticas sofisticadas que apuntan fundamentalmente a los niños. No sólo por el gasto directo que ellos realizan, sino también por la influencia que generan en las compras y consumos familiares. Además de garantizar una adherencia de por vida a un estilo de consumo y una transmisión generacional de gustos. Negocio más que redondo.

Por otra parte, la cultura dominante ha impuesto como ideal de vida el descanso. La familia en un sillón mirando televisión parece una postal de nuestra época. Todo se promueve para estar más "cómodos" y "seguros". Así, nuestros niños fueron abandonando los espacios del deporte y la recreación colectiva por los juegos virtuales y la TV.

El impacto sanitario es por todos conocido. La obesidad infantil se ha instalado como una preocupante realidad, con toda su potencialidad de generar enfermedad y condicionar el futuro. Producto de esta obesidad, la diabetes tipo II, la hipertensión, el colesterol y los triglicéridos altos han dejado de ser patrimonio de los adultos y hoy aparecen cada vez con más frecuencia entre los niños.

El juego del miedo

Nuestra capacidad de simbolizar, propia de los seres humanos, hace a la comunicación un elemento central de nuestra existencia. Sobre este hecho los medios suelen utilizar sus mensajes para construir representaciones en el colectivo social, anulando su capacidad crítica. Los argentinos somos testigos de la forma en que los medios masivos de comunicación recortan informaciones para crear “realidades” que aparecen después como miradas objetivas de los hechos. Por lo general siempre afines a sus intereses.

En el terreno de la salud el último gran montaje mediático a escala global fue la llamada “pandemia de gripe A”. Un verdadero escándalo donde organismos internacionales de salud como la OMS, laboratorios y medios de comunicación (en alianza estratégica) supieron instalar el pánico a nivel mundial y un escenario dramático de riesgo. Bajo este miedo generalizado se pudo imponer a distintos gobiernos la compra de enormes cantidades de vacunas y antivirales. Después los hechos y las verdaderas cifras pusieron en evidencia esta verdadera estafa montada desde una falacia epidemiológica. Pero el negocio fue un verdadero éxito y lo sigue siendo. En nuestro país esta vacuna se sigue colocando, en algunas provincias casi de manera obligatoria. A pesar de la falta de información concreta de su efectividad, de la ausencia de una epidemia real y de los comprobados riesgos que implica su aplicación. Una vergüenza sanitaria y la muestra concreta de un ensayo global de la mentira.

Ley de Medios y la salud de los contenidos

Frente al panorama desarrollado, hoy tenemos una herramienta fundamental, hasta hace poco impensada por los más osados: la nueva Ley de Medios.

Esta ley puso blanco sobre negro. Hizo visibles a los protagonistas reales de la comunicación, desnudó la hegemonía unidireccional de los mensajes y diagnosticó la falta total de libertad de expresión, condición sine qua non para tener una democracia “saludable”.

Un protagonista esencial fue el pueblo en las calles, haciéndose cargo de un derecho enunciado, poniéndoselo al hombro y defendiéndolo hasta las últimas consecuencias. La actuación del Estado, los profesionales y la gente común fue la combinación explosiva que iluminó una nueva dimensión comunicacional. Cada uno ocupa un lugar con responsabilidades propias.

El camino está iniciado, falta mucho por transitar. Pero en términos de salud, podemos aprender de esta experiencia positiva. La ley fue apropiada por la gente, no sólo fue declamada por políticos y

La publicidad a cada instante y en cada espacio deja mensajes directos, indirectos y subliminales, que incitan de manera permanente al consumo de medicamentos, exagerando beneficios y ocultando consecuencias.

En el terreno de la salud el último gran montaje mediático a escala global fue la llamada “pandemia de gripe A”. Un verdadero escándalo donde organismos internacionales de salud como la OMS, laboratorios y medios de comunicación (en alianza estratégica) supieron instalar el pánico a nivel mundial y un escenario dramático de riesgo.

especialistas. El ejercicio del pensamiento crítico, invitado especial en el debate, es un componente fundamental para cualquier “remedio” que queramos experimentar, en esto de darles salud a la democracia y a la sociedad. Entendiendo remedio como todo lo que nos saca de un estado de malestar, de enfermedad.

El pensamiento crítico es esencial para todo, no sólo para entender cómo se da el juego de poder en los medios masivos de comunicación. El pensamiento crítico es el cristal que nos da la posibilidad de dimensionar en su justa medida a los actores y los intereses reales que los mueven en todos los procesos sociales, en comunicación, en salud, en su encuentro o desencuentro en los medios.

Hoy comenzamos a leer entre líneas, si lo dice Clarín, u otros representantes de los medios monopólicos, sabemos (o ya deberíamos saber) qué intereses representa y podemos tomar partido por uno o por otro, pero con conocimiento de causa, no por ejercicio de una objetividad mentirosa e irreal en el tratamiento de la información. Con respecto a la comunicación en salud, pasa exactamente lo mismo. Si lo dice un laboratorio... lo dice un grupo de poder económico con intereses específicos, generalmente vinculado a la enfermedad y no a la salud.

Desde los medios masivos de comunicación proliferan mensajes en los que circulan libremente, sin ser sometidos al juicio del pensamiento crítico, infinidad de mensajes vinculados a medicamentos, modos de vida, usos y costumbres que van en contra de un estado saludable de la población. Además de la mentira (por ejemplo: que una aspirineta hace el milagro de evitar un infarto, sin hacer referencia a los estilos de vida que lo propician), se instala el consumo de productos, alimenticios y medicamentos, a partir del mecanismo de generar ilusiones y falsas expectativas.

Ahora bien, los medios emergentes, orientados en la nueva ley, que deberían ofrecer una construc-

Desde los medios masivos de comunicación proliferan mensajes en los que circulan libremente, sin ser sometidos al juicio del pensamiento crítico, infinidad de mensajes vinculados a medicamentos, modos de vida, usos y costumbres que van en contra de un estado saludable de la población.

ción de sentido diferente, contrahegemónico, siguen repitiendo, en términos generales, los mismos conceptos referenciados en el modelo médico hegemónico, conceptos que están lejos de los valores vinculados a una concepción integral de la salud.

Los comunicadores bien intencionados aún no tienen identificada la “fuente” en la cual abrevar un conocimiento sanitario diferente al hegemónico. Así de internalizado está el modelo, no se visualiza como hegemónico, sólo es único, incuestionable.

Tal vez sea porque no nos hemos dado un debate popular sobre la salud en las dimensiones necesarias que nos trasciendan como especialistas, que hagan visible por lo menos la contradicción y la existencia de por lo menos dos modelos. Mucho menos hemos debatido cómo comunicar esto.

Los medios masivos de comunicación son una herramienta fundamental, casi es innecesario demostrar esta afirmación, pero si para prueba basta un botón, tengamos en cuenta cómo se han modificado los hábitos alimentarios gracias, o desgracias, a la publicidad.

Ese valor, esa capacidad puede y debe estar orientada a la salud.

Para ello debemos ser conscientes de que el poder a vencer es más grande que el del Grupo Clarín, por peso propio y porque aún no se ha hecho visible, porque los profesionales muchas veces no lo ven y no se han organizado colectivamente para denunciarlo y, fundamentalmente, porque aún no tiene carnadura popular.

Los desafíos en comunicación y salud

Los desafíos son múltiples. Proponemos algunos que consideramos fundamentales, como un ensayo para el debate.

Generar contenidos saludables que rompan el modelo médico hegemónico con el mismo razonamiento que rompemos el modelo comunicacional hegemónico: con sentido crítico, desentrañando cada concepto, develando de dónde viene, cuáles son sus intereses, a quiénes beneficia.

