

***SISTEMAS DE SALUD MACROCOMPARADOS
ARGENTINA – LATINOAMÉRICA - COMUNIDAD
EUROPEA - ESTADOS UNIDOS***

Autor

NIDIA GRACIELA OSIMANI

Tesis final

**Del Proyecto de Investigación acerca de la evolución del
sistema salud en la República Argentina.
Comparativo con otros países**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Marzo 2009

RESUMEN

En la presente investigación se describen y comparan distintas estructuras de salud en general, particularizando sobre salud mental, correspondientes a sistemas socio-políticos diferentes, como los pertenecientes a algunos países de la Comunidad Europea, de Estados Unidos y de Latinoamérica.

Sobre la descripción y comparación mencionadas se implementa la metodología deductiva en la identificación de los elementos relevantes constitutivos de cada estructura, determinando diferencias y similitudes.

ABSTRACT

In the present investigation different structures from health in general are described and compared distinguishing briefly on mental health, corresponding to different partner-political systems, like the pertaining ones to some countries of the European Community, of the United States and Latin America

On the mentioned description and comparison the deductive methodology in the identification of the constituent excellent elements of each structure is implemented, determining differences and similarities.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. SISTEMAS DE SALUD

- ◆ Evolución del sistema general de salud
- ◆ Evolución del sistema de salud en Argentina
- ◆ Evolución del sistema de salud mental
- ◆ Sistema Nacional actual
- ◆ Marco normativo
- ◆ Sobre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

III. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN DIFERENTES SISTEMAS POLÍTICO-NORMATIVOS

- ◆ Comunidad Europea
- ◆ Estados Unidos
- ◆ Latinoamérica

IV. CONCLUSIONES

V. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

SISTEMAS DE SALUD MACROCOMPARADOS: ARGENTINA – LATINOAMÉRICA – COMUNIDAD EUROPEA – ESTADOS UNIDOS

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, definió en 1946 la salud mental como “el completo bienestar biológico, psicológico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

Desde la perspectiva actual, esa definición resultaría un tanto incompleta, o quizás pasible de ser calificada como de ingenua.

Dicha ingenuidad no solo se fundamentaría en la contrastación con la realidad cotidiana en la cual hasta el momento no parecen advertirse ejemplos puros de “completo bienestar biológico, psicológico y social”, sino que además, omite el enfoque sistémico, esto es, “el individuo, su enfermedad y su entorno”, del que es influenciado y al que influencia, lo que en términos populares podría traducirse como “el hombre, sus circunstancias y *todos los demás, con sus circunstancias*”

Cerrando provisoriamente este concepto es posible definir la salud físico-psíquica, como un todo - *que es el ser humano* -, y que al estar inmerso en un medio social, su salud físico-psíquica, se transformaría en la resultante del equilibrio físico-psíquico-social.

A su vez, esa sociedad en la que está inmerso el individuo se sostiene por normas – jurídicas, sociales, naturales, culturales - dichas normas estructuran el paradigma predominante de la misma, y ese paradigma predominante se nutre de políticas, implementadas verticalmente.

En materia de salud en general, la falta de políticas hegemónicas, es justamente la que escinde la posibilidad de resolver los urgentes problemas poblacionales de la obligación de hacerlo.

Esa falta de políticas puede obedecer a variadas y complejas razones que exceden el presente trabajo, sin embargo, su ausencia se pone de manifiesto en un sistema de salud plagado de defectos e insuficiencias, que van desde una innecesaria burocratización de los procesos que lo entorpecen y deterioran cada vez mas, hasta la evidencia de carencia de planeamiento estratégico, al menos, sobre sus elementos constitutivos mas destacados.

En torno a esta temática se desarrolla la presente Tesis, procurando desde el método descriptivo-comparativo, encontrar similitudes y diferencias con otros sistemas foráneos, como un modo de aporte movilizante a la reflexión de quienes, por sus respectivas profesiones se encuentran involucrados con dicha problemática, en la lucha diaria. Aquellos a quienes les pudiera interesar la temática y encuentren elementos útiles, y para quienes teniendo la posibilidad de realizar modificaciones al respecto, pudieran efectivizarlas oportunamente.

Si bien es de público conocimiento el estado en el que se encuentra el sistema sanitario nacional, la falta de organización y de cumplimiento de disposiciones y reglamentos, amerita un análisis de los antecedentes legislados desde el punto de vista sanitario y asistencial para su posible y necesaria corrección.

II. SISTEMA DE SALUD

◆ Evolución del sistema general de salud

El conjunto de recursos que se organizan para subsanar los desequilibrios físico-psíquicos que pueden padecer las personas, a los que denominamos “sistemas de salud” han existido desde etapas antiguas.

La organización de estos sistemas tuvo mucho que ver con la forma de organización laboral o económica de los grupos sociales.

El agrupamiento primitivo giraba en torno a la subsistencia en un medio hostil desconocido en el que el concepto de salud parecía perseguir el objetivo de supervivencia del más fuerte, fortaleza adquirida mediante prácticas religiosas, superstición y ceremonias místicas, generalmente, acompañadas por la ingesta de sustancias alucinógenas.

Chamanes, hechiceros o brujos eran considerados socialmente como los “conocedores” de temas vinculados con la salud física y mental de los individuos, ahuyentando malos espíritus y preparando pociones curativas con diferentes clases de hierbas.

Se atribuía a estos hechiceros facultades paranormales, comunicación con los espíritus y capacidades curativas, en base al predominio del pensamiento mágico.

Si la enfermedad no era explicable, se la consideraba de origen sobrenatural o un castigo divino, aplicándose como tratamiento prácticas de carácter religioso, tales como ofrendas a los dioses, oraciones y rituales.

La manutención de estos sanadores estaba a cargo de la aldea, mediante retribuciones en especie, de los enfermos o sus familiares.

En la sociedad esclavista, la diferenciación de clases también configuró una diferenciación de sistemas de salud.

Los griegos fueron los precursores del pensamiento médico científico cuyo origen puede encontrarse en la Escuela Hipocrática, distinguiéndose tres tipos de prácticas: la psicológica, la resolutiva y la medicina para esclavos.

Las dos primeras se aplicaban a los hombres libres. La psicológica se basaba en el tratamiento individualizado y utilizaban la persuasión verbal y cierta formación médica, dirigida a hombres libres y ricos. En tanto, la resolutiva, se aplicaba a los hombres libres que no disponían del dinero suficiente como para pagar los

honorarios ni el tratamiento y tampoco disponían del tiempo necesario para la educación que requería la medicina psicológica.

En ambos tipos de práctica la finalidad era mantener las capacidades mentales de los hombres libres para que pudieran ejercer su rol dirigente, y la profesión médica se ejercía intelectualmente con una participación activa por parte de los pacientes.

La medicina para esclavos era ejercida por quienes prescribían lo que la práctica indicaba sin pedir aclaración sobre la enfermedad.

La profesión médica se ejercía de manera mecánica y la actitud de los pacientes era pasiva.

La finalidad de la práctica médica para esclavos era mantener la fuerza física de éstos para que siguieran produciendo.

Durante ese período las escuelas médicas son influenciadas por la filosofía de Sócrates, Platón y Aristóteles, cruzando la frontera de la mitología para entrar de lleno en el reino de la naturaleza, diferenciándose así de las prácticas religiosas.

Si bien por esa época coexistían todavía lo técnico y lo mágico, comenzaba a tomar impulso la medicina como ciencia completamente desvinculada de lo místico-religioso

La concepción de salud y enfermedad comienza a ser la de un equilibrio entre el cuerpo y la mente.

Se desarrolla el concepto de “Phychis” y nace el paradigma sobre el hombre y la naturaleza que lo rodea.

Tanto en Grecia como en Roma los sistemas de salud estaban organizados mediante categorías laborales como médicos privados, médicos públicos y esclavos médicos.

La práctica de la medicina era libre, no exigían títulos para su ejercicio y el mismo dependía de la aceptación social.

Al mismo tiempo había magos, curanderos, sanadores, y médicos, sin embargo éstos últimos procuraban diferenciarse agrupándose en organizaciones profesionales como la Collegia de Roma.

Con el advenimiento del Cristianismo aparecen las primeras precarias instituciones hospitalarias y se fortalecen los aspectos éticos del cuidado a los enfermos.

La enfermería surge como una consecuencia de estas nuevas concepciones de misericordia, compasión, amor y ayuda a los desvalidos y desprotegidos.

El emperador Justiniano crea importantes hospitales donde eran atendidos los pobres, se apoya a los médicos y cada vez más se da importancia a las enseñanzas regladas y supervisadas.

En la cultura bizantina y hasta la caída de Constantinopla la medicina galénica tuvo un papel preponderante.

Desde el siglo V al XV la medicina sufre un estancamiento importante ya que la sociedad medieval de estructura piramidal en lo socio-político instaura un paradigma de orden natural, como orden inmutable, dejando el conocimiento absoluto en manos de la iglesia jerárquicamente por encima de la ciencia.

La sociedad era profundamente estática, ya que cada individuo permanecía en la clase social en la que había nacido. La actividad económica principal era la agricultura, por ende la posesión de la tierra constituía una importantísima fuente de riqueza y de poder.

En este contexto la enfermedad era vista como un castigo divino a los pecadores y la salud, por el contrario, no sólo significaba curación física sino también la salvación espiritual, por este motivo la práctica de la medicina estaba a cargo de los monjes médicos, los que serían sucedidos por los médicos seculares, y el paciente estaba totalmente sometido a sus dictados.

Los monasterios fueron el embrión de las futuras universidades. Mantuvieron y difundieron la literatura médica.

En el siglo XIII las Escuelas Médicas llevarían a cabo la incorporación y actualización del galenismo, la regulación de la formación médica y del ejercicio profesional, el cual se va generalizando progresivamente.

