

XXIII CONGRESO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

"El saber y hacer comprometido del trabajo social para el desarrollo local "un proyecto ético – político"

6, 7, 8 de Octubre de 2005. San Salvador de Jujuy. Jujuy. Argentina

EJE TEMATICO: DERECHOS HUMANOS Y CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA.

RESUMEN

TITULO: *Política pública sanitaria nacional: Nuevos parias urbanos o ejercicio de la ciudadanía? Desigualdad y exclusión en el acceso a prácticas médicas de alta complejidad y costo en Argentina.*

AUTORAS: *Lic. Michelli Virginia, Lic. López Susan

INSTITUCION: UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA . Escuela Superior de Trabajo Social. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Cátedra de Medicina Social. Docente Titular. Dr. José Carlos Escudero.

RESUMEN:

Introducción:

El sistema de salud argentino es uno de los más fragmentados del mundo. Se caracteriza por presentar una conformación tripartita: público, seguridad social y privado. Desde mediados de los años '70, el rasgo distintivo que ha caracterizado a la política de salud nacional ha sido el avanzar en la transferencia del sistema de salud a cada provincia. El proceso de reforma en el sector acentuado durante la década de los '90, aumentó la desigualdad por cada jurisdicción provincial

Desarrollo:

Este trabajo discute los criterios en la distribución de recursos en materia de política sanitaria y la desigualdad en el acceso a la salud. Interpela el concepto de ética en el desarrollo de programas de alto costo en salud y de bajo impacto epidemiológico. También aborda la desigualdad y la exclusión social existente entre los diferentes estados provinciales, ligado a un dispar desarrollo tecnológico en la oferta de servicios públicos para la práctica trasplantológica, entre otros tratamientos de alta complejidad en salud.

Conclusiones:

El nivel básico de cobertura a cargo de la salud pública, no es uniforme para toda la población, depende de diferentes criterios en políticas provinciales y municipales. Esto afecta seriamente la equidad en materia social. Personas que enferman en provincias pobres, tienen menos posibilidades de acceder a la salud. Entonces, desarrollan redes comunitarias de sostén, y se movilizan a centros de atención público de otras provincias que garanticen la atención. Sin embargo, distintos mecanismos sobre los que funciona el sistema, inhibe el ejercicio real del derecho a la salud, transformando al sujeto en un paria urbano en su propio país. Para los trabajadores sociales todos, pero especialmente de los equipos de salud, organismos oficiales provinciales y nacionales abrimos un espacio de reflexión y la necesidad indemorable de elaboración de propuestas de intervención en el marco de proyectos societarios que articulen la dimensión ética y política.

DATOS DE LAS AUTORAS:

Lic. Michelli Virginia * (Expositora)

Licenciada en Trabajo Social UNLP. Maestrande en Ciencias Sociales y Salud. Cedes/Flacso.

Docente Universitaria. Ayudante. Cátedra de Medicina Social. ESTS. UNLP.

Comisión de Prensa del Colegio de Asistentes y/o Trabajadores Sociales. Distrito La Plata. Pcia de Bs.As

Trabajadora Social del Area Social de UTMO (Unidad de Trasplante de Médula Osea) CUCAIBA.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Correo electrónico: michelliv@yahoo.com TEL.Particular: (0221)4823900

Lic. López, Susan

Lic.en Sociología UBA. Docente Universitaria.JTP. Cátedra de Medicina Social. ESTS. UNLP.

Especialización en Ciencias Sociales. Mención: Ciencias Políticas. FLACSO. 2002

Especialización en Ciencias Sociales. Mención: Salud.CEDES-FLACSO-2001

Correo electrónico: lsusan@infovia.com.ar

TEL.Particular: (011)4343-6790

*La investigación entre los otros, normalmente nos lleva a un texto.
Después hace el objeto también de diversos relatos:
conversaciones entre colegas, conferencias.
Pero una investigación, es también para el que la
conduce (como para ellos que son su objeto), un trozo de vida
que, por esa misma razón, podrá dar lugar a conferencias,
anécdotas, relatos más personales... Este relato no es
simplemente la relación de acontecimientos pasados: se proyecta
en el porvenir, envuelve el presente con recuerdos cercanos y
esperas inmediatas y busca para decirse, la escucha del otro, el
también productor de relatos.
Mac Augé. La vida como relato.*

Los retazos de historias de los sujetos de la intervención profesional:¹

Juan de 24 años, padece leucemia mieloide crónica. Le diagnosticaron la enfermedad en octubre del 2003 en un hospital de una provincia del noroeste argentino. Recibió tratamiento de quimioterapia, aunque por la dispar entrega de medicamentos, el mismo no pudo realizarse en forma efectiva. La indicación de un medicamento (GLIVEC), lo llevó a hacer un trámite que duró alrededor de un año. Respondiéndole que la provincia carece de fondos para la compra de esa medicación. Según manifiesta en su relato, similar situación estaban viviendo 6 pacientes más. En el mismo hospital, el equipo mencionó la posibilidad de un trasplante de médula ósea.

Una vez más solicitó una derivación interprovincial. Como respuesta recibió que la provincia no tenía recursos, y que llevaría alrededor de un año o dos...