Socializar el desafío con debate de todos los actores: construir una comunicación saludable es una responsabilidad que debemos plantearnos como sociedad.

Generar un marco legal que controle con firmeza la veracidad y pertinencia de la comunicación publicitaria de alimentos, fármacos o sustancias cuyo consumo impacta en la salud de la población.

Nuevos escenarios

Hoy tenemos un problema menos, al menos eso parecería, tenemos medios públicos permeables a la construcción de sentido desde lo popular, con identidad propia. Hay objetivos explícitos en la ley que estimulan una comunicación que proyecte valores que impulsen la inclusión social, la federalización.

El derecho a la comunicación, como una realidad palpable y no como una entelequia discursiva, es una herramienta fundamental para construir democracia saludable.

¿Desde dónde asumimos ejercer el derecho a una comunicación saludable? ¿Cómo gestionamos estos espacios en el nuevo escenario? ¿Cuál es el rol que deben asumir los médicos y los comunicadores? ¿Cómo articular proyectos sanitarios y comunicacionales? Son algunas de las preguntas que debemos empezar a contestar.

La decisión política de asumir la búsqueda de respuestas, más la discusión colectiva que generemos en ese camino, son el comienzo de una posible solución.



por
HORACIO BARRI

*Médico Diplomado
en Salud Pública.
Presidente del
Movimiento por un
Sistema Integral de
Salud (MOSIS)**

REFLEXIONES EN TORNO A UNA POLÍTICA RACIONAL DE MEDICAMENTOS

LA DIFERENCIA ENTRE REMEDIO Y
MEDICAMENTO, UNA CLASIFICACIÓN DE ESTOS
ÚLTIMOS, SU USO RACIONAL Y LA INDELEGABLE
PRESENCIA DEL ESTADO COMO REGULADOR.

De remedios y medicamentos

Afirmaba Spinoza que el hombre en nada piensa menos que en la muerte, y que sentirse parte del todo, Dios o Naturaleza, provoca una alegría infinita. El hombre actual cree por el contrario haber sido creado a imagen y semejanza de Dios y que por lo tanto no sólo está por arriba de la naturaleza sino además que el “Padre eterno” lo estará esperando para colocarlo a su diestra. Contradictoriamente, en nada piensa más que en la muerte y en sus miedos o pasiones tristes, según la definición del filósofo –sobre todo en determinadas circunstancias y situaciones de la vida– y trata de alejarlas con lo que tenga a mano, en general con lo que, en esta sociedad, le dice y afirma el mercado que cumple ese rol: el medicamento.

Sería interesante pensar qué rol tiene en esta contradicción una de esas pasiones tristes: la esperanza pasiva, mezcla de miedo e incerteza.

Como en algunas situaciones, y sumado a otras medidas, efectivamente el medicamento colabora en el cumplimiento de ese objetivo, la pregunta correcta se posterga indefinidamente. Como aferrados a un tronquito en alta mar preferimos creer que la costa está allí nomás y no admitimos la verdad, sobre todo porque eso nos obligaría a pensar, a ejercer el pensamiento crítico, a dejar la comodidad de la falsa certidumbre y embarcarnos en la maravillosa pero angustiosa aventura de la duda.

A lo largo de los tiempos y con una visión más integral de la naturaleza, de la vida, el hombre buscó remedios a sus males, entendiendo por tales a todo lo que previene, mejora o cura a aquellos y

Cuestiones como alimentación, abrigo, trabajo, educación, vivienda, libertad, etc., son condiciones fundamentales de vida digna y por lo tanto de salud.

así aprendió que son muchos y de variada naturaleza: por ejemplo el tiempo –lo que tardan las propias defensas o recursos del organismo en resolver afecciones del cuerpo o del alma, que en definitiva son la misma cosa en aquella mirada total–.

El hablar y ser escuchado, lo que los griegos denominarían catarsis; escuchar a otros, lo que el aprendizaje cotidiano enseñó a la sabiduría popular y es transmitido de generación en generación, o el simple hecho de sentirse acompañado, contenido. Abandonar hábitos nocivos –entendiendo por estos una variada gama, no sólo los más divulgados sino también no hacer lo que se desea o siente por convenciones sociales–.

Dietas, caminatas, ejercicios, hierbas que aporta el conocimiento popular, junto a kinesioterapias, cirugías, psicoterapias y tantos más son eficaces remedios, como lo confirman a diarios miles y miles de ejemplos, y lo fundamental es que no sólo previenen y mejoran sino que también curan muchas veces en forma definitiva. Además aportan sobre todo autonomía y cambios de formas de vida, con los que la gente se siente enormemente mejor.

A todos estos ejemplos de recursos a los que se puede apelar en variadas circunstancias se les suman los remedios básicos, los estructurales, los que tienen que ver con las condiciones y medio ambiente de vida y trabajo de las personas, donde están la mayoría de las causas de los padecimientos, que no son “destinos, problemas que aparecen sin razones”. Así, cuestiones como alimentación, abrigo, trabajo, educación, vivienda, libertad, etc., son condiciones fundamentales de vida digna y por lo tanto de salud.

Por ello es que la apropiación del término remedios por parte de los medicamentos es un proceso contemporáneo muy rápido e injusto, pues mientras los primeros vienen acompañando la historia del hombre desde el comienzo, el medicamento en las condiciones actuales tiene sólo algunas décadas.

¿De qué hablamos?

El medicamento es una sustancia o droga que según la dosis en que se lo utilice puede ser veneno/enfermedad o mejoría/curación y que al igual que los otros remedios no estructurales lo es sólo para circunstancias, situaciones o padecimientos específicos y además debe ser correctamente indicado.

Se los divide en seis grupos desde el punto de vista de su eficacia: 1) Los esenciales que son los que tienen eficacia terapéutica y más beneficios que riesgos; 2) los de eficacia no comprobada, o sea inútiles; 3) los de eficacia dudosa; 4) las combinaciones irracionales de drogas; 5) los similares más caros, y 6) los de perfil de riesgo inaceptable.

Esta situación es grave, pues además los que sirven (grupo 1) no son más de un tercio de los que se recetan, venden y compran; son útiles si además son bien recetados y están al alcance de la población. El grupo 2 habla de inutilidad, gasto innecesario, dependencia de algo que –en el mejor de los casos– es un placebo y en otros puede generar trastornos. El grupo 3 nos muestra que se incorporan al mercado drogas sin saber fehacientemente sus efectos positivos y negativos. El 4 implica que por razones económicas o de marketing se combinan drogas que pueden antagonizar sus efectos entre sí. El 5 habla de un gasto innecesario que podría dedicarse a cuestiones sanitarias más importantes. Y el 6 se trata de medicamentos cuyos efectos pueden ser riesgosos para la salud humana, dado que además existen otros que no tienen dichos efectos para las mismas patologías.

Este panorama descrito por la OMS demuestra que los roles de los Estados se cumplen muy poco, que el mercado impone y manipula los medios masivos y especializados de desinformación y que la población tiene razones y sinrazones para creer lo que le dicen, que será necesario comprender.

Lo que estamos analizando saca de la centralidad el tema costos, desmesurados e irracionales, tanto que según la experiencia de una farmacéutica cordobesa que tiene una farmacia en España, allá el mismo medicamento vale hasta 7 veces menos que en la Argentina. Esto demuestra que en la Unión Europea, al menos en este tema, los Estados cumplen mejor su rol, quizá por la información más completa que maneja su población.

Razones para alimentar el mito

Una de las razones para creer en los beneficios de los medicamentos que mencionábamos más arriba es el de los logros de los medicamentos esenciales que, bien indicados, corresponden a los aspectos positivos de la ciencia y que el lego traslada automáticamente a los otros.