La organización de la práctica asistencial mantenía las tres divisiones clásicas: los médicos de reyes y nobles que estaban contratados con exclusividad, los médicos de la burguesía que atendían a domicilio, los médicos municipales y de órdenes religiosas que atendían a los pobres en los hospitales.

En el Renacimiento, se produce un redescubrimiento de la cultura pagana de la antigüedad, es por ello que en la concepción del proceso de enfermar se retorna al paradigma ambientalista que había prevalecido en la sociedad esclavista.

En la sociedad capitalista, con la aparición de las ciudades mercantiles y las primeras fábricas, obliga el traslado del trabajador artesanal a ese habitat, transformando su labor individual en trabajo grupal y asalariado.

En este contexto, las prácticas médicas se transforman y se desarrolla en una nueva ciencia de carácter empírico.

La salud tiene como finalidad la preservación de la fuerza de trabajo, la protección de la clase dirigente y la salvaguardia del orden social.

Entre los siglos XVI y XVIII se produce la transformación de la medicina galénica en la medicina moderna, la medicina técnica se hace científica, es por eso que tanto la salud como la enfermedad deben tener una causa científica de naturaleza física que pueda controlarse.

La búsqueda de la causa y la interpretación fisiopatológica orientarán el tratamiento. “cuanto más débil y agotada por las preocupaciones está la máquina humana, tanto más fácilmente penetran en ella los miasmas y los gérmenes infecciosos” (Johann Peter Frank, 1791)

Durante tres siglos la práctica médica va incorporando sistemáticamente nuevos elementos y proliferan las academias y los colegios que agrupan a los médicos y le brindan formación, además de impulsar el debate y la investigación.

La organización de la práctica sigue manteniendo la clásica división de una medicina para los ricos que eran atendidos en sus palacios, la medicina para la clase media que era atendida en su casa y la medicina para los pobres atendidos en el hospital de beneficencia, municipal, religioso o real; la institución hospitalaria sigue ligada a la pobreza.

A lo largo del siglo XVII como consecuencia de las epidemias las autoridades se ven obligadas a promover y organizar acciones tendientes a reglamentar la lucha contra las mismas, regular el ejercicio de la profesión, ordenar la formación y a incrementar la red hospitalaria.

El Estado advierte que debe regular la práctica médica asistencial para crear una organización suficientemente amplia y sostenible.

Hacia fines del siglo XIX se crean las condiciones para iniciar un cambio en el esquema milenario de la organización asistencial y comienzan a gestarse los sistemas de salud con la configuración actual.

Hacia finales del siglo XIX, con la creciente industrialización y organización de los trabajadores, las sociedades comenzaron a reconocer el elevado costo de la muerte, la enfermedad y la discapacidad entre la fuerza laboral, así como la importancia de la situación sanitaria de la población asalariada.

Para esa época en algunos países de Europa la salud de los trabajadores se convirtió en un tema político.

Hacia 1865, en Rusia se crea el “zemstvo”, primer servicio público de atención médica gratuita financiado con ingresos tributarios pensado para atender a la población campesina.

En 1879, en Alemania los socialistas que habían obtenido algunas bancas en el Parlamento, concientes de la importancia de la solidaridad dentro de la incipiente clase obrera presentan un proyecto de ley de seguros sociales obligatorios.

En 1880 en medio de un clima de agitación social el Canciller Otto Von Bismarck disolvió el Parlamento, encarceló a los diputados socialistas, pero rescató el proyecto por ellos presentado, sobre esa base surgieron las leyes de enfermedad y maternidad (1883), de accidente de trabajo (1884), y de envejecimiento, invalidez y muerte (1889).

Bismarck quería un sistema nacional uniforme excluyendo las compañías aseguradoras privadas con ánimo de lucro, no obstante se apoyó en las “sociedades de enfermedad” existentes que eran compañías privadas de enfermedad y estableció un programa que pagaba por los servicios médicos y daba ayuda económica en los períodos de enfermedad y accidentes de trabajo para una determinada categoría de trabajadores.

Las dos terceras partes de la prima la pagaba el empresario y el tercio restante el trabajador.

Este modelo, que fue creado con el objeto de frenar los progresos del socialismo, dio origen al primer sistema estatal de políticas sociales de los tiempos modernos.

Se caracterizaba por su concepción aseguradora, razón por la que los montos de las pensiones y los subsidios se calculaban en función de los ingresos percibidos por los solicitantes y sus pautas fueron pensadas exclusivamente en función del trabajador asalariado.

Nace así, el primer modelo de desarrollo de política social, el modelo de Estado Social, que se constituye como una compensación por la falta de libertades y adopta una forma autoritaria de integración de los trabajadores.

La popularidad de medidas de este tipo entre los trabajadores condujo a la adopción de leyes similares en Bélgica (1894) y Noruega (1909).

En Gran Bretaña en el año 1911 se aprobó la primera ley de Seguro Nacional de Salud, que permitía atender los gastos de atención médica y las pérdidas de salarios durante la enfermedad de todos los trabajadores manuales que ganaban menos de 160 libras.

Con la Revolución Rusa de 1917 se creó el sistema soviético de servicio de salud, el primer sistema sanitario totalmente nacionalizado.

En el año 1922 Japón agregó los servicios médicos a las otras prestaciones a las que tenían derecho los trabajadores, aprobándose el primer seguro sanitario obligatorio en un país no europeo.

En 1924 el movimiento laborista en Chile impulsó la primera legislación de un seguro sanitario en un país en desarrollo.

Al principio de la década de los treinta, Henry Káiser diseña las líneas maestras del primer seguro social que se organizó en Estados Unidos con el nombre de la “Káiser Permanente”.

En 1933 se crea la Blue Cross, un seguro voluntario hospitalario.

En 1938 Nueva Zelanda había pasado a ser el primer país en introducir un servicio nacional de salud.

Costa Rica sentó las bases para el seguro de salud para toda la población en 1941.

En Inglaterra, en 1942 el Informe Beveridge advertía que el Estado debía preocuparse por el bienestar de todos los ciudadanos como una de las maneras de luchar contra los efectos sociales de la crisis de la década del 30 y de la guerra todavía en curso, y expresaba la necesidad de un servicio nacional de salud que prestara a toda la población la atención médica que necesitaba. Este es el origen de lo que posteriormente se denominará el Estado de Bienestar.

En México, tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social como la Secretaría de Salud se crearon en 1943.

En Canadá en el año 1946 la provincia de Saskatchewan decide establecer un sistema hospitalario provincial.

La Segunda Guerra Mundial si bien prácticamente destruyó la infraestructura sanitaria en muchos países y retardó el desarrollo de los sistemas de salud, también preparó las condiciones para la introducción de algunos otros planes.

El servicio nacional de urgencias de la Gran Bretaña en guerra sirvió de base para la construcción de lo que en 1948 se convertiría en el Servicio Nacional de Salud, uno de los modelos de salud más influyente desde entonces y aún hasta nuestros días, que cubría a la totalidad de la población y se financiaba a través de impuestos.

Ese mismo año las Naciones Unidas aprueba la declaración Universal de los Derechos Humanos. Estos nuevos derechos incluyen: derecho al trabajo; igual salario por igual trabajo; protección contra los efectos de la enfermedad, la vejez, la muerte, la incapacidad y el desempleo involuntario; percibir un ingreso que asegure una existencia conforme a la dignidad humana; disfrutar de un nivel de vida adecuado que garantice la salud y el bienestar; disponer de descanso y de tiempo libre; y tener un amplio acceso a la educación y a la vida cultural de la comunidad.

Se trata de derechos que el propio Estado tiene la responsabilidad y la obligación de llevar a la práctica, dictando las leyes y proveyendo los recursos necesarios.

En los países hoy denominados desarrollados fue posible efectivizar en la práctica estos derechos a través de lo que se denominó el Estado de Bienestar.

Los sistemas de salud existentes en la actualidad se crearon tomando como diseño básico bien el modelo del “seguro” creado por Bismark en Alemania o el modelo del “servicio” de Beveridge en Gran Bretaña.

El modelo del “seguro” propone cubrir el financiamiento de la demanda, de todos o al menos de la mayoría de los ciudadanos, por medio de pagos obligatorios del empleador y de los empleados a fondos de seguro o de enfermedad, estando la prestación de los servicios a cargo tanto de proveedores públicos como privados.

El modelo del “servicio” implica además del manejo del financiamiento, que se cubre a través de ingresos tributarios, la coordinación y organización de la oferta de servicios por parte de las agencias públicas, centralizando a tal efecto la planificación de la prestación.

En general los países europeos han optado por alguno de estos modelos.

Existe además, un tercer modelo donde la participación estatal a pesar de ser sustancial está más limitada, la cobertura se da solamente a ciertos grupos de la población tal como sucede en los Estados Unidos con los programas Medicare, destinado a la asistencia de personas mayores de 65 años, y Medicaid, que cubre a las personas por debajo de la línea de pobreza, en tanto que el resto de la población depende del sector privado, el cual aporta fondos, presta servicios y es propietario de los establecimientos asistenciales.

En los países de ingresos medios como los latinoamericanos los sistemas de salud tienden a imitar los modelos vigentes en los países desarrollados.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud entre 1940 y 1950 se produce lo que se denomina la primera de las tres generaciones de reformas que se aplican a los sistemas de salud a lo largo del siglo pasado.

En el citado período los países ricos crearon los sistemas nacionales de atención sanitaria y se extendieron a los países de ingresos medios los sistemas de seguro social.