Ante esta situación y ante el riesgo que en la espera se le fuera la vida, juntó unos pesos con la ayuda de su familia de origen y otros miembros de su comunidad. Viajó con lo puesto junto a su esposa e hija de 1 año y medio, a alojarse en la casa del único hermano en la provincia de Buenos Aires, cercana al centro tratante. En una zona de quintas, el hermano habita junto a su numerosa familia, una vivienda de construcción precaria, sin servicios. Único ingreso que proviene del mantenimiento de parques.

En el Centro tratante, le informan que existía la posibilidad de trasplante alogénico si hubiera hermano compatible, para lo cual debían realizarse estudios de histocompatibilidad sus seis hermanos.

Para la provincia de Buenos Aires, el programa de Trasplante de Órganos, Juan no reunía los requisitos legales² contemplados en la reglamentación del Ente Fondo para Trasplante de Órganos (EFTO) para acceder al programa de subsidios para trasplantes, que le brindará cobertura de medicamentos y estudios médicos durante todas las etapas del tratamiento (pre - trasplante, trasplante y post trasplante). Sólo lo podía "incluir", mediante la derivación interprovincial. Igual situación se planteó ante la solicitud ante organismos de jurisdicción nacional para solicitar cobertura de pasajes, alimentación adecuada, vestimenta, etc.

El Banco de Drogas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, lo incluyó dentro su programa para otorgarle la medicación para la quimioterapia previa al trasplante.

Tanto la Casa de Provincia como el Hospital derivante ante el planteo de la situación respondieron que "no eran responsables de que el paciente se haya venido por su cuenta". Que había que hacer un informe "in situ" con el paciente en el lugar de origen y, que de todas maneras, el Servicio Social sólo tenía un tarjeta de \$ 10 pesos por semana para hablar. Y si enviaba el informe, se le iba a gastar toda.

Graciela, de 38 años, tiene 6 hijos y 2 nietos, entre 18 y 7 meses de edad. Oriunda de la localidad de Santa Fé. Todos a cargo de ella, intentan subsistir con un plan de \$150 del Programa Nacional de Empleo y Capacitación Laboral, y changas que realizan sus hijos de mayor edad.

Recibió tratamiento de quimioterapia en el hospital de su localidad de origen. En plena inundación en el año 2003, fue derivada a través del Ministerio de Desarrollo Social de Nación, interviniendo la Casa de la Provincia, para trasplante de médula ósea alogénico al Hospital Rossi de La Plata.

¹ Estas historias fueron extraídas de los registros profesionales de la autora en la Unidad de Trasplante de Médula Ósea de CUCAIBA – Hospital Rossi de La Plata. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Los nombres son ficticios para resguardar la confidencialidad de la información.

² El Decreto 3309/92 del Ente para el Financiamiento de Trasplante de Órganos (EFTO), en el Art.3 inc.2, de la Reglamentación, expresa: "Serán beneficiarios de la ayuda los ciudadanos argentinos por nacimiento o con carta de ciudadanía en legal forma y que tengan en su domicilio real en la Provincia con una anticipación no menor a los dos años de la fecha de su solicitud"

Su familia fue evacuada. Graciela fue trasplantada de médula ósea y permaneció en la localidad de La Plata durante seis meses aproximadamente.

Durante todo ese período, su familia fue relocalizada. Por haber sido trasplantada, y ante el inminente regreso a su hogar, le otorgaron otra vivienda (precaria) donde habitar. Actualmente viaja semanalmente a La Plata para controles. Su propia subsistencia y la de los suyos continúa siendo su gran preocupación, como así también justificar en cada viaje los motivos de los mismos para el otorgamiento de los pasajes.

Sixto: En febrero de 1999, a Sixto le informaron que padecía leucemia mieloide crónica. Lugareño de una localidad del interior de la provincia de Misiones. De oficio chapista y pintor de autos. Casado y con dos hijas pequeñas. Al enfermar el jefe de hogar, debió interrumpir la actividad laboral, comprometiendo seriamente el sustento económico del grupo. En el hospital le hablaron del trasplante de médula como alternativa terapéutica. Pero no tenía dinero y alrededor de él le decían "nadie, ningún político nos iban a dar tanta plata". Tramitaron subsidio ante el Ministerio de Salud, y paralelamente buscaron centro asistencial que pudiera realizar la práctica médica. Luego de fallidos intentos por el subsector privado, lograron contactarse con la Unidad de Trasplante de CUCAIBA – Hospital Rossi, al mismo tiempo que le negaban el subsidio y la derivación provincial. En el hospital lo podían atender pero requería permanecer por bastante tiempo en La Plata. Juntaron dinero entre familiares y amigos. Fue trasplantado en julio del mismo año. Debieron alojarse en casa de contactos establecidos y permanecieron durante dos años, concurriendo las hijas a una escuela local. Sin ingresos y ningún tipo de respuesta oficial.

Estas historias podrían ser relatadas por trabajadores sociales insertos en cualquier ámbito de ejercicio profesional. Acercamos estos, porque para nosotras son relatos próximos al ejercicio profesional actual en el campo de la salud pública y la docencia universitaria en la importante tarea de formar futuros trabajadores sociales. Todos los colegas aquí presentes podríamos sumar miles de historias similares, desde los espacios de decisión política hasta los micro espacios de intervención. El fenómeno de los parias urbanos es un fenómeno trágicamente extendido y más grave aún si sumamos a los ciudadanos de otros países en situación de ilegalidad en la permanencia en el país. Tal como expresa Loic Wacquant (2001), tanto en Argentina como en el resto de Latinoamérica, a los crecientes extremos de pobreza y riqueza se suman la multiplicación de las desigualdades entre las cada vez más extensas metrópolis, las pequeñas ciudades y los pueblos rurales. La concentración geográfica de la pobreza, la acumulación de distintos tipos de privación en otros "territorios de relegación".