Otra corresponde indudablemente al fetichismo de la mercancía.

Una tercera es la necesidad de creer en algo, que quizás explique que el placebo (simula ser un medicamento pero tiene sólo sustancias inocuas), en un importante número de casos, también cura –por mecanismos que aún ignoramos– como ocurre en las investigaciones de fármacos vs. placebos.

El mito siempre presente de la panacea en el inconsciente colectivo como algo que curará todos los males.

El miedo a las enfermedades, la vejez y la muerte.

La creencia en el progreso como una naturalización, que apoyado en la ciencia siempre remediará todos los males. Esta utopía acompañó el nacimiento de la clase obrera organizada, que aceptaba las enfermedades sin preguntarse por su origen sino pidiendo rápida reparación con tal de no caer del aparato productivo. Así, el progreso que acompañaría a la industrialización, “per se” arreglaría todos los males y convertiría a la sociedad en más justa y solidaria; sus hijos tendrían el futuro asegurado. Era la época de “mi hijo el doctor”, en donde nace la concepción del modelo médico hegemónico, o sea la concepción que tiene la inmensa mayoría de que la enfermedad es unicausal, biológica, asocial, ahistórica, asistencialista y lucrativa.

Un problema complejo

Quizá sea el momento de, para explicarnos mejor, dar un ejemplo contundente de lo que venimos diciendo con las demostraciones que produjo un estudio sobre la enfermedad más estudiada epidemiológicamente a lo largo del tiempo: la tuberculosis. Cuando productores de los fármacos que la trataban presentaron un estudio de su impacto sobre el comportamiento de la enfermedad se vio que, desde el uso de aquellos, el descenso de la morbi-mortalidad había sido muy categórico. ¿Era realmente así? Se buscaron otros estudios de las

estadísticas anteriores a ese período y allí se comprobó que el descenso venía de muchas décadas atrás, precisamente de cuando habían comenzado a mejorar las condiciones y el medio ambiente de vida de las poblaciones, lo que modificó totalmente las conclusiones que se habían extraído antes.

Por todas estas razones es que al medicamento le corresponde un tratamiento polifacético pero integrado. Los “rostros” a contemplar y modificar si queremos que sea un bien social son políticos, económicos, financieros, científicos, de soberanía, estatales, de cultura de las poblaciones, de enseñanza, de socialización de los conocimientos, de producción pública, de ley de genéricos, etcétera. Este último tema, el de los genéricos, ha ocupado

La apropiación del término remedios por parte de los medicamentos es un proceso contemporáneo muy rápido e injusto, pues mientras los primeros vienen acompañando la historia del hombre desde el comienzo, el medicamento en las condiciones actuales tiene sólo algunas décadas.

El medicamento es una sustancia o droga que según la dosis en que se lo utilice puede ser veneno/ enfermedad o mejoría/curación y que al igual que los otros remedios no estructurales lo es sólo para circunstancias, situaciones o padecimientos específicos y además debe ser correctamente indicado.

las planas de los diarios como un logro, sin embargo no se trata de medicamentos genéricos sino de “copias” con nombre genérico (de droga), que es otra cosa, pues no hay una Ley de Genéricos en nuestra república.

Los medicamentos en este sentido se dividen en cuatro grupos: a) los originales, que corresponden a quién los descubrió; b) las licencias, que es la compra de la patente por otro laboratorio; c) las copias que hacen otras empresas, que pueden ser idénticas o no, y d) los genéricos, que deben ser garantizados por el Estado respectivo como idénticos al original y a los que se les haya vencido la patente. Los genéricos en los países centrales ocupan el importante rol de ser controladores de precios, pues con adecuado rol del Estado compiten de igual a igual con las marcas comerciales.

El panorama sucinto que esbozamos deja por fuera cuestiones que es difícil imaginar, por ejemplo la “creación” de enfermedades, fenómeno también llamado “medicamentos en búsqueda de enfermedades”. Por ejemplo: a una droga aparentemente antidepressiva y no suficientemente estudiada la propagandizaron como “la droga de la felicidad” y sólo se paró con esta mentira cuando provocó mucho daño. A otra que está catalogada en la peligrosa categoría de perfil de riesgo inaceptable y en la que colaboró en su investigación para un laboratorio internacional una facultad de Córdoba, fue presentada en un canal de televisión universitario como que curaba los traumas psíquicos, entre otros efectos “mágicos”.

Ampliar el espectro de consumidores, sueño eterno de la industria, exige manipular la información. Entre otros ejemplos podemos citar que a los normotensos se les llama ahora pre-hipertensos; las cifras de valores en sangre considerados normales suelen ser bajadas para garantizar muchos millones de nuevos usuarios.

No se insiste lo suficiente, en cambio, con medidas que hacen a rutinas diarias y provocan efectos notables como el caminar algunos kilómetros por día.

Algunas buenas noticias

Desde Carrillo y Oñativia, como nombres paradigmáticos del intento de crear soberanía en estos temas, que no asistíamos en nuestro país a signos prometedores de recuperación del rol del Estado como garante de equidad entre los otros dos actores: comunidad y mercado. Ellos son la Ley de Prepagas y la Ley de Producción Pública de Medicamentos, que por lo visto hasta el momento deben ser acompañadas de muchísimos instrumentos legales más, en el amplio abanico de temas complementarios analizados.

También fue un buen signo la reciente reunión en Cancillería convocada por el Consejo Consultivo de la Sociedad Civil sobre el Uso Racional de Medicamentos, que fuera conducida por uno de los máximos expertos en estos temas: el doctor Gianni Tognoni, quien además de esta especialidad es un luchador por los derechos humanos como secretario general del Tribunal Permanente de los Pueblos. Allí se debatió sobre propuestas para presentar a los

Estados del Mercosur y Unasur en pos de políticas conjuntas sobre uso racional, producción pública y derecho a la salud.

También lo es el saludable debate que comienza, y que es necesario apoyar, entre la propuesta del Banco Mundial de un Seguro Universal Obligatorio (dice alguien que sabe de estas cosas que cuando se escucha la palabra “seguro”, seguro que hay negocio) y un Sistema Integral de Salud que apoyan sanitarios de todo el país, muchos de ellos comprometidos con la mayoría de las medidas asumidas por el gobierno nacional actual.

Desafíos

Retomando el tema específico, vemos que su complejidad se expresa en esta paradoja: el medicamento esencial indicado correctamente por un profesional previene, mejora y/o cura, o sea que salva vidas o las mejora, mientras que en otras situaciones que no son pocas, agrava los problemas y puede incluso provocar la muerte. Además, impide la autonomía a la que llevan los otros remedios, en muchas situaciones.

O sea, la relación con los medicamentos expresa los modos de entender la salud por parte de los Estados, de las poblaciones y de los individuos; hace a la cultura de los pueblos. Una pregunta simple a la esposa del embajador de Vietnam en la Argentina de hace unos años, sobre qué le impactaba o le había llamado más la atención con respecto a los argentinos, tuvo una respuesta asombrosa: “Me llama la atención cómo les interesa consumir medicamentos. En mi país no es así, sólo lo toman si se los indica un médico cuando lo considera necesario”.

La solución para su uso racional depende de todos los sectores, del diálogo entre trabajadores de la salud con la comunidad mediado por el Estado. Con esto queremos decir que cambiar la conducta actual pasa por reconocer estas cuestiones que venimos hablando y reconocer que el conocimiento que se tiene de los medicamentos es necesariamente parcial. Por ejemplo un muy buen médico puede conocer e indicar bien unos 20 o 25 medicamentos del total de 400 que son más o menos los esenciales: imagínense la confusión que provoca para el conocimiento profe-

sional que sean algunos miles los que están autorizados a circular, comprarse y venderse en el mercado argentino. Es allí donde se visualiza la necesidad de la presencia fuerte del Estado en la regulación y control, para que no sea la propaganda de los laboratorios la que incida en la prescripción médica.