Hacia finales de la década de los 60 ya muchos de esos sistemas estaban sometidos a fuertes presiones. En general, el incremento incesante de los costos de la atención que se producía tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, la falta de equidad en la prestación de los servicios que se evidenciaba en los países con sistemas de cobertura universal, la imposibilidad, en general por problemas de diseño, de llegar en los países pobres a las poblaciones rurales, fueron los principales motivos que permitieron verificar la necesidad de poner en marcha un cambio significativo en los sistemas de salud a efectos de volverlos más eficientes, equitativos y accesibles.

Surge de este modo la segunda generación de reformas que depositó en la atención primaria el foco de acción a fin de lograr una cobertura accesible a toda la población. La OMS al establecer en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud celebrada en 1978 en Alma-Ata la meta “salud para todos en el año 2000” dio nuevo impulso a las iniciativas para llevar atención sanitaria básica a las personas en todo el mundo.

Los resultados de estas reformas fueron disímiles y ésta es la razón por la que no sólo no hay un único modelo de atención primaria, sino que además resulta difícil imitar

los modelos exitosos de aquellos países que lograron una importante mejora en la atención de la salud a un costo razonable.

Una de las posibles explicaciones para que esto sea así, es que la concepción que se tiene sobre la atención primaria en los diversos países no es uniforme.

En los países desarrollados al asociarse la atención primaria a la medicina general y familiar se facilitó su integración a la totalidad del sistema de salud.

En los países en desarrollo, en cambio, como en general se ha contado con un financiamiento y asignación de los recursos inadecuados, se la ha asociado a una atención de menor calidad dirigida a los pobres, a los que sólo se les ofrecen las prestaciones más sencillas.

En términos generales se puede afirmar que el movimiento de atención primaria no logró alcanzar su potencial, sin embargo parte de sus fundamentos técnicos siguen siendo válidos y se siguen mejorando continuamente.

Durante la década de los 80 y sobretodo en la de los 90 se produjeron en el mundo profundos cambios sociopolíticos entre los que no se puede dejar de destacar la constitución de la Unión Europea, la reunificación alemana, el desmembramiento de la URSS y la transformación de las economías centralizadas de los países socialistas en economías de mercado que contribuyeron a fomentar una mayor competencia tanto interna como externa. Hechos éstos que fueron acompañados por un cambio en la ideología que dio un fuerte impulso al neoliberalismo.

El descreimiento respecto de la intervención estatal, característica del pensamiento neoliberal imperante a partir de los 80, condujo a asignar una mayor importancia a la capacidad de decisión y responsabilidad individuales y a un fuerte cuestionamiento del Estado de Bienestar.

El extraordinario avance tecnológico que permitió elevar la productividad mundial de manera significativa trajo aparejado en casi todos los países del mundo la expulsión de muchísimas personas del mercado de trabajo, todo ello acompañado por una gran concentración de la riqueza: el 20% más favorecido de la población mundial pasó de acaparar el 70% del ingreso en 1960 al 83% en 1990.

Además, con la internacionalización de los mercados y la globalización de la economía, las multinacionales se constituyen en fuerzas supranacionales con un poder económico superior al de las economías de muchos países supuestamente

soberanos, razón por la que hoy en día no sólo se habla de crisis del Estado de Bienestar sino de crisis del Estado-Nación.

Los sistemas de salud no quedaron fuera de estas transformaciones a gran escala y además estuvieron condicionados por fenómenos propios del sector, por ejemplo:

1) El incesante avance científico-tecnológico que por un lado, permite la utilización de prácticas diagnósticas y terapéuticas más eficaces, pero por el otro, eleva los costos de la atención.

2) El aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población, que junto a modificaciones en las condiciones de vida, determinan un cambio epidemiológico con peso creciente de enfermedades más complejas y de incierto abordaje, por ende, también más caras.

3) La característica propia del proceso de producción de servicios de salud deriva en que el aumento de los costos de producción no pueda ser acompañado por un aumento de la productividad, lo cual también genera una expansión del gasto.

4) Una tendencia por parte de la población de mayores ingresos a demandar más prestaciones y altamente especializadas.

Este conjunto de factores conduce a la búsqueda de soluciones

“En su versión más responsable busca el equilibrio entre calidad de servicio y sana economía del sistema, y en su versión menos responsable intenta ajustar la producción de los servicios al mantenimiento de una aceptable rentabilidad o la necesidad de achicar el presupuesto” (Neri, 2000)

En este contexto se pone en marcha la tercera generación de reformas.

La Organización Mundial de la Salud habla del nuevo concepto del “acceso para toda la población”. Ya no se trata ni de brindar toda la atención posible a toda la población, cuya inviabilidad económica-financiera había quedado evidenciada ya a mediados de la década de los 70, ni de brindar sólo atención básica y sencilla solamente a los pobres. Lo que ahora se pretende es facilitar atención sanitaria esencial de alta calidad, definida por el criterio de eficacia en función de los costos.

La idea es que es posible brindar a toda la población buena salud a bajo costo siempre y cuando se concentren todos los esfuerzos en aquellas enfermedades evitables mediante medidas de prevención oportunas.

Para ello es necesario en principio definir las intervenciones necesarias para hacer frente a estas enfermedades, las que forman parte del conjunto de acciones llamadas “básicas”, “esenciales” o “prioritarias” las que se elaboran sobre la base de, información epidemiológica, así como de los análisis costo-eficacia realizados para las mismas; para luego diseñar las estrategias a llevar a cabo.

Estas prestaciones prioritarias deben estar garantizadas y reglamentadas por el sector público aunque su prestación no necesariamente debe realizarse a través del mismo. De lo que se trata entonces es de definir un conjunto de intervenciones prioritarias accesibles a toda la población.

Pero esto sólo no garantiza que los pobres accedan a los servicios, porque como lo revelan estudios realizados en varios países el quintil más pobre de la población nunca llega a recibir el 20% del beneficio que le corresponde debido al uso desproporcionado que de los servicios hospitalarios hacen las personas con mayores recursos. De ahí la importancia que se le da a la atención primaria como forma de llegar a los más desfavorecidos, así como a su función de puerta de entrada al sistema a fin de lograr que sea más equitativo.

De acuerdo al análisis que hace la Organización Mundial de la Salud en su informe, las reformas implementadas en los países desarrollados implicaron cambios en el financiamiento de la atención de la salud menos drásticos que en los países en desarrollo, sobretodo en aquellos que ya contaban con cobertura universal donde las reformas se dirigieron principalmente a asignar a la atención primaria el rol de puerta de entrada al sistema, rol éste que en los Estados Unidos se otorgó a las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO), y en Nueva Zelanda a las asociaciones de ejercicio profesional independiente.

En los países asiáticos las iniciativas en este aspecto han evidenciado un manifiesto interés por el seguro en especial de financiamiento privado.

Por su parte, en los países hoy ex comunistas se ha reemplazado gran parte de del sistema público por una combinación de atención sanitaria costada por el seguro y directamente por el asegurado.

En los países latinoamericanos las reformas se producen en medio de una apertura indiscriminada de la economía, la desregulación de la misma, el desmantelamiento de la estructura empresarial del Estado y su privatización, junto al proceso

desindustrializador que se produjo durante los 80 y los 90 en la región y el estancamiento global de la economía; todo lo cual dio como resultado un elevado nivel de desocupación y un empeoramiento de la distribución del ingreso.

Asimismo, el rediseño de la estructura laboral retrasó el salario, en consecuencia se achicó el trabajo en relación de dependencia y se amplió el cuentapropismo.

En este contexto se incorpora el impresionante avance médico-tecnológico que incrementa significativamente la eficacia de los diagnósticos y tratamientos, lo cual produce una expansión de las expectativas de la sociedad respecto de los mismos y por ende, la medicaliza, aumentando en consecuencia en la misma proporción los costos de la atención y el gasto en salud.

Chile, Argentina, México, Colombia se concentraron en unificar, ampliar o fusionar la cobertura del seguro a fin de lograr una mayor participación del riesgo.

En el caso particular de Argentina, la extrapolación al campo de la salud de la competencia junto a la denominada desregulación de las obras sociales, tal como veremos en el apartado correspondiente, produjo una concentración de afiliados en las obras sociales con mayor capacidad de pago y una pérdida importante de los mismos en las más débiles, así como una privatización de la salud, que tal como afirma el Dr. Aldo Neri “no implican necesariamente cambios institucionales, sino en los modos en que cada persona o familia debe afrontar sus necesidades de salud” (Neri, Op.cit).

En general las propuestas de reformas, así como las reformas implementadas, algunas de las cuales aún están en vigencia, tanto para los países en desarrollo como los desarrollados, revelan una tendencia hacia una mayor competencia de mercado. En los países desarrollados con sistemas con cobertura universal y monopolio por parte del Estado, la mayor competencia se traduce en la separación de la función de financiación y de la de provisión de los servicios, así como en otras modificaciones organizativas que en definitiva no cuestionan ni la cobertura universal, ni la financiación, ni los principales rasgos de los sistemas nacionales o de seguro imperantes, por ejemplo, en Europa.

En los países menos desarrollados, la mayor competencia ha significado un avance del sector privado, un retroceso del sector público y de la seguridad social, provocando una mayor inequidad.

Una reforma que no prosperó, pero que de todos modos cabe hacer mención porque proponía una verdadera transformación del sistema de salud norteamericano, es la denominada Reforma Clinton.

La propuesta presentada pretendía pasar de un sistema integrado por un conjunto de dispositivos y redes asistenciales donde predominaba el aseguramiento privado, que cubre el 59% de la población, a un sistema que ofreciera seguridad a todos los ciudadanos frente a la incertidumbre de la enfermedad y sus impredecibles consecuencias económicas.