La ciudadanía contiene dos aspectos que conviene destacar. Como señala Antonio Arantes (1999) "el sentimiento de pertenecer", compartir intereses, memorias y experiencias con otros, sentirse parte de una amplia colectividad, poseer valores en común y sentimientos profundos de identificación. Donde se forma la idea de una comunidad y donde germinan sentimientos como el recuerdo de la tierra distante y la solidaridad. Se trata de un campo poblado de valores profundos, cargado de contenidos emocionales y fuerza simbólica. Y por otra parte "pertenecer": a una clase, grupo, categoría o nación, que es poseer una localización en un mapa social, tener una posición social reconocida como legítima y situarse en un espacio físico compartido: sin domicilio o referencias personales no se es reconocido como miembro pleno de la colectividad. "Estar situado en y pertenecer a" son dimensiones constitutivas de la condición de ciudadano. Estar legítimamente situado en el mundo es tener el derecho reconocido de desempeñar las atribuciones propias de determinada posición e un sistema de relaciones sociales que permite e impide el acceso a determinados recursos materiales y simbólicos.

De la política social, la ciudadanía y la inequidad

Cuando el Estado a través de sus políticas sociales interviene en cuestiones sociales, podemos visualizar el derecho positivo entre el ciudadano y su estado. Por eso es tan importante conocer cual es el principio sobre los que se ha estructurado la política social³. En nuestro país el patrón dominante de la política social ha estado asentado sobre el principio de contribución, "accede al beneficio quien participa en su financiamiento; bajo este principio se estructuró el seguro social implementado a lo largo del siglo XX". Mientras que el principio de ciudadanía sostiene: "tienen derecho a la política social todos los habitantes de un país en su condición de ciudadanos y ella se financia con los impuestos".⁴ En Argentina no encontramos programas sociales en el cual el derecho de acceso esté basado en el concepto de ciudadanía, al contrario casi siempre están vinculados a la seguridad social para un cada vez más pequeño sector de trabajadores formales o con recursos, en la mayoría proveniente de préstamos bancomundialistas, asignados discrecionalmente a los sectores de bajos recursos o pobres de toda pobreza.

La razón de por qué no ha sido posible implementar una política social basada en el concepto de ciudadanía, con la excepción de educación, responde por lo menos a dos cuestiones: la naturaleza fragmentaria de la sociedad argentina y la cultura política prevalentemente clientelista.

³ Fleury Sonia. (1994). "Estado sem cidadãos- Seguridade Social na América Latina". Editoria Fiocruz.. Rio de Janeiro

⁴ Isuani Aldo (2004). *Política social, derechos para todos*. En <http://desarrollolocal.pais-global.com.ar/>

En este sentido Isuani sostiene que: "La Argentina es una sociedad donde predomina lo que puede denominarse "micro solidaridad": existe un núcleo relativamente fuerte de solidaridad en ámbitos como la familia, grupos de amigos o compañeros de trabajo, pero allí se detiene y no se extiende a grupos sociales más generales. Por el contrario, en ámbitos más extendidos prevalece la desconfianza, la incivilidad y el individualismo. La visión corporativa del beneficio para los "míos" sobresale sobre intentos de plasmar esquemas basados en la universalidad igualitaria. Por otra parte la tradición clientelista de la política social, intensificada en los últimos años, se contradice con esquemas universales de acceso que no generen dependencia de los beneficiarios. La distribución discrecional de recursos sigue alta en el ranking de las preferencias entre cierta dirigencia política. El asistencialismo no perdió nunca vigencia en la medida que implica organizarse en base a la discrecionalidad y no a derechos".

De este modo mientras no se pueda avanzar hacia una política social basada en derechos ciudadanos parece imposible lograr un sistema de salud menos inequitativo y desigual.

Un breve recorrido por nuestro sistema de salud y la situación del país nos permitirá profundizar un poco más sobre el escenario en que se debaten las necesidades de la gente y la respuesta que el Estado ha sido capaz de dar.

Una historia de las políticas de la atención médica de cualquier país nos mostraría en qué medida las instituciones y valores heredados limitan las opciones disponibles" (Joseph White:1995)⁵

La Situación Argentina:

Si partimos de la siguiente premisa: "los sistemas de salud son quizá uno de los rasgos más idiosincráticos de las sociedades" (OISS, 1994), resulta necesario caracterizar brevemente nuestro sistema de salud. El sistema de salud argentino es uno de los más fragmentados del mundo. Se caracteriza por presentar una conformación tripartita: público, seguridad social y privado. Un **subsector público** que presta servicios de atención médica por intermedio de hospitales y centros de salud. Es de acceso para toda la población, con cobertura principalmente a la población de menores recursos. Un **subsector de la seguridad social** tiene una conformación atípica con relación a los sistemas de seguridad social del mundo, dado que está conformado por un conjunto de Obras Sociales (OS). Estas entidades se originaron en relación directa a la actividad. La obligatoriedad conjuntamente a la cautividad por rama de actividad explican la fragmentación del subsector como también la diferenciación de coberturas y prestaciones que cada OS puede enfrentar. Algunas son más "ricas y otras más pobres". Las organizaciones con mayor cantidad de afiliados manejan más recursos que las de menor número. A principio de los años '90 existían cerca de 300 instituciones, Sindicales, Estatales, Institutos de administración mixta (la más importante, es el PAMI), Personal de dirección, las de Convenio, Municipales y las Asociaciones de O. S. Por fuera de la ley, estaban las de FF. AA, del Congreso y Poder Judicial. Este subsector con escasa capacidad instalada, brinda servicio de atención médica a través de las O. S., a la población en relación de dependencia y a los pensionados y jubilados a través del PAMI. Y un **subsector privado** conformado por empresas de medicina prepagas, mutuales o prestadores privados. Presta servicios mediante la terciarización de los servicios de internación, diagnóstico, rehabilitación, medicamentos etc, en general con pagos de coseguros. En todos los casos significa un gasto directo de bolsillo.

Cabe destacar que el sistema público, muy desarrollado en nuestro país, subsidió y aún subsidia a las OS al atender a sus beneficiarios, al mismo tiempo las OS y por su poca capacidad instalada, contribuyeron al crecimiento del sistema privado. Esto muestra como funciona el subsidio encubierto por parte del sistema público hacia la seguridad social y el sistema privado. Un claro ejemplo de inequidad distributiva y de desigualdad social.

Desde mediados de los años '70, el rasgo distintivo que ha caracterizado a la política de salud nacional ha sido el reducir el financiamiento del subsector estatal al avanzar en la transferencia del sistema de salud a cada provincia o municipio. Cabe destacar que, esta medida estuvo y esta relacionada con los Fondos de Coparticipación con los cuales el Estado Central delega y se desentiende a cambio de fondos de la garantía de los derechos a la salud de cada jurisdicción. Estas medidas se profundizaron en los '90 bajo el nombre de descentralización y el Estado se fue debilitando hasta casi quedar ausente. La lógica imperante a partir de ese momento, vino acompañada de una consolidación del modelo ideológico neoliberal, donde el protagonismo pasó al mercado. La reforma en el sector salud está enmarcada en la reforma del Estado, se la llamó de "segunda generación" y fueron impulsadas por los organismos multilaterales como el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de desarrollo (BID) para dar sustentabilidad a las reformas macroeconómicas, es decir, a las políticas de ajuste estructural. Las medidas fueron de recorte administrativo financiero, por ejemplo la nueva modalidad de gestión financiera de los hospitales,

⁵ En Belmartino y col. (2002) La reforma de la atención médica en Argentina. Escenarios Provinciales.

profundización de la descentralización, privatización de servicios de salud y la puesta en marcha de programas focalizados, por ejemplo el primero fue el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN).⁶

Otra innovación que trajo aparejada esta reforma fue la intención del Ministerio de Salud de trasladar paulatinamente el “*subsidio a la oferta*” por el “*subsidio a la demanda*”. Esto implicó que todo paciente que concurriera al hospital público contaría con algún tipo de financiación, ya sea de seguridad social, de las empresas Prepagas o del Estado.

En Argentina las instituciones heredadas se construyeron en abierto rechazo de las pretensiones reguladoras del Estado; los valores de ciudadanía no lograron afirmarse en reemplazo de las reivindicaciones de fuerte raíz corporativa que exaltaban la solidaridad grupal y la capacidad de construir el bien social propio de las instituciones intermedias. La lógica fragmentaria que dominó históricamente la organización del sistema construye diferentes escenarios para su reformulación del sistema. Ante la débil influencia reguladora del Estado Nacional y la ruptura del pacto corporativo, el protagonismo en la definición de las reglas de juego se traslada a un nivel intermedio definido por las relaciones entre financiadores y proveedores, ubicado fundamentalmente en el espacio provincial o local. (Belmartino y col: 2002)

De este modo y por todo lo antes dicho podemos entender como el proceso de reforma y cambios en el sector, aumentó la desigualdad por cada jurisdicción provincial. Por eso el nivel básico de cobertura a cargo de la salud pública, dista bastante de ser uniforme para toda la población y pasa a depender de las diferentes políticas provinciales y municipales. Aunque el Programa Médico Obligatorio (PMO) intenta garantizar una canasta básica de prestaciones e incluso obliga a las Obras Sociales y Prepagas a cumplirlas, este deja mucho que desear dado que no se ejerce como corresponde el poder de policía. No obstante en nuestro país el gasto en salud es tan alto que, acotar la atención de salud a un paquete de servicios esenciales es casi una burla. Con una y otras medidas el estado fue encontrando formas legales y jurídicas para renunciar con estilo a su indelegable obligación: garantizar el derecho a la salud de todos sus habitantes.

La experiencia argentina muestra además que, a mayor dimensión del mercado se presenta también una mayor sobreoferta de capacidad instalada en tecnología compleja y cantidad y especialización de los recursos humanos profesionales. La saturación relativa de la oferta en la relación a la capacidad de pago de la demanda constituye un factor de fragmentación de las instituciones representativas de la primera cuando se generan condiciones de restricción de recursos. (Belmartino y col: 2002)

Esto afecta seriamente la equidad en materia social.⁷ Es claro que el nivel de desarrollo alcanzado por las diferentes provincias argentinas no es homogéneo. Si tomamos como ejemplo el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, en el 2004, el porcentaje de población viviendo en hogares con NBI, iba de 7,8 % en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a una proporción 4,5 veces mayor en el Chaco (33,0%). Diferencias aún mayores se presentaban en la proporción de población que no disponía de agua potable, de 0,1% en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a 43% en Misiones y en proporción de población que no disponía de sistemas de desagües cloacales, de 3% a 92,5% en las mismas provincias.