Hace unos años en Córdoba, un profesor de farmacología clínica catalán, coautor de uno de los más importantes estudios publicados sobre epidemiología del medicamento, les preguntó a sus colegas argentinos, todos profesores de farmacología de las principales universidades del país: “¿Cuántos medicamentos conocen a la perfección, incluso molecularmente?”. Ante el silencio, agregó: “¿Alguno de los aquí presentes conoce más de tres?”.

Esto le hace bien a la humildad médica, reconocer los límites y aprender que el conocimiento es la suma de conocimientos individuales a partir de la experiencia, pero para ello debe funcionar en red, con socialización de los mismos.

Nuevamente se impone reconocer que tenemos que tener antes que nada las preguntas correctas, las que brotan de reconocer nuestras incertidumbres y llevan a investigar ¿qué nos pasa?, ¿por qué? o ¿a causa de qué? junto a las poblaciones, para actuar sobre las causas y medir el impacto de nuestras acciones. Esto es la esencia de la Epidemiología Comunitaria.

Actualmente se actúa buscando medidas reparatorias, remediando, emparchando, y cuando es así quienes se benefician con este planteo que antepone respuestas antes que preguntas, en general son los que las producen en una sociedad como la predominante a nivel mundial, que privilegia las mercancías sobre las personas.

() Miembro fundador del Grupo Argentino por el Uso Racional del Medicamento (GAPURMED). Prof. Fac. Medicina - UNC. Ex Secretario de Salud de la Ciudad de Córdoba*

LA PRODUCCIÓN ESTATAL DE MEDICAMENTOS EN LA ARGENTINA

LA PRODUCCIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS ES UN ÁREA ESTRATÉGICA DE LA SALUD. CÓMO FUE SU DESARROLLO EN NUESTRO PAÍS, EN QUÉ SITUACIÓN SE ENCUENTRA HOY, Y CUÁLES SON LOS CAMINOS A SEGUIR.

por
**MARTÍN A.
ISTURIZ**

*Investigador
Superior del
CONICET**



(*) Jefe de Inmunología Básica del Instituto de Investigaciones Hematológicas, Academia Nacional de Medicina.

Si partimos del concepto básico de que la salud es un derecho, el medicamento deja de ser una mercancía para constituirse en un bien social y, en consecuencia, su accesibilidad por todos los habitantes de nuestro país debe estar garantizada por el Estado.

En un marco de esas características la Producción Pública de Medicamentos (PPM) es, sin lugar a dudas, un área estratégica en salud, y es lo que intentaré fundamentar en este artículo.

Las políticas nacionales de los últimos cuarenta años relacionadas con el abastecimiento de medicamentos a la población –cuando las hubo– para resolver necesidades sociales se llevaron a cabo, fundamentalmente, a través de la compra de los mismos, no de la producción. Un ejemplo de ello, en los últimos años, se expresa en el programa Remediar, un plan implementado a partir de octubre de 2002 hasta la fecha (actualmente denominado Remediar + Redes), y pensado para abastecer a 15 millones de personas en estado de desamparo y sin cobertura social.

Las empresas farmacéuticas locales, como en todo el mundo, no forman sus precios sobre una estructura de costos sino que se rigen por valores de mercado.

Así, el Remediar se pudo implementar en los primeros cuatro años (2002-2006) con fondos provenientes de un préstamo del BID por 140 millones de dólares, más 90 millones de dólares aportados por el Estado nacional. Más allá de las críticas que se le hicieron oportunamente, sobre todo desde el punto de vista operativo, desde lo conceptual el plan Remediar fue importante para resolver la coyuntura de la crisis iniciada en el año 2001. De esa manera, se cubrió la necesidad de medicamentos de amplias franjas sociales recurriendo a la compra de medicamentos a través de una acción asistencialista rápida.

Por otra parte, la compra de medicamentos a través del Remediar fue un aliciente económico a las empresas farmacéuticas, que venían con caída de ventas por la crisis de fines de la década de los '90. Sin embargo, para que la cobertura en medicamentos fuera sustentable en el tiempo, activar la PPM era una decisión paralela e insoslayable que debería haberse tomado por parte del Estado, para no perder de vista que el abastecimiento a través de la compra era un hecho circunstancial. Si bien se insinuaron algunas medidas en ese sentido, como veremos más adelante, luego de algunas vacilaciones, finalmente desde el Estado se persistió en la compra, que es la política actual.

Los funcionarios que han alentado o promovido la compra de medicamentos por licitación para atender necesidades sociales, suelen fundamentar su posición en que esa propuesta impulsa el desarrollo de la industria farmacéutica privada local y que, complementada con otras medidas como la prescripción por nombre genérico, o eventuales acuerdos de precios con los laboratorios, forman o constituyen un proyecto razonable y adecuado.

Obviamente, estas medidas contaron con el beneplácito implícito de las cámaras que reúnen a las empresas farmacéuticas, hoy ya estabilizadas por la recuperación del mercado interno, a lo que debe sumarse los alrededor de 700 millones de dólares anuales facturados por exportaciones (año 2009).

Por otra parte, los laboratorios de capitales argentinos nucleados mayoritariamente en la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA) y en la Cámara Empresaria de la Laboratorios Farmacéuticos (Cooperala), consideran que el Estado debe intervenir sólo en la regulación de su actividad pero sin entrar en el terreno

Los laboratorios privados no producen medicamentos de reconocida acción terapéutica, aunque de escasa rentabilidad, como los denominados “huérfanos”, que se utilizan en el tratamiento del mal de Chagas, la hidatidosis o la tuberculosis.

de la producción pública, a la que consideran con escasos recursos tecnológicos, o que no reúnen las condiciones establecidas por el organismo regulador a nivel nacional, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), entre otras cosas.

Sin embargo, y más allá de eventuales intereses sectoriales, la implementación de políticas públicas en medicamentos basadas esencialmente en la compra de los mismos, difícilmente pueda ser sustentable en el tiempo, por diferentes razones. Más aún, eso significa tener una mirada corta del problema, no una concepción estratégica.

En principio porque las empresas farmacéuticas locales, como en todo el mundo, no forman sus precios sobre una estructura de costos sino que se rigen por valores de mercado, espacio en el cual la industria farmacéutica, altamente oligopólica o monopólica, tiende a prácticas colusivas y no de competencia, en donde la cartelización de precios es moneda corriente.

Tampoco se tiene en cuenta la alta extranjerización actual de la economía argentina que, eventualmente, podría concluir en que una pujante industria nacional pasara a manos de multinacionales del sector, hecho frecuente en el rubro farmacéutico y que, de ocurrir, como país quedaríamos totalmente desguarnecidos y en un marco en donde el gasto en medicamentos se podría incrementar

a niveles impredecibles. Además, en nuestro país, a pesar de tener un mercado interno de 4.350 millones de dólares, el sector tiene una balanza comercial desfavorable actual de 1.300 millones de dólares, en donde las importaciones de principios activos crecieron 60 por ciento entre 2003 y 2010, mientras que los medicamentos lo hicieron un 229 por ciento, como lo afirmó recientemente la ministra de Industria, Débora Giorgi.