No sólo se pretendía una cobertura universal sino que además se perseguía la reducción de costos, o como mínimo controlar el crecimiento del gasto en EE.UU. el gasto en salud asciende al 14% del PBI de ese país, estimulando para ello la concentración de las compañías de seguro, lo cual suponía una importante intervención de la Administración Pública en el mercado de salud, lo que contradecía los valores típicamente liberales tales como libertad de empresa, libertad de elección, escasa intervención estatal, que como ya se ha indicado, han sido los lemas característicos de la ideología neoliberal que prevaleció en las décadas de los 80 y los 90 en el mundo.

Los profundos cambios que se producen en el mundo en el período 1920-1940 implicaron cambios también importantes en el campo de la salud, en el mundo y en Argentina.

Después de la Primera Guerra Mundial la asistencia médica adopta el carácter de función pública, razón por la que la intervención del Estado en temas relacionados con la salud crece de manera significativa.

La Gran Crisis de 1930 pone en evidencia que la actividad asistencial se ve afectada por los ciclos de auge y depresión de la economía, lo cual junto al fuerte incremento de profesionales concentrados en las grandes ciudades, pone de manifiesto la crisis del modelo de organización de la oferta imperante hasta entonces, según el cual el sector privado estaba reservado para la población con capacidad de pago y el sector público estaba destinado a los indigentes.

La concentración empresarial, favorecida por el capital financiero en el marco del capitalismo y la libre competencia, al separar entre los instrumentos de trabajo de los

productores individuales hace que la medicina deje de ser una profesión liberal para convertirse en asalariada.

El encarecimiento de la atención médica debido a la incorporación de recursos diagnósticos y terapéuticos, así como el encarecimiento de los medicamentos producen una baja de la retribución al trabajo médico, y como consecuencia de esto un aumento en la conflictividad de las relaciones entre estos profesionales y las mutualidades.

El pasaje de la medicina de una profesión liberal a una asalariada, junto a la baja en la retribución de los servicios médicos contribuyeron a que los médicos dejaran de estar como hasta entonces atomizados y se agremiaran.

En Argentina, ya a finales del S. XIX, el seguro voluntario de salud adopta la forma de mutualidades, iniciadas en grupos de trabajadores extranjeros de la misma nacionalidad de origen que reunían el aporte de cada uno para brindar al afectado por una enfermedad un salario de reemplazo y a veces una asignación para pagar atención médica; o la posibilidad de asistirse con un facultativo contratado por la mutualidad. Algunas de estas organizaciones establecieron servicios propios para brindar atención médica.

◆ Evolución del sistema de salud en Argentina

De acuerdo con estudios realizados en la Ciudad de Buenos Aires en 1910, las primeras mutualidades se dividían en “argentinas” - sociedades obreras con 16.000 socios y cajas patronales iniciadas en 1876 con el Ferrocarril Central Argentino con 72.000 socios - y “cosmopolitas” - españolas, italianas, francesas, suiza e israelitas, con 68.700 socios- .

Las segundas seudo mutualidades que totalizaban unos 80.000 socios, eran de la variedad “empresas médicas”, tipo prepago que se habían originado en 1890 y que se creía oriundas de España; o políticas-religiosas - círculos católicos de obreros con algo más de 10.000 socios- .

La cobertura de riesgos prevista por las diversas mutuales no era homogénea, casi todas ofrecían cobertura médica, muchas incluían subsidios temporales por desempleo, pensiones a la vejez y por incapacidad debido a enfermedades o accidentes de trabajo. Había una gran dispersión entre entidades tanto en los ingresos

como en los gastos por beneficio, lo cual no estaba correlacionado con la cobertura y la calidad de los servicios.

Los cinco hospitales de comunidad que en 1909 reunían 1.091 camas que representaban el 11% del total disponible en la Ciudad de Buenos Aires, presentaban ya en el censo de 1887 no sólo niveles disímiles en cuanto al gasto por cama/año, sino que además tenían asociados con diferente capacidad adquisitiva.

Así, mientras el Hospital Británico y el Alemán tenían como pacientes a los directivos de compañías extranjeras, comerciantes y propietarios de establecimientos agropecuarios - en el caso del Alemán se agregaban los pacientes que provenían de un convenio para atención del personal de banderas alemana, danesa, sueca y rusa - el Francés, el Español y el Italiano tenían como pacientes a los miembros carenciados de dichas comunidades.

Hacia 1922 debido a la sanción de la ley 9.688 de cobertura de accidentes de trabajo, las pólizas de seguros colectivos aseguraban a más de 500.000 obreros.

Tanto las mutualidades como las compañías de seguro encuentran médicos dispuestos a resignar parte de sus honorarios para lograr una contratación en exclusividad.

Por su parte, los médicos que trabajaban en los hospitales públicos hasta 1936 en la Ciudad de Buenos Aires y 1937 en el resto del país, no recibían por sus servicios retribución alguna.

Aparecen entonces, por parte de la profesión, formas organizativas adecuadas a las nuevas circunstancias que se presentan tanto desde el aspecto técnico especialización - y complejización de la práctica -, como desde el aspecto financiero, como alternativas viables frente al encarecimiento de la atención y al empobrecimiento de la población.

Estas formas organizativas consisten en general en la puesta en marcha de sistemas de atención por abonos - antecedente del prepago gremial, o la gestión cooperativa de sanatorios o clínicas.

Las clínicas y sanatorios fundados y administrados por sociedades cooperativas médicas se difunden particularmente en la década de 1930.

La práctica sanatorial u hospitalaria cobra importancia en la vida profesional y la eficacia curativa ya no queda limitada al contacto de médico a paciente; el desarrollo

de las especialidades y la complejización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, la aparición de cierta socialización de las formas de cobertura, proporcionan otro escenario.

A partir de 1930, las asociaciones en las que el núcleo convocante es el vínculo laboral, comienzan a multiplicarse, así nuevas mutualidades se orientan a nuclear empleados de diferentes reparticiones estatales o a empleados que pertenecen al mismo oficio o actividad laboral, también se generan durante ese período instituciones que reúnen al personal de grandes empresas industriales, comerciales o de servicios.

Las “sociedades de beneficencia” - patronatos, sociedades de protección, gotas de leche, sociedades maternas, dispensarios, ligas - dependientes de diferentes jurisdicciones estatales toman a su cargo la satisfacción de las necesidades perentorias de la población de escasos recursos brindándoles atención médica y asistencia social.

En este contexto si bien existen significativos intentos de modernización en las instituciones del sector realizados por los sanitaristas: Malbrán, Coni, Pena, Araóz Alfaro, entre otros, la preocupación por la organización de la salud por parte de los partidos políticos, salvo el caso del Partido Socialista, no parece haber sido muy importante hasta los años cuarenta.

La ausencia de un organismo estatal que actuase como coordinador fue un rasgo predominante en el sistema de seguridad social de la Argentina en esos años.

En 1941 se creó en Santa Fe el primer ministerio de salud argentino, con la denominación de Ministerio de Salud Pública y Trabajo.

A partir de 1943 cobra fuerza la idea de centralización normativa o “unidad de comando”, asimismo se considera indispensable la coordinación de las funciones de asistencia social, atención médica y previsión. También se estima como necesaria la adecuación de salud, trabajo y bienestar como respuesta integral a la crisis de las instituciones del sector salud, producto ésta de la mala asignación de los recursos derivada de la superposición de funciones entre diferentes instituciones, problemas éstos que ya trascienden los límites de la práctica pensada como curativa y orientada al enfermo.

En ese año precisamente se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social dependiente del Ministerio del Interior, “que tendrá a su cargo la salud pública y la asistencia social en todo el territorio de la República, sin perjuicio de las atribuciones de los gobiernos locales” (art. 2do.). El decreto de creación asigna al despacho del Ministerio del Interior todo lo relativo a beneficencia, hospitales, asilos, asistencia social, sanidad e higiene. La titularidad se le asigna al Doctor Eugenio Gally.

Este intento de construir una verdadera “unidad de comando” a efectos de eliminar la fragmentación de funciones y la superposición de instituciones, se ve rápidamente frustrado ya que en 1944 las funciones de asistencia social se trasladan a la Secretaría de Trabajo y Previsión, se crea el Instituto Nacional de Previsión Social, incorporándose al mismo ámbito la aplicación de la medicina social, de acuerdo con los métodos de la medicina preventiva y curativa; recortándose de este modo las atribuciones de la Dirección Nacional de Salud Pública.

Del mismo modo en que el Estado no siempre se ocupó de la salud, sus políticas con respecto a la misma sufrieron variantes a través de los años.

Los estudiosos de la evolución del sistema de salud en la Argentina, coinciden en diferenciar cuatro etapas conforme al grado de centralización o descentralización en la toma las decisiones y poder ejercido por el Estado, las obras sociales o el sector privado, a las que denominan:

- a) Modelo descentralizado anárquico
- b) Modelo centralizado
- c) Descentralización del sistema
- d) Descentralización fiscal basada en objetivos de corto plazo

El *modelo descentralizado anárquico* tuvo lugar hasta 1945.

Su paradigma dominante era la interpretación de la salud como una problemática exclusivamente individual de carácter caritativo desde lo social.

Se caracterizaba por un sistema sanitario formado por gran cantidad de instituciones diversas que respondían a las demandas específicas de corto plazo.

El rol del Estado era subsidiario en cuanto a la formación de profesionales, control de epidemias, tutela de la higiene pública, control sanitario en las fronteras.

Las instituciones que lo conformaban estaban descoordinadas, no contaban con un plan de políticas aplicables y a nivel estatal el sistema estaba representado por el Departamento Nacional de Higiene dependiente del Ministerio de Interior y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales dependiente del Ministerio de relaciones Exteriores y Culto.

El *modelo centralizado* existente desde 1945 hasta 1955 modificó sustancialmente el paradigma anterior en torno a la concepción de “salud como responsabilidad estatal” En esa interpretación el gobierno nacional elaboró programas de expansión de los servicios, nacionalizando los establecimientos públicos, desplazando a las sociedades de beneficencia y desarrollando una red de atención ambulatoria como “el tren sanitario” que recorría las provincias del interior.