Si tomamos un indicador “fuerte” para medir el nivel de salud de una población como la tasa de mortalidad infantil, podemos observar que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cada 1000 niños, 10 se mueren antes de cumplir un año. Esta cifra asciende a 24 de cada 1000 en Tucumán, 25 en Formosa y a 27 cada 1000, en Chaco.

⁶ La descentralización ya estaba bastante consolidada hacia 1991, pero la medida más relevante por la creación del Hospital Público de Autogestión (Decreto 578/93), que proponía transformarlos en unidades autogestionadas eficientes, capaces de obtener recursos a través del arancelamiento de los servicios a personas con capacidad de pago y prestadores de salud. La atención médica gratuita quedaba así, restringida a los sectores de más bajos ingresos que demostraran no tener cobertura de Obra Social y/o de seguro privado. Actualmente la figura de Hospital de Autogestión ha sido cambiada por la de Hospital de Gestión Descentralizada (Decreto 939/2000)

⁷ Una de las propuestas para facilitar esto en el sector público, fue la descentralización y la autogestión hospitalaria, donde el hospital público, desde la óptica de empresa social compite por captar la demanda con los efectores de salud privada, posibilitando financiarse con recursos propios. Las fuentes de financiamiento mixto que propone el Informe son: a través de presupuesto público (régimen tributario), organismos donantes (préstamos blandos), cobro a las prepagas o seguros, pago directo del paciente (arancelamiento). Ver Ugalde y Homedes (2002)

Si consideramos la cobertura social, el porcentaje de población no cubierta con Obra Social, encontramos que el 26% de la población de la Ciudad de Buenos Aires se encuentra en esa condición, alcanzando el 65.5 en Chaco y 65.8 en Formosa.⁸

La propuesta en términos de sustentabilidad y en el contexto de los países del tercer mundo, en dónde el gasto público tiende a reducirse como variable de ajuste en pos de los equilibrios macroeconómicos; en dónde aumenta la desocupación, por lo tanto amplios sectores no cuentan con cobertura social o se ven imposibilitados por sus bajos ingresos a pagar de su bolsillo un seguro médico, lo cual engrosa la demanda en servicios públicos; pensar que los gobiernos aumentarán el gasto público para la cobertura de salud es por lo menos ingenuo. La posibilidad de financiamiento mixto de los hospitales, podría conducir a una atención discriminada y selectiva de la población en relación a los pacientes con posibilidad de cotización, además los hospitales no se encuentran en las mismas condiciones para lograr recursos propios ya que esto depende del grado de complejidad y también de las condiciones socioeconómicas de la población que atienden. Por lo tanto, lejos de promover la equidad, aumenta la brecha de desigualdades sociales, dejando de ser la salud un derecho para convertirse en un bien de compra.⁹

“La inequidad en la salud – ha afirmado la OMS – se refiere a las diferencias que no son necesarias y que se pueden evitar, y que al mismo tiempo son inaceptables e injustas (unfair)” En esta frase hay expresiones que definen la objetividad, la posibilidad práctica de intervenir con conocimientos y remedios, y otras que se refieren a la subjetividad, al nivel de la percepción ética y a la voluntad de actuar. Traduciendo estas valoraciones en términos propositivos, se puede concluir que la equidad consiste en *crear o favorecer, para cada individuo, la posibilidad de perseguir y alcanzar el nivel potencial de salud que le es propio*”¹⁰

Cómo comprender, que en este contexto, en Argentina, emergieran programas orientados a prácticas de alta complejidad y alto costo en salud?

Belmartino señala que los nuevos regímenes emanados de la reforma difieren de país en país. En Argentina, CUCAIBA surge como el primer hospital público especializado en trasplantología existente en territorio nacional. En el año 1987, la Provincia de Buenos Aires sanciona la Ley 10.586 y en 1990 su decreto reglamentario N° 2967 que constituyen el marco regulatorio de la actividad.

En el año 1992 el Gobernador de la Provincia decide políticamente “dar cobertura de trasplante a todo bonaerense que lo necesite y carezca de cobertura social para ello, convirtiéndose así en la única jurisdicción del país que asegura desde el Estado la prestación **universal del implante**”. (CUCAIBA: Resumen de Actividades 1998/1999).

Se crea, en el año 1992, el Ente para el Financiamiento de Trasplante de Órganos (EFTO), que garantiza la accesibilidad al trasplante a todos los habitantes de la Provincia que por su condición económica, lo requieran. Estos fondos se integran por aportes provenientes del presupuesto provincial, del Ministerio de Salud provincial, recursos del Ente del financiamiento de Programas Sociales del Conurbano Bonaerense, y aportes provenientes de los juegos de azar.

Se presentan los últimos seis años de ejercicio, para ilustrar la asignación de recursos de Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en trasplante. No están contemplados las erogaciones que van por presupuesto general asignado a salud (llamado “hospital público”). En ese paquete entran aquellos trasplantes realizados a personas que no reúnen los requisitos para estar dentro del Programa de Trasplante (ciudadanos de otros países, residentes en otras provincias o residentes con menos de dos años en la provincia de Buenos Aires).