Por otra parte, los laboratorios privados no producen medicamentos de reconocida acción terapéutica, aunque de escasa rentabilidad, como los denominados “huérfanos”, que se utilizan en el tratamiento del mal de Chagas, la hidatidosis o la tuberculosis, por mencionar algunos casos. Obviamente, su objetivo no es priorizar la función social de los mismos, sino obtener la máxima ganancia en el menor tiempo posible. Entonces, optan por otros nichos más redituables, o por la exportación. Así, debido a los vientos favorables en sus exportaciones, hoy están dejando de licitar para el plan Remediar, espacio que viene siendo ocupado por empresas de origen indio y peruano, muchas veces ligadas a multinacionales del sector.

Esa concepción de abastecer de medicamentos para resolver necesidades sociales a través de la compra tampoco tiene en cuenta que los medicamentos, vacunas e insumos médicos son un área particular cuya dinámica necesita de investigación y desarrollo permanente. Sin embargo, en el amplio espectro de alrededor de 150 laboratorios farmacéuticos privados de capitales argentinos, salvo en 3 o 4 de ellos, no se hace investigación ni desarrollo. Y los que lo hacen es, obviamente, en temas muy acotados a sus líneas terapéuticas. Pero la gran mayoría de ellos sólo compran materia prima a granel, manufacturan copias y comercializan. Estas políticas, a largo plazo, son letales tanto para el sector de producción pública como para el privado, porque no se plantean intentar cerrar el círculo que va desde la producción de principios activos hasta el medicamento.

Entonces, establecer políticas públicas de abastecimiento de medicamentos para planes sociales direccionadas sobre el eje de la compra, las vuelve muy vulnerables al significativo poder de las grandes empresas farmacéuticas y a los avatares de una economía de “mercado”.

Una alternativa real a las políticas de compra de medicamentos consiste en la utilización de la capacidad instalada existente en el sector público y que se expresa en los laboratorios de PPM que hay en nuestro país.

Estos laboratorios surgieron en distintas épocas y lugares como una consecuencia de bajos presupuestos para adquirir medicamentos. Por esa razón son de distinta complejidad y diferentes potencialidades, debido a que se crearon para resolver problemáticas de distinta envergadura localizadas en el ámbito nacional, en el provincial o el municipal.

Hoy en el país contamos con 39 laboratorios de PPM que se localizan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en 12 provincias (Córdoba, San Luis, Buenos Aires, Santa Fe, Formosa, Misiones, La Pampa, Río Negro, Tucumán, Corrientes, Chaco y Mendoza).

Partiendo de la base de que los laboratorios de PPM debían tener un mayor protagonismo en salud, en septiembre de 2007 se formó una Red Nacional de Laboratorios de PPM (RELAP), constituida por alrededor de 25 laboratorios públicos y en donde el INTI (Instituto Nacional de Tecnología Industrial) actuaba como soporte tecnológico en alrededor de 30 rubros como control de calidad, modernización tecnológica, actualización de procesos industriales, control de materias primas y análisis de costos, calibración de equipos, por mencionar algunos.

Ese proyecto que, obviamente, contaba con el aval de los laboratorios públicos, tenía entre sus principales promotores a la Dirección Nacional de Programas y Proyectos Especiales de la entonces Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva (SeCyT), el INTI y la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Además, contaba con el apoyo político de la Multisectorial por la PPM, un colectivo constituido por 67 organizaciones de distinto origen (político, social, gremial, académico, científico, tecnológico).

Ese proyecto, fundamentado y construido desde una base racional, que además contemplaba la vinculación con universidades nacionales y organismos de CyT como instrumentos para articular producción de medicamentos con investigación y desarrollo en áreas en las que se considerara necesario, fue

tomado orgánicamente por el Ministerio de Salud para implementar su “Programa para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas, y Productos Médicos” (Resol. 286/2008).

Este programa tuvo un despegue prometedor a mediados de 2008 (gestión de la ministra Ocaña), en donde ante una solicitud del Ministerio de Salud de la Nación para el programa Remediar, cuatro laboratorios públicos (LIF de Santa Fe, LEM de Rosario, Laboratorios Puntanos de San Luis y Laformed de Formosa) produjeron 40 millones de comprimidos en cinco especialidades medicinales diferentes, hecho que hablaba de la versatilidad y de la capacidad potencial de los mismos.

Sin embargo, esto fue fugaz y ese programa del Ministerio de Salud, inexplicablemente, fue desactivado de hecho a mediados de 2009 por parte de otras autoridades del Ministerio de Salud de la Nación (gestión del ministro Manzur), sin ninguna causa que lo justificara.

En sus considerandos, ese programa del Ministerio de Salud consideraba estratégica la PPM. Pero a pesar de las normativas tan claras y precisas de esa resolución 286/2008, como mencionamos anteriormente, las conductas fueron erráticas cuando no opuestas. En efecto, el programa se activó y se desactivó, llamativamente, durante la gestión de gobierno de la Dra. Cristina Fernández de Kirchner.

Ante la desidia o desinterés por parte del Ministerio de Salud de la Nación de continuar con el programa, hoy es fundamental que los laboratorios de PPM, en la medida en que sus jurisdicciones los habiliten, se fortalezcan a través de intercambio de medicamentos entre provincias, o del abastecimiento a aquellas regiones en donde no hay laboratorios de PPM. Porque hay normativas de la ANMAT que permiten hacer esto y, por suerte, algo está sucediendo a través de la firma de convenios interprovinciales.

Así, en algunas provincias, como por ejemplo San Luis y Río Negro, la PPM ha alcanzado niveles significativos de abastecimiento a través de sus laboratorios públicos, Laboratorios Puntanos y Prozome, respectivamente.

Pero quizás el caso más paradigmático de valorización de la PPM como un instrumento fundamental en salud se observa en la provincia de Santa

Hoy es fundamental que los laboratorios de PPM, en la medida en que sus jurisdicciones los habiliten, se fortalezcan a través de intercambio de medicamentos entre provincias, o del abastecimiento a aquellas regiones en donde no hay laboratorios de PPM.

Fe, en donde ha habido una clara visión estratégica acerca del tema, y en donde la PPM reviste las características de una política de Estado, obviamente a nivel provincial. Estas políticas se apoyan, esencialmente, en dos laboratorios: el LIF (Laboratorios de Industria Farmacéutica, de la ciudad de Santa Fe), y el LEM (Laboratorios de Especialidades Medicinales, de la ciudad de Rosario) que, juntos, proveen el 94% de las unidades farmacológicas para atención primaria de la salud y producen el 66% de las unidades farmacológicas totales que consume el sistema público de la provincia de Santa Fe.

Sintetizando, consideramos que frente a la necesidad social del acceso a los medicamentos, hay dos alternativas:

- 1) Abastecer de medicamentos a hospitales, centros de salud, dispensarios, etc., a través de la compra.
- 2) Abastecerse recurriendo a los laboratorios de PPM.

Para analizar esta disyuntiva, veamos las consecuencias inmediatas que surgirían de tomar una, u otra decisión.

Las consecuencias de priorizar la compra son:

No utilizar la capacidad instalada existente. No hacer desarrollos nacionales ni regionales. Seguir en la dependencia interna o externa. No tener un instrumento para establecer precios testigo sobre la base de costos. No hacer investigación ni desarrollos, entre otras cosas.

Por otra parte, abastecerse a través de la PPM implica:

Utilizar la capacidad instalada de los 39 laboratorios de PPM que hay en el país y del INTI como soporte tecnológico. Resolver el problema de los medicamentos “huérfanos”. Utilizar el conocimiento para hacer investigación y desarrollo a través de convenios con universidades y organismos de ciencia y tecnología, para hacer síntesis de principios activos, producción de proteínas de uso terapéutico por ingeniería genética, etc. Hacer estudios de biodisponibilidad, bioequivalencia, farmacovigilancia. Centralizar las compras para obtener mejores precios en insumos y coordinación en la producción nacional sin que los laboratorios dejen de atender necesidades regionales. Generar un instrumento formidable (la PPM) para la negocia-

ción y para establecer precios testigo sobre la base de estructuras de costos y no de “mercado”.