Asimismo, se financiaron actividades de investigación y desarrollo orientados a especializaciones en problemáticas puntuales, resolutivas y preventivas.

Paralelamente coexistían con el sistema descripto, sistemas de cobertura mutualista monopolizados por los sindicatos.

Una de las consecuencias inmediatas de este giro estatal fue la fuerte dependencia del presupuesto nacional que generó este modelo.

Mientras el Estado llevaba adelante un importante programa de salud a nivel nacional, los sindicatos trabajaban en la agrupación de trabajadores por tipo de actividad en entidades mutuales que ellos mismos controlaban y administraban, lo que derivó con el tiempo en las que hoy se conocen como “obras sociales”

Por esa época se crea la Secretaría de Salud Pública que en 1949 pasó a ser el Ministerio de Salud.

Como política de servicio público se construyeron varios hospitales, se amplió la cobertura asistencial, se mejoró sustancialmente la infraestructura en camas, insumos, especializaciones, constituyéndose entonces el hospital público en el formador principal de los nuevos profesionales.

El *modelo de descentralización de sistemas* tuvo lugar entre 1955 y 1978, cuando se realizan una serie de reformas tendientes a transferir a las provincias y municipios las responsabilidades técnicas, operativas y administrativas de las instituciones sanitarias.

Las obras sociales, cuyo origen en Argentina se encuentra en las asociaciones de socorros mutuos, comienzan en este período a tomar relevancia, fundamentalmente las manejadas por ciertos sindicatos.

En las primeras obras sociales, el aporte para la cobertura de la atención médica se establecía en los Convenios Colectivos, lo que traía aparejada una diferenciación en el sistema a causa de la discrecionalidad que cada sindicato tenía para ofrecer en la calidad y cantidad de servicios.

Los sindicatos más importantes adquirieron o construyeron sus propias instalaciones mientras que los menos importantes contrataban los servicios a privados o celebraban convenios con los sindicatos más grandes.

El Estado con los años, había perdido el control sobre la administración de los fondos de estas obras sociales y de los sindicatos, hasta que a partir de un levantamiento popular producido en la Ciudad de Córdoba que obedeció a diversos factores de descontento popular, el gobierno nacional adopta una actitud dialoguista hacia el sindicalismo, mediante la sanción de una nueva ley, que se constituiría en un importante recurso de poder. La Ley de Obras Sociales, cuyo aspecto mas relevante era: financiar las obras sociales con recursos provenientes de contribuciones hechas por los trabajadores en un importe equivalente al 1 % de su salario bruto, en un 2 % proveniente de aportes de las patronales, un 1 % adicional para quienes quisieran incluir a una o dos personas más a su cargo y un 2 % de los haberes de jubilados y pensionados.

Asimismo, la Ley cubría a todas las obras sociales estatales, paraestatales, organismos descentralizados, empresas del Estado y sindicatos.

Estas obras sociales serían administradas por los sindicatos quienes recaudarían directamente sus fondos, sin intermediaciones.

Paralelamente se creó el Instituto de Obras Sociales con el objeto de promover, coordinar e integrar sus actividades, como así también para auditarlas, a la vez que se creaba un Fondo de Redistribución administrado por dicho Instituto para mejorar la infraestructura.

La norma sobre obligatoriedad de afiliación de todos los trabajadores en relación de dependencia y la del aporte patronal, otorgaron mucho mayor poder económico y político a los sindicatos.

En 1973 se retoma la ideología de la década 45 a 55 y se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud a efectos de conformar un sistema único, cuyo eje sería el Estado Nacional asegurando el acceso igualitario a toda la población; sin embargo, el proyecto no solo no dió los frutos esperados sino que tampoco hubo adhesión por parte de las provincias y no se pudo concretar el financiamiento necesario desde Nación a las provincias, que hubiera ayudado a hacerlo más viable.

El modelo de descentralización fiscal basado en objetivo a corto plazo correspondió al período 1978 en adelante.

Hacia fines de los setenta, la participación pública en la salud había decrecido y se había reactivado la tendencia a la descentralización de varios hospitales que hasta entonces dependían de la Nación.

Se aprobaron diversos convenios entre Nación, provincias y municipios a efectos de transferir desde la Nación 65 hospitales hacia diferentes jurisdicciones.

Las características principales de este proceso fueron la carencia absoluta de una transferencia presupuestaria equivalente desde Nación a otras jurisdicciones y un potencial proceso de negociación poco exitoso en tanto que los gobiernos subscribientes estaban vinculados al poder nacional.

Durante este período se impulsaron cuatro medidas relevantes:

- 1) la sanción de la Ley 29.269 de Obras Sociales en 1980 que aumentó el poder de la Secretaría de Seguridad Social;
- 2) la fijación de aranceles en los servicios asistenciales públicos, en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires y en 14 provincias;
- 3) el desarrollo de un mercado de servicios de salud como consecuencia de la reducción de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado, que llevó a un uso indiscriminado e innecesario de recursos tecnológicos;
- 4) la ampliación de lo que primero se llamó Comité Federal (1972) y luego reuniones de Autoridades de Salud (1976-1980), que implicaban encuentros periódicos de autoridades provinciales y nacionales en un ente mayor y con más capacidad aglutinante que se denominó Consejo Federal de Salud.

No obstante su propósito de definir estructuras y funcionamiento del sector salud, el proyecto planteado no prosperó demasiado.

En 1983 el deterioro de sistema de salud pública se veía empeorado por la crisis económica que afectaba al país.

En 1988 se sancionan la Ley N° 23.660 de Obras Sociales, que introdujo modificaciones sustanciales manteniendo a la totalidad de las obras sociales como prestadoras del sistema pero sujetas a un contexto mas amplio formando parte del Seguro Nacional de Salud, manteniendo la obligatoriedad de afiliación de los trabajadores en relación de dependencia, y eliminando la cláusula de adhesión obligatoria a la obra social por tipo de actividad; y la Ley N° 23.661 de Seguro Nacional de Salud con la que se buscó mejorar la cobertura y equidad de oferta, otorgando la coordinación de los servicios a Ministerio de Salud pero permitiendo mayor protagonismo de las obras sociales.

Paralelamente el sector privado, es decir, la medicina prepaga fue incrementándose, favorecido por la política económica de la época, como la reducción de los aranceles a las importaciones que previeron la compra de equipos de alta complejidad.

En los noventa se retoma la política de descentralización pero desde un gobierno democrático aplicando economía neoliberal, en medio de la reforma del Estado y políticas laborales flexibilizadoras.

En 1993 se aprueba el Decreto 578 referido a “Hospitales públicos de autogestión”.

Así por ejemplo, en términos generales el art. 1 expresa que los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, a que hace referencia el art. 1° del Decreto 9/93 están obligados a pagar, según el sistema automático establecido en este Decreto, las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los Hospitales Públicos que cumplan con lo prescripto en la presente normativa y estén inscriptos en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA). El art. 4 se refiere a que el Hospital Público de Autogestión (HPA) actuará como organismo descentralizado de acuerdo con las normas vigentes en cada jurisdicción, y con las facultades legales que le asigne la autoridad competente en el marco de dichas normas, con capacidad para: realizar convenios, complementar servicios con otros centros de salud, cobrar los servicios que brinde, etc.

El art. 6 dispone sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos generados por el propio hospital, sobre elaborar su propio Reglamento Interno y constituir comisiones y/o comités técnicos asesores, y el art. 9 dice que en los establecimientos

de mediana y alta complejidad, la Dirección deberá estar secundada por un Consejo Asesor Técnico y por un Consejo de Administración con participación social cuyas constituciones, atribuciones, obligaciones e integraciones serán definidas, en cada caso, por la autoridad sanitaria jurisdiccional.

El sistema de autogestión surge en un avance del Estado acorde a políticas de globalización mundial. Es una modernización del sistema de salud, financiado por el Banco Mundial, con el fin de limitar el gasto estatal desde un principio regulatorio macro-político.

Consiste en una reforma reorganizativa de lo público y privado con la desregulación de las obras sociales.

El Decreto 578/93 reglamenta la autarquía hospitalaria estableciendo normas de regulación de estas instituciones a sus jurisdicciones y no con el Estado.

Se mantiene la vinculación con el Ministerio de Salud Nacional en lo relativo a programas estatales de prevención y asistencia.

La autarquía procura la independencia económica de todos los hospitales con el fin de solventar sus gastos e inversiones, siempre acorde a planes funcionales a su jurisdicción y a los programas estatales de salud.

El Decreto incluye además el fortalecimiento de la atención primaria en salud, creación de Servicio Sociales en cada hospital para el relevamiento zonal de la población, destaca la atención igualitaria a los consultantes, ampliación de horario de atención hospitalaria y facturación al ANSSAL por las prestaciones realizadas.

Desde su implementación el progreso ha sido escaso y desparejo por fallas del Estado en su función de regulación y control para garantía de calidad y auditoría externa.

◆ Evolución del sistema de salud mental

Con respecto a la *evolución de las políticas públicas sobre salud mental* en nuestro país, es imprescindible vincularlo, al igual que la evolución del sistema de salud en general, con los procesos institucionales, los paradigmas dominantes, las ideologías político-económicas imperantes.

Durante el período del denominado “Estado benefactor”, se consolida una visión universal del derecho a la salud, en la que impera la concepción del “Estado como responsable de la salud de la población” entre 1945 y 1955.

Si bien a comienzos del siglo XX hubo algunos intentos aislados de reforma o construcción de un sistema adecuado para afrontar la problemática de la salud mental como el caso del Open Door, fue recién hacia finales de 1950 cuando la concepción sobre salud mental construye un nuevo paradigma.