Pago del Fondo para Trasplante de Órganos a efectores de salud.

Total general para todo tipo de trasplantes, en pesos por año en pesos.

AÑOS	1999	2000	2001	2002	2003	2004
PAGOS DEL EFTO	7.940.116	8.263.647	5.422.427	5.597.364	7.434.186	6.165.754

Elaboración propia a partir de Memorias Institucionales de CUCAIBA e informes de pagos a instituciones. Actualmente en la provincia de Buenos Aires, mueren 16 niños de cada 1000 nacidos vivos por causas fácilmente evitables con acciones económicas y de alcance a toda la población: con una

⁸ Consultar “Situación de Salud en Argentina. Indicadores Básicos. Ministerio de Salud de la Nación. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. 2004.

⁹ Los proyectos de reforma sectorial, convertidos en normas legales, operacionalizan el discurso, a partir de la crisis del estado de Bienestar, se instaló en las sociedades latinoamericanas y transforman el sentido común en torno a la concepción del proceso de salud/enfermedad/atención. La salud deja de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. Irirart (2002)

¹⁰ Berlinguer, G (2002)

excelente ecuación costo /beneficio.¹¹

En el 2002 nacieron 248.000 niños....pueden sacar la cuenta del número de niños muertos por causas evitables.

Número de defunciones infantiles menores de cinco años por año en la Pcia. De Buenos Aires

AÑOS	1999	2000	2001	2002	2003
Nº DEFUN. INFANTILES	4484	3735	3660	3968	4075

Elaboración propia a partir de Los Indicadores Básicos de Salud en Argentina. Años 1999 -2004
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Podríamos considerar que como plantea Escudero, el poder no está en manos de quienes desean mejorarla sino de quienes sacan beneficio económico de ella, ya que las posibilidades de ganancia capitalista en la salud son mayores que, por ejemplo, en materia educativa.

Por otra parte hay quienes afirman que la tecnología crea derechos. Y estos deben ser poder ejercidos en relación de igualdad de condiciones. Por otra parte Ugalde y Homedes sugieren "que quizá con excepción de Haití, las economías de los países latinoamericanos, si estuvieran bien administradas, podrían proporcionar cobertura universal de cuidados primarios y hospitalarios generales y tendrían recursos para proporcionar cuidados relativamente sofisticados de tercer nivel a sus ciudadanos".

"En una oportunidad, Andrés Vesalio le confesó a Mateo Colón un vergonzoso y desgraciado acontecimiento que cerca estuvo de llevarlo a la hoguera: cierta vez solicitó permiso para diseccionar a un joven noble español que había muerto durante la consulta. Cuando hubo obtenido el permiso de los padres del difunto, abrió el pecho y, para su estupor y desesperación pudo ver que el corazón aún latía. Enterados del suceso, los padres del joven acusaron a Vesalio de asesinato a la vez que le iniciaron el proceso ante el Santo Oficio".
El Anatomista, Federico Andahaz.

Sobre el cuerpo y las nuevas tecnologías de información

Podemos afirmar que en este caso la política y la tecnología se dan la mano, con la certeza que la salud legítima. Lo que sí podemos afirmar que en este caso la política y la tecnología se dan la mano, con la certeza que la salud legítima. La salud ocupa cada vez un lugar mayor en el imaginario colectivo, ya que se la asocia a la longevidad, el bienestar y- gracias al viagra y a las cirugías plásticas- al funcionamiento sexual y a las posibilidades de ser deseado. (Escudero: 2001)

Sin embargo el trasplante se presenta en términos de comunicación social como la posibilidad de la "vida después de la muerte". Tal vez en el terreno de la decisión política en el marco de lo anteriormente expuesto, se dio en forma correlativa junto a importantes cambios en el desarrollo de tecnologías aplicadas a la información y al desarrollo de la biomedicina. No teniendo la misma "suerte" en los medios de comunicación la cantidad de niños que mueren en el país por causas evitables.

Vattimo (1990) señala, que la dificultad más grande que afronta la sociedad posindustrial es aquella que resulta de la carencia de articulación de intereses, opiniones y subculturas fragmentarias en un solo discurso contenedor y potenciador de la diversidad, discurso que si existía con el advenimiento de la modernidad, a costa claro, del disciplinamiento forzoso de la diversidad. Supone hablar entonces de un doble movimiento: de homogeneización/ diferenciación, la "aldeas globales", nos acerca a una forma de unidad que sin embargo nos muestra también la diferencia.