Además, como los laboratorios públicos están radicados en 12 provincias y la CABA, el desarrollo de un proyecto nacional de PPM implicaría potentes desarrollos regionales, entre otras virtudes.

Por otro lado, la PPM es, esencialmente, un proyecto de carácter integral e interdisciplinario que, obviamente, necesita del aporte de distintas ramas del conocimiento (medicina, química, ingenierías, biología, bioquímica, tecnología, etc.). En consecuencia, la activación de un proyecto con estas características tendría un fuerte impacto sobre el sector científico-tecnológico, hoy llamativamente aislado de las problemáticas nacionales y poco útil.

Así, la articulación de proyectos de los laboratorios de PPM con universidades u organismos de CyT conduciría a resolver, o atenuar, el problema de la fragmentación institucional del sector científico-tecnológico, a expandir a un sector que podría absorber recursos humanos calificados y nos daría soberanía tecnológica en el sector, todos ellos problemas estructurales que es necesario corregir para generar un verdadero sistema de ciencia y tecnología, que hoy no tenemos.

En conclusión, partiendo de la base de la utilización social del conocimiento (en este caso para la PPM), podríamos resolver problemáticas propias, generar inclusión social y expandir el área tecnológica sobre bases genuinas, aspectos fundamentales para empezar a construir soberanía en salud así como en ciencia y tecnología.



ACERCA DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD



LA NECESIDAD DE CAMBIO Y ACTUALIZACIÓN EN LOS PROCESOS DE FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN SALUD. LAS EXPERIENCIAS DE BRASIL Y CUBA, Y LA SITUACIÓN EN LA ARGENTINA.

por **MÓNICA C. ABRAMZÓN** *Socióloga (UBA), Especialista en Planificación de Recursos Humanos en Salud (FIOCRUZ, Brasil). Investigadora del IIGG - FSoc - UBA.*

El contexto

El sector salud ha experimentado en las últimas décadas profundas transformaciones derivadas de los cambios en los contextos socioeconómicos y políticos, en los perfiles epidemiológicos, en los patrones de ejercicio profesional, en la inserción profesional en el mercado laboral y en la organización de los servicios y prácticas de salud.

La magnitud y velocidad de las transformaciones plantean de modo imperioso la necesidad de pensar cambios profundos, tanto en los contenidos y estructuras curriculares como en las estrategias pedagógicas del sistema de educación superior, para poder atender las nuevas demandas que el contexto instala.

Estos cambios impostergables en los procesos de formación de los profesionales en salud deben considerar tanto el impacto que han producido las políticas económicas sobre la estructura social en su conjunto, y sobre las instituciones formadoras en particular, como las consecuencias que los procesos de reforma del Estado y del propio sector salud han tenido sobre la gestión de los servicios, la aplicación de los avances tecnológicos, los modos de contratación del trabajo, los nuevos escenarios de práctica, las formas previsibles del modelo de atención que se consolida y, fundamentalmente, sobre las necesidades sociales.

Las universidades, por su naturaleza, tienen limitaciones para procesar los cambios al ritmo que los desarrollos científico-tecnológicos imponen y las necesidades de las sociedades en que están insertas requieren. El contexto profundiza las dificultades. En casi todos los casos, existe consenso en el diagnóstico pero resulta muy difícil encontrar el camino para superar el trance. Aun cuando a nivel del discurso no aparecen hoy voces que discutan la validez de los ejes en los que se deben centrar los cambios que se requieren, pareciera que al momento de concretar las acciones necesarias existen problemas para ejecutarlas y sostenerlas de modo integral.

A partir de los análisis de las características y problemas comunes de las instituciones formadoras de la región de las Américas, realizados por sus especialistas en la segunda mitad de los '80, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) planteó en el documento de posicionamiento en la Conferencia Mundial de Educación Médica, celebrada en Edimburgo en 1993, la necesidad de que las instituciones formadoras en salud asumieran un nuevo contrato social que legitime su razón de ser frente a la sociedad.

Desde entonces, esta inquietud se ha evidenciado en numerosas instituciones que, con suerte diversa, han buscado alternativas, elaborado propuestas de cambio y desarrollado variadas iniciativas, involucrando a diferentes actores que se proponían desarrollar modelos de formación con enfoque de atención primaria de la salud.

Existen algunas experiencias en distintos países de América latina que intentan instalar esta perspectiva y que encuentran dificultades para consolidarse y evolucionar al ritmo deseado. En la Argentina se registran unas pocas iniciativas que sufren las mismas vicisitudes.

Algunas experiencias en América latina

Entre las numerosas iniciativas que se registran en América latina, destacamos las de dos países, Cuba y Brasil, por enmarcarse en una política de Estado que se orienta a formar a los profesionales que respondan al perfil requerido por su modelo de atención.

Desde la década de 1960 Cuba ha organizado en torno de la atención primaria el modelo de atención de su sistema de salud. En la de 1980 inició la formación de profesionales con perfil general. Estos profesionales, tanto mientras se formaban como al egresar, tenían responsabilidades crecientes en relación con una población que les era asignada a su cuidado.

En 2003 se produjo una diversificación importante de los escenarios de aprendizaje descentralizando el proceso en otros espacios, fundamentalmente en los centros de salud (policlínicos en la denominación de ese país), siendo los alumnos tutoriados por los profesionales del centro. Se concreta entonces una articulación significativa entre educación y trabajo, a partir de asumir que se aprende haciendo, con supervisión docente y con

mucho apoyo de las redes de comunicación virtual que facilitan la búsqueda de información y consulta.

Una vasta bibliografía registra la amplia discusión para la transformación de la escuela médica que ha desarrollado Brasil. Uno de los hitos de ese proceso se produjo en 1991, cuando la Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), como modo de enfrentar la “ola evaluadora” que amenazaba inundar el campo de la formación, impulsó la constitución de una entidad multiinstitucional de evaluación de la educación médica que, más allá del mayor o menor logro de sus objetivos específicos, promovió el debate y una revisión a fondo de los programas de formación y sus lineamientos entre todas las escuelas del sistema de educación superior.

A partir de la instalación del programa “Saúde da Família” como la política que define el modelo de atención, el Ministerio de Salud, que por una disposición constitucional tiene injerencia junto con el Ministerio de Educación en los planes de formación de profesionales, desplegó una serie de programas y estrategias para apoyar los procesos de cambio orientados a la formación de los perfiles que esa política demandaba en el marco del Sistema Único de Salud.

Entre ellos se destaca el Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), un programa de apoyo a los cambios curriculares en la formación de grado creado en 2005 y que en este momento alberga a más de 300 facultades de las distintas categorías profesionales en salud. La perspectiva que encauza este programa es que los procesos de reorientación de la formación avancen simultáneamente en tres ejes: teórico, pedagógico y escenarios de aprendizaje, a fin de lograr instituciones formadoras integradas a los servicios públicos de salud que puedan dar respuesta a las necesidades reales de la población, tanto en lo relativo a la formación de recursos humanos como a la producción de conocimiento y a la prestación de servicios. Muchas de estas escuelas o facultades se encuentran en etapas avanzadas de sus procesos de cambio.

Mientras en todo el mundo se considera hoy que la distancia entre el ámbito académico y el de los servicios de salud es una de las causas de la crisis del sector, esta iniciativa se propone disminuir esa brecha con una fuerte articulación entre la formación de grado y las necesidades de la atención primaria.