La conceptualización de peligrosidad, irrecuperabilidad, custodia permanente vinculada a los pacientes con enfermedades mentales, da paso a otras definiciones de provenientes de otras disciplinas como la sociología, la antropología, la biología, y fundamentalmente al psicoanálisis, permitiendo visualizarlo en un contexto de relaciones sociales causales y consecuentes.

En 1957 se crea el Instituto nacional de Salud Mental cuya función era la de regular las actividades de los Profesionales en ese campo, desde donde se pudieron abordar algunas modificaciones en materia de estructura manicomial.

En los sesenta, como consecuencia de la turbulencia imperante en el país por golpes de Estado e intensos conflictos sociales, se integra la rama de la salud mental como parte de la salud en general y como algo aislado, exclusivo para personas “marginables”.

La burocracia sanitarista del INSM, implementó el Plan Goldenberg en la Capital Federal consistente en la formación de servicios de Psicopatología en los hospitales generales y Centros de Salud Mental, paralelamente con la creación de Comunidades Terapéuticas en los hospitales psiquiátricos, mientras se favorecía a las clínicas privadas y se mantenían los manicomios.

Durante la época del proceso entre 1976 y 1983 el campo de la salud mental quedó prácticamente devastado, con prestaciones públicas desmanteladas, muchos profesionales con ideas innovadoras fueron violentamente perseguidos, exiliados y desaparecidos, así como sus proyectos desarticulados, permaneciendo solo, casi intacto, el manicomio tradicional.

Esta institución se erigió, entonces en un símbolo de la exclusión, donde las políticas de salud mental se destacaban por:

- 1) la disminución de recursos;
- 2) discriminación del área de salud mental con respecto a las otras áreas de salud;
- 3) anulación de las concepciones progresistas
- 4) deterioro de los sistemas asistenciales.

A partir de 1983, se recuperan en parte las instituciones y se intenta reconstruir el sistema, hecho que encontró eco en el gobierno de turno con la implementación desde la Dirección Nacional en Salud Mental de nuevas concepciones vinculadas con la socialización del paciente.

No obstante, esta nueva teoría no fue acompañada por políticas acordes a nivel institucional psiquiátrico, y las demandas de desmanicomialización planteadas en décadas anteriores.

Las nuevas políticas estatales se centraron en:

- 1) la necesidad de restituir al interior de las instituciones, niveles más dignos de existencia de los pacientes hospitalizados;
- 2) establecer contactos con instituciones de asistencia más próximas al lugar de origen de los internos para posibilitar su traslado y la recuperación de aquellos lazos sociales y relaciones existentes;
- 3) desarrollo de una red de servicios que posibiliten contener la demanda en su lugar de origen y recepcionen los pacientes hospitalizados.

En lo relativo a destino presupuestario, la asignación de recursos es bastante restringida para el sector, hecho que se evidencia en todos los aspectos.

Al comenzar a década de los noventa, se retoma el tema de la desmanicomialización, encontrándose fuerte resistencia desde el punto de vista de la reformulación del destino de las partidas presupuestarias desde el Estado.

Actualmente, el retroceso del Estado en políticas sociales es notable, emergiendo nuevas modalidades de racionalización de los recursos y de los servicios, lo que indujo la exacerbación de problemáticas inherentes al campo de la salud mental.

◆ Sistema Nacional actual

La salud mental definida por los cánulos del poder procurando legitimar *un cierto orden social*, se corresponde parcialmente con la interpretación médica, la sociológica o la conceptualización que pudieran hacer los ciudadanos a partir de sus reales necesidades.

El sistema de salud público nacional se compone de hospitales públicos y centros de atención primaria que funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud de las diferentes jurisdicciones - nacional, provincial y/o municipal - y que prestan servicios gratuitos.

Este sistema sufrió un importantísimo deterioro en las últimas décadas y en su reemplazo tuvo lugar el crecimiento expansivo de obras sociales como principales proveedoras.

La progresiva crisis fiscal lesionó directamente al sistema de seguridad social en virtud de no contar con los recursos tributarios que le son propios conforme lo establece el presupuesto nacional.

En la década de los noventa, argumentando la resolución del deterioro planteado, se adoptó una política denominada las "reformas de segunda generación", impulsada por diversos Bancos Multilaterales de Desarrollo.

El interés en sí era asegurar la competencia comercial de las obras sociales en el más puro sentido ideológico liberal, para posteriormente promover más activamente la modalidad de "prepagas" y lograr la extinción del sistema público gratuito de salud, como ocurre en Estados Unidos, por ejemplo, donde aquél ciudadano que no tiene su seguro de salud no recibe asistencia pública.

El sistema de salud nacional se compone de tres subsistemas que son el público, el de las Obras Sociales y el privado, es decir que lo primero que se advierte es su heterogeneidad.

Esta heterogeneidad es acompañada por la falta de coordinación, lo que destruye todo intento de definir un sistema formal, en lo que se traduce como un uso ineficiente de todos sus recursos.

A la falta de coordinación de cada subsistema se le suma la fragmentación interna que ostenta cada uno, esto es que a nivel de sector público no existe coordinación de política – o ausencia de ellas – en las diferentes jurisdicciones: nación, provincias y municipios, y en el sector de la seguridad social, esto es, las obras sociales y el sector privado, se componen de gran número de instituciones heterogéneas en varios aspectos, como por ejemplo en cuanto a cómo operan, el número de afiliados que tienen, los servicios que prestan y de cuáles carecen, que población asisten, entre otros aspectos.

El sistema público gratuito se financia con los recursos tributarios y cuenta con una red de hospitales y centros de salud, en su mayoría en aquellas zonas consideradas "no rentables" para el sector privado en cualquier otro tipo de actividad comercial, lo que explicaría las motivaciones de determinados referentes del poder político de

turno para promover traslados, demoliciones, o desmantelamientos de ciertas instituciones cuando advierten alguna brecha que les permita mejorar ingresos con fines dudosos.

Este sector es utilizado casi exclusivamente por la población de mas bajos recursos, y como cada año mayor cantidad de personas alcanza este nivel, el sistema se colapsa, no pudiendo responder a las demandas por falta de insumos, falta de servicios, falta de cantidad de profesionales adecuado y aumento de la enfermedad en la población por condiciones de pobreza, marginalidad, estrés. Se debe agregar la concurrencia y asistencia de extranjeros que cruzan la frontera para recibir atención por no contar en sus países originarios con la misma, al menos en forma gratuita.

Este sistema opera mediante el Ministerio de Salud en sus tres niveles: nacional, provincial y municipal.

Cada provincial cuenta con autonomía en la toma de decisiones de sus centros asistenciales, sin embargo, por la Ley de Coparticipación, muchos recursos que necesitan para financiar sus propias instituciones son captados por la Nación, que a su vez financia de manera muy precaria las necesidades del sector.

El Ministerio de Salud de la Nación tiene formalmente a su cargo las tareas de coordinación y regulación de todo el sistema, la normalización, evaluación y planificación de acciones en materia de salud a nivel nacional. Esto incluye la promoción, prevención y recuperación.

Administra en forma directa algunos hospitales, funciones y programas específicos y participa mediante la Superintendencia de Seguros de Salud en la administración de los fondos de la seguridad social.

Los gobiernos provinciales por su parte, son responsables del sistema de salud de sus respectivas provincias a través de sus correspondientes Ministerios de salud.

A pesar de que la relación entre el Ministerio de Salud de la Nación y los respectivos Ministerios provinciales está dada por el Consejo Federal de Salud, las tareas y funciones generalmente resultan descoordinadas; en ese contexto se advierte superposición y superabundancia de normas, doble control y regulación, entre otros inconvenientes.

Las obras sociales en Argentina conformaban en los años cincuenta-sesenta un conjunto heterogéneo cuyos regímenes de prestaciones variaban bastante entre ellas.

En la década del setenta se consolidaron como sistema propiamente dicho mediante la promulgación de la Ley N° 18.610, incluyendo con carácter de obligatorio la afiliación de los trabajadores, clasificados según su actividad laboral.

Este sistema se conforma por instituciones que incluyen servicio de salud, asistencia social en diferentes aspectos y turismo, constituyéndose en un seguro social para trabajadores en relación de dependencia y el grupo familiar.

Aunque existen actualmente un número significativo de instituciones, es solo en un grupo muy reducido de ellas donde se concentran la mayor parte de los recursos y de los afiliados, logrando de esta manera sacar del mercado a otras que pudieran competir legítimamente, evidenciando la paradoja entre un sistema altamente descentralizado con muchas obras sociales y la doblemente alta concentración de la recursos y prestaciones en solo unas pocas, conforme sea su mayor o menor vinculación con el poder político de turno a nivel nacional, provincial o local.

Con la consolidación del sistema en la década de los setenta se profundizó la tendencia a la contratación de prestaciones privadas.

Además de concentrar gran parte de la población por la obligatoriedad de afiliación de los trabajadores en relación de dependencia, el sistema de obras sociales se erigió en el eje del sistema de salud nacional en cuanto a intereses políticos, económicos y sindicales. Éstos últimos han protagonizado feroces batallas por su completo control durante los últimos casi cuarenta años.

La llamada “medicina prepaga” aglutina una amplísima gama de entidades, precios y servicios que superan a los de las obras sociales

Como empresas privadas, sus fines son legítimamente de lucro, agrupándose en dos cámaras empresariales que son la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga que nuclea a las empresas sin servicios propios y la Cámara de instituciones Médico-Asistencial de la República argentina.

Cada una cuenta con alrededor de cien empresas localizadas entre la Ciudad de Buenos Aires, el conurbano bonaerense, Santa Fé, Córdoba, Tucumán, Mendoza y Entre Ríos.