Con la televisión todas las subculturas participan de un espacio nacional - internacional que adopta características locales según la fuerza que tengan las industrias culturales de cada país. La unidad nacional necesita tanto de la comunicación mediática como antes necesitó del correo, de los ferrocarriles o de la

¹¹ Escudero (2005) expresa que: al decir "salud colectiva" se plantea una contradicción con "salud para individuos". Lo primero es resultado de políticas para toda la población, donde se busca la alta calidad promedio y la equidad; lo segundo, resultado de un entendible egoísmo-maximiza acciones sobre personas aisladas. En nuestras sociedades, y de manera cada vez mas marcada en Argentina, quienes tienen dinero, poder o conocimiento pueden intentar y muchas veces obtener procedimientos ofrecidos cada vez con mas abundancia por la Industria de la Salud, por costosos, inaplicables o ineficientes que sean para el conjunto de la población. Un sanitarista argentino que se horroriza porque hoy la mitad de nuestras muertes infantiles son evitables, y porque nuestra mortalidad infantil triplica a la de Cuba, debido a que los necesitados de atención a su salud en nuestro país tienen un dificultoso acceso a una medicina colectiva que además es insuficiente-moverá cielo y tierra para obtener para su hijo un trasplante de hígado, de altísimo costo y resultados inciertos - si la alternativa es una muerte segura. Esta contradicción es quizás irresoluble." Berlinguer (2002) señala que en gran parte de los países, la tendencia es a dismantelar la programación pública de las prioridades y a difundir en primer término tecnologías costosas y reservadas a unos pocos privilegiados, difundiendo una medicina basada en procedimientos invasivos, aún en medicina preventiva.

escuela. En estas sociedades de control, la tecnología aplicada a las comunicaciones cumple un rol fundamental.

Por otra parte, Le Breton (1995) plantea que la preocupación por la salud y por la forma son las claves de la modernidad. El desdén hacia la muerte como fundamento de la medicina occidental. Las nuevas tecnologías de este fin de siglo permiten imaginar un cuerpo humano disociado, fragmentado y reproducible por partes.

La historia del cuerpo en Occidente comenzó a escribirse en el renacimiento con un acento cada vez mayor en lo técnico y lo científico que lo diferenció del hombre y lo redujo a una versión del mecanicismo. (Le Breton, 1995)

En el proceso por el cual el cuerpo aparece como virtualmente diferente del hombre al que encarna, se incrementa más su valor técnico y comercial. Los logros de la medicina y de la biología abrieron el camino para nuevas prácticas y le dieron al cuerpo un valor de objeto con un precio inestimable respecto de la demanda. La medicina busca la separación absoluta entre el sujeto y el objeto de conocimiento, separar al enfermo de la enfermedad para que se la base de su saber. Achard (1980) dirá que al definirse como científico, el médico pretende repudiar cualquier irracionalidad de su práctica, ya se trate de modalidades concretas de ésta, de sus objetivos o de su relación con el enfermo. En la cultura occidental existe un saber disciplinar que reivindica para sí un saber incuestionado acerca de lo corporal: la medicina, y si bien no constituye el único saber en referencia al cuerpo su fuerza definitoria permea múltiples saberes en tanto hegemónico. El saber anatómico y fisiológico en que se basa la medicina consagra la autonomía del cuerpo y la indiferencia hacia el sujeto. Si bien el cuerpo ya estaba diferenciado del hombre, hoy se encuentra fraccionado en extremo.

“...preguntar por su identidad (servicio social) significa preguntar por su papel en el proceso de producción de nuevas relaciones sociales y de transformación de la sociedad, teniendo presente que cada momento tiene en sí la fuerza de lo inaugural, el impulso creador de lo nuevo!”
María Lucía Martinelli. *Servicio Social: Identidad y Alienación*

Conclusiones

Mientras la política social en salud no se fundamente en el principio de ciudadanía, mientras la política de estado no incluya a todos, mientras los valores solidarios a nivel macrosocial no superen a los individualistas, egoístas y de mercado, difícilmente se puedan revertir los indicadores de desigualdad social.

Como hemos visto la inequidad y desigualdad no se presentan sólo a nivel de grupos o clases sociales sino que también está presente en las realidades regionales, con lo cual a su propia vulnerabilidad se le suma la de su región de pertenencia. Sin embargo, la tecnología, que ha dado pruebas contundentes de saber y verdad, -basta observarla aplicada a la comunicación, TV, Internet, telefonía, etc.-, aplicada a la biomedicina potencia la posibilidad de más vida en el imaginario colectivo, este es el claro ejemplo de la trasplantología. Lo cual presenta, al menos, un doble desafío:

En el **plano de la formación profesional** que “siendo culta y atenta a nuestro tiempo sea capaz de anticipar problemáticas concernientes a la práctica profesional y de fomentar la formulación de propuestas profesionales, que vislumbren alternativas de políticas calzadas en el protagonismo de los sujetos sociales, que apueste en las luchas sociales, en la capacidad de los agentes históricos de construir nuevos patrones de sociabilidad para la vida social en su proyecto de formación profesional” (Iamamoto, 2003)

Es decir que entender la contradicción en la cual se inscribe la práctica profesional, es requisito para reafirmar la propia base fundante del trabajo social, en la medida que esté comprometido con la formulación de propuestas de acción en el campo de la implementación y la formulación de las políticas públicas, atento al universo de la cultura universal pero también atento a la perspectiva de los sujetos de la intervención profesional, sus maneras particulares de ver y estar en el mundo. En esto, considerar la importancia de “mexturarse” con otros saberes y prácticas, con la certeza en que una visión transdisciplinaria puede contribuir en el proceso de las transformaciones sociales.