La situación en la Argentina

En la actualidad existen en nuestro país más de 200 instituciones universitarias en las que se forma personal de salud. Sin embargo, a pesar de la multiplicación de escuelas y programas, públicos y privados, el debate en torno del modelo de formación no se ha dado. Con algunas excepciones, variantes y especificidades, en líneas generales los programas resultan reproductores de las formas tradicionales. Los planes de estudio permanecen sobrecargados de contenidos reiterados, organizados en torno de asignaturas fragmentadas, teóricas, con enseñanza intramural y hospitalar, sin vinculación con criterios epidemiológicos ni articulación con las condiciones de salud de la población y sus determinantes.

De este modo, las carreras tienen entre seis y ocho años de duración teórica, durante los cuales los estudiantes desempeñan un rol pasivo, limitado a incorporar el conocimiento que sus profesores han procesado y seleccionado, no siempre por su relevancia y a menudo por interés personal, siendo llevados a una especialización precoz orientada no siempre por criterios académicos.

Los planes de estudio permanecen sobrecargados de contenidos reiterados, organizados en torno de asignaturas fragmentadas, teóricas, con enseñanza intramural y hospitalar, sin vinculación con criterios epidemiológicos ni articulación con las condiciones de salud de la población y sus determinantes.

Existen algunas pocas iniciativas que intentan salirse de este formato. Mencionaremos sólo las dos que más conocemos. La primera de ellas es la de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, creada en 1920, que está avanzando desde hace unos años en una transformación curricular con eje en un nuevo modelo educativo centrado en el estudiante, integrado, con aprendizaje basado en problemas y con evaluación formativa.

¿Por qué resulta tan difícil producir cambios en las carreras, sobre todo en las de medicina? ¿Cuál es el verdadero origen de las dificultades últimas? ¿Se ha dado un debate profundo en torno de la orientación y significado de esos cambios? ¿Qué actores participaron?

Las estrategias que se propone para concretarlo incluyen la redefinición de los espacios de aprendizaje y de los recursos educacionales. El proceso de formulación del nuevo modelo fue desarrollado con la participación de los actores involucrados: autoridades, docentes, estudiantes y, como nota destacada, responsables de los servicios y funcionarios del gobierno local. El nuevo plan de estudios se implantó en el año 2002 y desde entonces ha experimentado diversas modificaciones y ajustes resultantes de los cambios de la gestión institucional que dificultan la consolidación de la propuesta.

La otra iniciativa es la que desarrolla la carrera de medicina de la Universidad Nacional del Sur. Allí, la situación tiene características muy especiales porque se trata de la creación de una escuela de medicina en una universidad nacional creada hace 55 años, con un desarrollo importante de disciplinas básicas, en una ciudad, Bahía Blanca, que cuenta con una red de infraestructura sanitaria basada en hospitales y centros de salud de dependencia municipal y provincial. La propuesta de creación de la carrera fue impulsada por la asociación gremial médica y apoyada por la comunidad local. El proyecto pedagógico tiene como características principales estar centrado en el estudiante, basado en problemas, con aprendizaje en pequeños grupos, evaluación formativa y con base en las necesidades de la comunidad. Esta iniciativa, que comenzó a ser pensada en 1989, fue elaborada durante más de una década, involucrando a diferentes actores y formando docentes, ha enfrentado muchas vicisitudes y recién ha tenido en 2011 los egresados de la primera cohorte.

En este punto nos interesa plantear algunas preguntas: ¿por qué resulta tan difícil producir cambios en las carreras, sobre todo en las de medicina? ¿Cuál es el verdadero origen de las dificultades últimas? ¿Se ha dado un debate profundo en torno de la orientación y significado de esos cambios? ¿Qué actores participaron?

En la búsqueda de las respuestas que nos permitan aclarar estas cuestiones, encontramos que actualmente existen suficientes elementos que nos permiten afirmar que en la base de estas dificultades se encuentra el tipo de inserción institucional del proyecto, la mayor o menor habilidad de

sus líderes para articular las alianzas necesarias, la experiencia acumulada en la institución en materia de innovaciones en los procesos de enseñanza y aprendizaje, la capacidad para crear estrategias alternativas que articulen los procesos de reflexión con las propuestas metodológicas conceptuales y los escenarios de aprendizaje y, fundamentalmente, el ámbito en el que las discusiones se producen.

No podemos dejar de señalar, aunque por razones de espacio no los desarrollaremos, dos aspectos que entendemos suman tensiones a este campo: por un lado, el papel retardatorio de los cambios que juegan las culturas institucionales que, como mecanismo de defensa ante las innovaciones pedagógicas y el cambio tecnológico, se encierran en sí mismas para no alterar las relaciones de poder al interior de la institución; por el otro, la presión del mercado de servicios y el poder corporativo de las distintas profesiones que interactúan con las instituciones formadoras en la defensa de sus intereses particulares.

La bibliografía sobre el tema ha demostrado que aquellas experiencias que resultaron más exitosas fueron las que mejor lograron articular los objetivos académicos con las necesidades de los servicios de salud y de la comunidad en la que están insertos, luego de un debate amplio con todos los actores involucrados y en el marco de una política de Estado.

Pero sacar la discusión del espacio de las instituciones formadoras no es suficiente. Se requiere simultáneamente replantear los ejes del proceso educativo. A lo largo de las últimas décadas se ha reconocido el potencial educativo de la situación de trabajo, que fortalece no sólo la formación del personal de salud sino también el desarrollo de los servicios de salud en los que dicho proceso se inserta.

Por ello, resulta inevitable la aproximación de los procesos de formación al mundo de las prácticas, en los propios contextos de la acción. De este modo, cada una de las situaciones que a diario deben enfrentar los profesionales en el ejercicio de su práctica se convierten en instancias de reflexión y valoración del proceso de trabajo en el que esas prácticas ocurren.

El debate sobre las características de la formación de recursos humanos en la Argentina plantea una agenda amplia y poco abordada. A la escasa información sobre variables clave en el campo, se agrega la falta de discusión sobre el tipo de profesional requerido para desempeñarse en el sistema de

salud en concordancia con el modelo de atención.

Sostener hoy que se puede seguir formando profesionales para desempeñarse en servicios especializados de alta complejidad cuando se ha demostrado hasta el hartazgo que el 85 por ciento de los problemas que deberán enfrentar los profesionales en su práctica cotidiana en los hospitales, los centros de salud u otros espacios de inserción laboral son los derivados de las condiciones de vida (desnutrición, patologías respiratorias, contaminación ambiental, estrés laboral, entre otros), es desconocer las necesidades de la comunidad y la importancia de diversificar los escenarios de aprendizaje a otros espacios de atención socialmente relevantes.

Hasta aquí hemos planteado algunas cuestiones relacionadas con la formación de grado. A fin de completar la revisión del panorama, quisiéramos dedicar un breve espacio a comentar dos aspectos articulados: la formación de posgrado y el proceso de especialización.

En líneas generales, la formación de posgrado está instalada hoy en todos nuestros países como la instancia imprescindible que permite a los profesionales la adquisición de una especialidad que facilita o mejora sus condiciones de inserción en el mercado de trabajo. Para las instituciones que brindan esta formación –residencia, universidades, colegios o asociaciones profesionales– constituye una fuente de recursos. En el caso de las residencias, los profesionales que allí se forman constituyen recursos de bajo costo sobre los que se sostiene la mayor parte de la atención de salud que prestan esas unidades. Para las otras instituciones, la realización de estas actividades representa una fuente efectiva de ingresos y un antecedente importante para su reconocimiento en el campo de la acreditación de instituciones y certificación de profesionales.