El sector de la medicina prepaga se financia con aportes voluntarios de sus afiliados cuyos ingresos suelen ser altos.

Como se señaló mas arriba, el sistema cuenta con una gran cantidad de instituciones heterogéneas con poca calidad en la administración de sus recursos y prestaciones asistenciales, sobre todo en los contratos que suelen celebrar con las obras sociales donde se involucran intereses sindicales, inversiones de capitales extranjeros, concesiones, y en tanto que del mercado resulta una altísima competencia, se suelen promover planes diferenciados para captar mas afiliados, lo que pone en duda ciertas posibilidades de brindar determinados servicios a determinados costos.

◆ Marco normativo

A nivel nacional no existe todavía una norma que garantice los derechos de los ciudadanos y que contemple financiación federal sanitaria además de los derechos y garantías laborales en las diferentes jurisdicciones.

Desde el punto de vista profesional, la temática planteada desde hace tiempo a las autoridades nacionales puede resumirse en los siguientes puntos: los bajos salarios, la precarización de contrataciones, el 82 % móvil, la situación de los residentes no equiparados, el Plan de médicos comunitarios, la no privatización o tercerización de servicios, la abolición de privilegios corporativos, la regulación de protocolos para evitar el ingreso irrestricto de las multinacionales.

El avance de leyes innovadores en materia de salud pública, y sobre todo de salud mental, implicaría modificaciones en la órbita jurídica, lo que representa un serio obstáculo por la gran resistencia que esto genera en materia corporativa cuyos intereses se verían seriamente afectados.

En la CABA tiene vigencia la Ley 448 sobre salud mental.

Al respecto, Alfredo Kraut expresaba:

“Es urgente actualizar el examen de los problemas relativos a la salud mental, un terreno al que los últimos decenios han aportado notables cambios de perspectiva. Numerosas convenciones, declaraciones y normas deontológicas — producto de prácticas discutidas en foros internacionales y locales— precisan los caminos que han de seguir los países para adecuar su legislación interna y reestructurar la atención de la salud mental.

Varios de tales instrumentos internacionales tienen en nuestro país rango constitucional.

Los profesionales ligados a la salud mental, así como abogados y jueces, están por ello legalmente comprometidos a consolidar su vigencia efectiva y a asegurar la vía judicial (...)” [1]

“En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la nueva Ley de Salud Mental N° 448 (año 2000), inscripta en los lineamientos de la Constitución Nacional y de la Constitución de la Ciudad (art. 21 inc. 12) y en la ley básica de salud (N° 153), define los derechos humanos y las garantías de las personas asistidas evitando matices discriminatorios, así como la estigmatización y/o exclusión de personas cuya única falta es su padecimiento psíquico.

Sustenta, igualmente, la tendencia expuesta en la ley que rige la internación en establecimientos asistenciales de la Capital Federal (N° 22.914) y establece controles para evitar la reclusión psiquiátrica arbitraria.

Con idéntico sentido, la ley 448 tiende a favorecer la deshospitalización, la rehabilitación y la reinserción social de los pacientes internados. Al mismo tiempo, se orienta a implantar un sistema basado en la prevención, promoción y protección de la salud mental, propicia transformar el actual modelo hospitalocéntrico y favorecer y apoyar iniciativas que alienten prácticas comunitarias. Integra a los profesionales de la salud en equipos multidisciplinarios de salud mental, equiparando los títulos de grado en iguales jerarquías (competencias), sin desconocer los saberes específicos (incumbencias). Se superan con ello discrepancias históricas, se acaba con la discriminación entre profesionales no basada en sus competencias, ya que son los concursos los que dictaminan tales competencias por formación, capacidad, experiencia. Pues el objetivo básico de la ley local se centra en la protección y rehabilitación de las personas afectadas y en la prevención de los males mentales (...)” [1].

“(...) La propia ley 448 establece las fronteras de las responsabilidades profesionales al consignar que los integrantes de los equipos multidisciplinarios limitan sus intervenciones a sus respectivas incumbencias, y sólo asumen las responsabilidades que de ellas derivan. Cada profesional se hace cargo del deber de resarcir el daño ocasionado en el marco de su profesión: nadie responde por la práctica de otro que

[1] <http://www.psycoweb.com>

tiene autonomía científica. No cabe, pues, confundir la competencia para conducir una estructura sanitaria con el saber científico requerido por cada una de las profesiones que integran el equipo multidisciplinario: las funciones de conducción administrativa no son equiparables a la actividad asistencial, condicionada por las incumbencias profesionales de los miembros del equipo. Así lo sugiere la normativa internacional, que propicia la integración multidisciplinaria.

Hay autores que —con sentido— observan que la relación entre la locura y la ley se halla mediatizada por la psiquiatría. Que esta ciencia "ha permitido administrar la locura" y que los peritajes psiquiátricos han llegado a constituir un estatuto con valor legal, casi una verdadera magistratura de nuestro tiempo.

Existe, señala otro autor, una histórica colonización de la Justicia por parte de la psiquiatría. El caso es que tal poder de decidir sobre la salud o la enfermedad mental se ejercita medicando, internando, dirigiendo y controlando los servicios — "psiquiatrizando" el sistema de salud mental—. De allí que sectores de la psiquiatría y laboratorios sean ocasionales aliados contra la transformación del modelo actual. De estas controversias expresadas marginalmente resulta que la ley de salud mental, transcurridos más de dos años desde su promulgación, no ha podido reglamentarse, entre otras causas, por tales intereses sectoriales. Y la ley pierde operatividad. Sin duda, la ley es perfectible, pero es básica para la transformación del sistema actual. Y las "discusiones marginales" están afectando el tema nuclear de la atención de la salud mental. La rehabilitación y la reinserción de miles de personas no pueden hallarse supeditadas a disputas entre grupos: la cuestión clave es aquí cuál es el nivel de acceso a la tutela judicial de personas cuya protección aguarda a que se resuelvan. La indispensable tutela jurisdiccional es hoy una aspiración que compromete a todos: los pacientes —personas reales y sufrientes— no pueden esperar más. Es preciso advertir cuál es el verdadero interés en juego, totalmente ajeno a luchas de poder o de prestigio” [2]

Asimismo, el Dr. Wilbur Grimson, comentaba la obra de Kraut diciendo:

“La historia de la Psiquiatría en el mundo consigna diferentes actitudes y reacciones de la sociedad ante conductas imaginarias de los enfermos mentales que por

[2] <http://www.clarin.com>

diferentes motivos resultan intolerables e indeseables para algunas personas. Da cuenta de este proceso una obra como “La historia de la locura en la época clásica” de Foucault. Si hemos pasado a lo largo de diferentes siglos de los Asilos a los Hospicios y de éstos a los Hospitales, puede advertirse que el cambio de designación no siempre refleja ni un cambio esencial en la conceptualización de la locura por parte de las cultura, ni un reconocimiento de los derechos del enfermo mental, ya que la reclusión, el aislamiento y el maltrato reaparecen de muchas maneras en la práctica de los tratamientos, aun de los mas modernos.

La segunda mitad del siglo XX registró cambios profundos en la concepción de los tratamientos que se apoyaron por un lado en la aparición de los psicofármacos y por otro en el análisis y la utilización de los factores institucionales como productores o inhibidores del progreso terapéutico. Se reconoció que la asistencia psiquiátrica podía ser mejorada y que el tema constituía una deuda con la salud pública de las poblaciones. Hubo significativos adelantos en la concepción de la asistencia y en la planificación del cuidado continuo, sobre todo en Inglaterra y Francia. Posteriormente en los EEUU se avanzaría creando los Centros Comunitarios de Salud Mental. Por su parte durante la década de los sesenta surgió un movimiento autodenominado de antipsiquiatría, el que se caracterizó por generar una crítica adecuada de los aspectos negativos de las prácticas tradicionales de corte represivo, pero no llegó a sugerir caminos de abordaje que produjeran un mejor cuidado del paciente mental en las diferentes etapas de la evolución de su enfermedad. Se centró sobre todo sobre las manifestaciones de los casos agudos proponiendo una mayor tolerancia cultural, pero sin ocuparse en especial de los casos en que se ha producido un deterioro progresivo y una consecuente cronicidad. Un programa que se propone la provisión de tratamiento es necesario y posible de ser desarrollado, pero las sociedades son renuentes en muchos casos a privilegiar los derechos de poblaciones indefensas a las que el orden jurídico debe tutelar en las diferentes etapas de su padecimiento [3]

La obra de Alfredo Kraut refleja una original, persistente y adecuada dedicación a la

[3] <http://www.topia.com.ar>

defensa de los derechos humanos del enfermo mental, en especial a los avances que se han alcanzado en nuestro país por mandato del orden jurídico.

El estado calamitoso de la asistencia pública en este campo hizo necesario en nuestro país que la intervención judicial motorizada por Jueces Civiles destacados y por las Asesorías de Menores e Incapaces marcara en la década del 80 el retardo de las políticas públicas y la mayoritaria indiferencia profesional. Se estableció la necesidad de fijar condiciones de tratamiento adecuado y de desarrollarlos en contextos respetuosos de la dignidad de la persona, cosa que si bien ha mejorado, dista de dejarnos satisfechos. Valga como muestra el estado de nuestros Hospitales Psiquiátricos, tanto de los radicados en la ciudad de Buenos Aires como de los establecidos en el interior del país, con notorios déficit de personal y de prestación de servicios integrales.