En el **plano del ejercicio profesional**: el abandono del papel “naif”, “ingenuo” del trabajador social asumiendo que ocupa un lugar en el engranaje de la reproducción social, un lugar tenso y contradictorio que requiere necesariamente de un profesional que defina para sí y colectivamente (asociaciones profesionales de trabajo social y otras profesiones, movimientos políticos, espacios de formación, entre otros) un posicionamiento ético político. (Montaño, 1998). Comprendiendo que ninguna práctica profesional es ingenua, que por acción u omisión, de ese posicionamiento se definen prácticas de inclusión social o de exclusión social. (Es importante señalar que hoy, en muchos equipos de trasplante, el trabajador social media entre la política social y el sujeto como claro asignador de un recurso = órgano, donde la condición de pobreza opera como condición de exclusión a esa práctica médica. En el discurso aparece la condición social como variable expiatoria para no malograr el éxito del trasplante = éxito del tratamiento médico).

Que, a mayor grado de tecnología en las prácticas en salud, más deshumanizantes son y por lo tanto lo que no "diga" con su aporte un trabajador social con su saber legitimado, muy probablemente esto no sea dicho por nadie. En este sentido, se requiere superación del fatalismo en la visión clásica de ver a las instituciones como monolíticas e infranqueables, que nos lleva a pensar que nada es posible hacer en las instituciones. Para conquistar estos espacios son ineludibles la formación académica (para superar el voluntarismo), y el compromiso ético - político en la defensa de los derechos sociales económicos, y culturales. Finalmente, para los trabajadores sociales todos, de los equipos de salud y otros ámbitos, organismos oficiales provinciales y nacionales abrimos un espacio de reflexión y la necesidad indelible de elaboración de propuestas de intervención profesional en el marco de proyectos societarios que articulen la dimensión ética y política.

BIBLIOGRAFIA:

Achard, P. (1980). *Discurso biológico y orden social*. Nueva Imagen. México.

Arantes Augusto (1999). "Desigualdad y diferencia: Cultura y Ciudadanía en tiempos de globalización." En Bayardo, R y Lacarrieu, M (compiladores). La dinámica global/local. Cultura y comunicación: nuevos desafíos. Ediciones CICCUS La Crujía. Bs. As.

Belmartino Susana, Bloch Carlos y Báscolo Ernesto (2002). "La reforma de la atención médica en Argentina. Escenarios Provinciales". Seminario IV .CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)

Berlinguer, G. (2002). *Bioética Cotidiana*. Siglo XXI .México.

Berlinguer, G. (1994). *La Enfermedad*. Edit. Lugar. Bs. As.

Colegio de Asistentes Sociales y/o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. "(2003). Código de Ética Profesional de Trabajo Social"... Edit. Espacio.

CUCAIBA. *Resumen de Actividades. Años 1998/1999*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

CUCAIBA (2002). *Cuadernillo Informativo sobre indicaciones para pacientes trasplantados de médula ósea*. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires

Decreto 3309/92 del Ente para el Financiamiento de Trasplante de Órganos (EFTO),

Escudero, JC. y López, S. (1998): "La construcción de una hegemonía: el Banco Mundial en la salud argentina" En: Salud, Problema y Debate Nº 20. Bs. As.

Escudero, J.C.(2001). "Reflexiones sobre la salud". En: Revista Aportes para el Estado, y la Administración Gubernamental. Año 7. Nº 17 Otoño del 2001. Bs. As.

Escudero, José Carlos. (2005): "¿Que decimos cuando decimos "Salud Colectiva" ?" En: Revista Encrucijadas. Universidad de Buenos Aires. No. 23, mayo de 2005; Buenos Aires.

Fleury Sonia. (1994). *"Estado sem cidadãos- Seguridade Social na America Latina"*. Editoria Fiocruz. Rio de Janeiro

Iriart C. (1999). "La Atención Gerenciada: Su papel en la reforma de los sistemas de Salud." En: Salud Problema y debate Nº 21.

Iriart Celia (2002): "La Reforma del Sector salud en Argentina: de la salud como derecho social y bien público a responsabilidad individual y bien de mercado" En:.....

Isuani Aldo (2004). "Política social, derechos para todos" . En <http://desarrollolocal.pais-global.com.ar/>

Leone, F. y Soratti, C. (1998). "Análisis retrospectivo de composición del gasto del programa de subsidios para trasplante de órganos". Trabajo Presentado en el XIV Congreso Chileno de Trasplantes. CUCAIBA, Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As.

Le Breton, (1995) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión. Buenos Aires

Mac Augé.(1999). "La vida como relato". En Bayardo, R y Lacarrieu, M (compiladores). La dinámica global/local. Cultura y comunicación: nuevos desafíos Ediciones CICCUS La Crujía. Bs. As:

Martinelli, María Lúcia (1992) Servicio Social: identidad y Alienación. Editora Cortez. San Pablo. Brasil.

Ministerio de Salud de la Nación. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004. Situación de Salud en Argentina. Indicadores Básicos.

Montaño Carlos (1998) La Naturaleza del Servicio Social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción. Editora Cortez. San Pablo. Brasil.

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS (1995): "Metodología para el análisis comparativo de los sistemas de atención sanitaria de seguridad social de América Latina". Estudio aplicado a los países del Cono Sur.

Ugalde, A. y Homedes, N. (2002). "La clase dominante transnacional: su rol en la inclusión y exclusión de políticas en las reformas sanitarias de América latina". En: Cuadernos Médicos Sociales Nº 82: 95-110; Octubre. Bs. As.

Vattimo, G. (1990). La sociedad transparente. Paidós. Barcelona

Wacquant Loic (2001). Parias Urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio. Manantial. Bs. As.