La experiencia acumulada y el contexto presente sugieren hoy la necesidad de pensar la educación de posgrado como una instancia continua o permanente de actualización de contenidos y revisión del quehacer cotidiano en los espacios en que esa práctica tiene lugar. Existe consenso respecto de que los procesos de educación articulados en el trabajo, al incorporar los conocimientos y prácticas requeridos para atender problemas reales, no sólo enriquecen al profesional al posibilitarle la transformación de su práctica sino que facilitan los cambios en esos servicios, asegurando la pertinencia de las prácticas y la calidad de las prestaciones.

En cuanto a los procesos de especialización, y como respuesta al desarrollo científico y tecnológico y a las oportunidades de mercado que esos avances abren, se observa la multiplicación de especialidades y subespecialidades sin que ello asegure mejores condiciones de atención de las necesidades de la población.

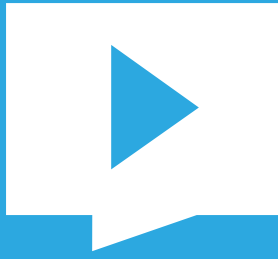
En la Argentina este proceso adquiere características preocupantes, ya que no existen criterios homogéneos respecto de los programas de formación, las instancias de acreditación y recertificación de especialistas son múltiples, los campos de ejercicio profesional no están claramente delimitados ni existen adecuados mecanismos para el control efectivo de ese ejercicio.

Mencionamos estos dos últimos aspectos, posgrado y especialización, sólo para sugerir que es necesaria su revisión y que debiera producirse en el marco de la reformulación integral del modelo de formación que se plantea.

Discutir los ejes del proceso de formación de profesionales de salud en el marco de una política de recursos humanos, componente estratégico de una política de Estado en salud, permitiría promover la reflexión sobre las tensiones existentes en los planes actuales de formación de profesionales que operan como obstáculo a las transformaciones y establecer en qué medida el modelo de formación vigente reproduce el modelo de práctica independientemente de los lineamientos de la política de salud.

Sin lugar a dudas este es el mayor desafío que, en nuestra opinión, debieran encarar las instituciones formadoras que se encuentran en una posición privilegiada para asumir la responsabilidad de promover este debate. En particular, las universidades públicas, por su naturaleza, tienen la posibilidad y la obligación de analizar, despojadas de prejuicios o intereses mezquinos, cuáles debieran ser los nuevos ejes en torno de los que debiera estructurarse en el siglo XXI el nuevo paradigma de formación de los profesionales en salud que permita atender mejor las necesidades sociales.

() Coordinadora Académica del Curso Virtual “Formación de Formadores de Médicos con enfoque de APS”, Campus Virtual de Salud Pública, OPS, WDC. Ex Secretaria de Planificación UBA.*



reportajes audiovisuales

EN ESTA NUEVA EDICIÓN DE VOCES EN EL FÉNIX DEDICADA AL TEMA DE LA SALUD, REALIZAMOS UNA SERIE DE REPORTAJES AUDIOVISUALES DE EXPERIENCIAS QUE, SI BIEN TIENEN COMO COMÚN DENOMINADOR EL TEMA DE LA SALUD COLECTIVA, SON BASTANTE DISTINTAS ENTRE SÍ.

Por un lado, entrevistamos a tres jóvenes que forman parte de Cooperanza, un colectivo que trabaja con internos del Hospital Borda y que se define en la búsqueda de una alternativa a la manicomialización.

El segundo reportaje es a una médica pediatra neonatóloga que es la jefa del Servicio de Neonatología del Hospital Paroissien de La Matanza, quien nos cuenta las vicisitudes de su trabajo cotidiano en el hospital provincial más grande de Buenos Aires.

Por último, una entrevista a un estudiante de la carrera de Medicina de la UBA que, junto con un grupo de médicos y bioquímicos comprometidos con su disciplina, dan vida a un Centro Comunitario de Promoción de la Salud en uno de los barrios más pobres del sur de la ciudad de Buenos Aires.

Esperamos puedan disfrutar de estos reportajes, y nos volvemos a encontrar en la próxima edición de Voces en el Fénix.



COOPERANZA

Hospital José T. Borda

Desde hace 25 años Cooperanza, un colectivo social autogestivo, viene trabajando sin reconocimiento oficial por parte de las autoridades del Hospital J.T. Borda con los internos cronificados de la institución.

Estos jóvenes, que se reúnen todos los sábados, conforman un espacio de intervención que cuestiona e intenta romper la relación existente y naturalizada entre pobreza y locura, reparando la vincularidad de personas que están internadas desde hace 30 o 40 años, y que llegaron a este presente, en muchos casos, a causa de procesos judiciales o por el solo hecho de encontrarse en situación de calle.

Además, procuran transformar la lógica de exclusión y estigmatización de la locura que propone el sistema de encierro, en una propuesta creativa e inclusiva.

En esta entrevista, tres integrantes del colectivo nos cuentan cómo a partir de herramientas artísticas y lúdicas generan nuevas formas de expresión en los internos que permiten establecer nuevos vínculos. Cooperanza es una alternativa al modelo manicomial (que propone encierro y marginalidad como respuesta a los padeceres psíquicos) que parte de la concepción de que la salud mental es sólo una parte de la salud, y que el objetivo es integrar una salud colectiva, porque la única manera de curarnos es con el otro.





ALCIRA ESCANDAR

Hospital Diego Paroissien - La Matanza

El Hospital Diego Paroissien de La Matanza es el hospital provincial más grande de la provincia de Buenos Aires. Es un hospital general, es decir, contiene todas las especialidades para tratar a las personas desde su nacimiento hasta la vejez. En él se atiende mayoritariamente una población sin cobertura médica, proveniente de los sectores medios pobres y pobres del conurbano bonaerense.



Hasta allí fuimos y entrevistamos a la doctora Alcira Escandar, jefa del Servicio de Neonatología del hospital, con quien dialogamos acerca de su trabajo y de los impactos de la implementación de políticas estatales, principalmente la asignación universal por hijo, que permite reconstruir el hábito de ir al hospital y hacer controles a los chicos, y la asignación a la mujer a partir del tercer mes de embarazo, que facilita la detección temprana de problemas en la gestación.

Tras recorrer las instalaciones y ver el funcionamiento cotidiano, nos fuimos con la fuerte impresión de que los pacientes son los verdaderos dueños de los hospitales, y que ante la enfermedad, los profesionales de la salud en su conjunto tienen que estar a su disposición.



JOSÉ GAZPIO

Centro comunitario de promoción de la salud - Barrio Rivadavia

En el sur de la ciudad de Buenos Aires nos encontramos con una experiencia innovadora. En el Barrio Rivadavia, pegado a la Villa 1-11-14, funciona un Centro Comunitario de Promoción de la Salud que abre sus puertas los sábados de 10 a 14. Allí, médicos, bioquímicos, estudiantes de medicina y vecinos trabajan de manera conjunta para construir una práctica de salud colectiva.

Rompiendo con la lógica de las instituciones de salud que esperan que la gente se acerque, los integrantes de este centro comunitario salen al barrio con una mirada integral de la salud que implica mejorar las condiciones de vida, contando para ello con agua potable, cloacas, trabajo digno, e incorporando como elemento central prácticas culturales diversas y alternativas. De esta manera se construye día a día un centro que intenta resolver los problemas de atención primaria y ser, al mismo tiempo, una puerta de acceso al sistema de salud, dejando de lado la idea mercantilista de que la atención primaria es sólo para los pobres o para abaratar costos, y haciendo hincapié en que el principal problema de la atención en salud no es monetario sino ideológico, es decir, definir al servicio de quién está el sistema de salud.



vocesenelfenix.com