Cuando el Profesor Mauricio Goldenberg llegó por concurso al Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús (1956) dió fuerza a la posibilidad de atender la Psiquiatría (aun la que requiere internación) en los Hospitales Generales, fuera del Hospicio, y esto convocó a una generación de jóvenes profesionales que realizarían una psiquiatría de avanzada, abierta a las terapias familiares, a la indagación epidemiológica, a la psiquiatría social, a las terapias grupales, al tratamiento integral del paciente internado, a las prestaciones ambulatorias y a la capacitación y la investigación. Tal era el valor del modelo de aprendizaje disponible que nadie se acercó para obtener cargos –por otra parte inexistentes- sino a compartir el proceso de adquisición de conocimientos. Complementando su formación psicoanalítica, esa generación desarrollo una Psiquiatra Dinámica de avanzada que obtuvo el reconocimiento de los países de las Américas como lo constató el Seminario de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) que tuvo lugar en Buenos Aires en 1965 y que contó con las figuras mas prominentes de la psiquiatría mundial: entre otros Paul Sivadon, Fritz Redlich y Paul Lemkau.

Por la época en que Goldenberg accede al Policlínico de Lanús, se creaban las carreras de Psicología y de Sociología, la UBA se ponía en varios campos a nivel de los centros de formación académica de excelencia. Risieri Frondizi lideraba un proceso de transformación al que contribuían entre otros José Luis Romero, Gregorio Klimovsky, Manuel Sadosky, Rolando García, Gino Germani y en el campo de la

salud mental Jose Bleger y David Liberman. El espíritu dominante era de actualización y transformación de las estructuras, de definición de proyectos de país, de búsqueda de soluciones a los problemas. Las Universidades Públicas se sentían incluidas en ese proceso.

Es en ese campo que la movida de Goldenberg, en consonancia con los desarrollos de otros campos, resulta isomórfica entre otros avances con la creación del Instituto de Historia Social, con los adelantos de Varsavsky en radioastronomía, con la construcción de la Ciudad Universitaria y con los comienzos de la investigación en neurociencias en Medicina.

Sin embargo el campo de la psiquiatría tradicional continuaba sin estar afectado por grandes modificaciones. Algunos intentos de modernización como el emprendimiento de García Badaracco en el Borda, eran resistidos. En 1968 se inicia un proyecto de transformación del Hospital Estevez de Lomas de Zamora, la demostración de que una psiquiatría integral, dinámica, que respetara al paciente, lo convirtiera en protagonista del proceso y produjera externaciones en breve plazo resultaba posible, fue resistida por las Asociaciones de Profesionales de los Hospitales de la ciudad de Buenos Aires que enfrentaron la experiencia solicitando su anulación, sin fundamento alguno.

La aventura hermana del Dr. Raúl Camino tardó más años en ser anulada, tal vez por estar a una mayor distancia de la Capital. Demostró que la rehabilitación y posterior externación de pacientes con tiempos previos de permanencia en Hospitales Psiquiátricos que superaban los 10 años, era factible si se implementaban programas de comunidad terapéutica.

Uno de los mayores aportes de la normativa jurídica respecto a las internaciones psiquiátricas fue la Ley 22.914 (1983) elaborada por un equipo coordinado por el entonces Juez Jorge Beltrán junto a Eduardo Cárdenas y Atilio Álvarez.

La Ley evitó entre otras cosas que se pudieran efectuar impunemente secuestros de personas por medio de certificaciones psiquiátricas no siempre reales. Y que se esquivara la responsabilidad por tratamientos no siempre adecuados. Estableció que la autoridad máxima de cada institución es la responsable por el tratamiento de un paciente internado.

Kraut plantea una distinción importante entre la desmanicomialización y la desinstitucionalización.

El primero de estos términos muchas veces se considera erróneamente que constituye un acto para el que basta la voluntad política de quien lo implementa. Se confunde con cierto lirismo que acompañó a la lucha por los derechos humanos de fines de la década del sesenta proponiendo destruir las instituciones. Fueron proponentes de esta línea por un lado David Cooper y por el otro Franco Bassaglia. Ambos visitaron las experiencias de transformación del Hospital Estevez encaradas por el equipo que integraban entre otros Miguel Vayo y Alfredo Moffat. Y ambos nos dejaron un regusto de insatisfacción. No proponían una política integral para la salud mental. Y revestían sus propuestas de una elocuencia autoritaria, que los mantenía alejados de la situación del paciente. Es generalmente reconocido que la Ley 180 de Italia hizo avanzar fuertemente el tratamiento del enfermo mental. Sin embargo no ha sido ésta lineal ni se cumple en todo el país.

Las decisiones de cerrar Hospitales Psiquiátricos implementadas en los EEUU de Norteamérica logran reducir el número de camas pero muchas veces no solucionan el problema sino que lo trasladan a la comunidad sin obtener mejores lugares de cuidado del psicótico como tal.

El problema que debe encarar el movimiento de transformación de los Hospitales Psiquiátricos es cómo resolver el tratamiento integral de los cuadros agudos, subagudos y crónicos, sin “hospitalismo” y con reinserción social lo más pronta posible.

Existe en nuestros hospitales psiquiátricos una cantidad de pacientes deteriorados por abandono de sus familiares, por la des-socialización y en algunos casos por el avance de su propia enfermedad, que no son pasibles de externación ni traslado.

El Dr. Raúl Camino pudo demostrar que un porcentaje muy alto de los mismos, tratados por técnicas de Comunidad Terapéutica se recuperan por vía de la socialización. Lo cual en muchos casos puede conducir a su externación. Por eso debemos replantear el tema de los derechos humanos del paciente mental apuntando a que cada uno sea sujeto de derecho y obtenga las mejores prestaciones terapéuticas que aconseje su evaluación.

Lo que se debe crear es una red de servicios asistenciales de diferente nivel en que el papel central no sea ocupado por el Hospital Psiquiátrico. Esto lleva naturalmente a la jerarquización del servicio de salud mental del Hospital General como brújula y conducción de las derivaciones. La salud mental se desarrolla en medio de las prácticas de salud general a las que naturalmente aporta. Por eso deben existir Centros de Salud Mental que se correlacionan con los Hospitales Generales. Y acciones complementarias de promoción y cuidado de la salud mental a nivel de centros de salud.

El movimiento antiasilar se inspira en los estudios clásicos de Hospitales Psiquiátricos realizados por Stanton y Schwarz y en una obra liminar como es el “Internados” de Irving Goffman que inspiró la Ley de Centros de Salud Mental de los EEUU. En Francia se desarrolló el movimiento de la psiquiatría de sector (con Racamier, Diatkine, Lebovici y Paumelle) y en Inglaterra crecieron las experiencias trascendentes de Maxwell Jones y su discípulo David Clark (ambos visitantes reiterados de nuestras experiencias). El interés de Kraut por los desarrollos más cercanos en el tiempo de Italia debió completarse con el estudio y descripción de los avances profundos logrados antes por Francia y por Inglaterra que establecieron una articulación de servicios de distinto nivel. Los mismos, en este último caso, se lograron dentro de la medicina socializada inglesa.

Pero muchos proyectos válidos de transformación que se inician en la segunda mitad del siglo XX no llegaron a extenderse. Cierta optimismo general hizo pensar que el desarrollo de un modelo de cuidado integral debía darse en forma rápida y natural. La realidad resultó ser más dura e inmodificable. Una cierta inercia y la ausencia de decisiones políticas globales demoraron en casi todos los países el proceso de aggiornamiento. Como señala Kraut, la Declaración de Caracas de 1990 generada por la OPS, constituye una pieza reflexiva sobre las dificultades registradas y una nueva formulación de posibles avances.

Kraut se detiene adecuadamente en la política de reducción forzada de camas en los EEUU que se tradujo en el desborde callejero de los “homeless”. Esto se basa en una planificación inadecuada que no creó las instituciones intermedias que -en número suficiente- podían proporcionar el cuidado continuo necesario. Pero la crítica de muchos profesionales de nuestro país al fenómeno, desconoce en cambio la alta

disponibilidad de tratamientos psicoterapéuticos completos para adultos y adolescentes con afecciones agudas, que se ha universalizado en los EEUU. Así como la aplicación de técnicas de comunidad terapéutica en la mayor parte de las internaciones de agudos que funcionan con duraciones breves y no producen cronificación. Por otra parte se ha generalizado la provisión de terapias familiares. Si entre nosotros existen los conocimientos y no existen los recursos es porque se debe llegar a concebir la psiquiatría de urgencia con la misma necesidad de calidad e intensidad de provisión de cuidados que una terapia intensiva. En el episodio psicótico agudo la demora reviste la misma gravedad que en un accidente cerebro vascular o en un episodio cardíaco.

Kraut señala que la Declaración de Caracas (OPS 1990) estableció que los programas de actualización de los modos de asistencia tradicional en psiquiatría no habían sido consistentemente modificados de modo de alcanzar una vinculación con la comunidad más directa, y que el Hospital Psiquiátrico cuando permanece como principal modalidad asistencial, obstruye estos avances. Puntualiza que “la mayor parte de los pacientes que no obtienen una rápida externación permanecen encerrados, apagados por efecto de medicamentos potentes, en medio de la violencia institucional”. Y agrega que “la reestructuración que se intenta es un proyecto nada sencillo. Por un lado por el entrecruzamiento interdisciplinario y por el otro por cuanto el modelo institucional es fuente de gran poder y una suerte de gran negocio, siempre en detrimento del usuario”.

Se refiere más adelante al documento denominado “Principios para la Atención de Personas que Padecen Enfermedades Mentales” que produjo la ONU (1991) donde se declara que “las personas que padecen enfermedades mentales son especialmente vulnerables y exigen protección especial”.

En nuestro país entre los avances logrados en décadas transcurridas se deben incluir las experiencias de Guedes Arroyo en el Hospital Roballos de Paraná, la del Centro Piloto del Hospital Estévez de Lomas de Zamora y la de Raúl Camino en la Colonia Federal, así como mas recientemente los avances judiciales expresados en el dictado de la Ley de Internaciones Psiquiátricas 22.914 (1983), los progresos legislativos de la Provincia de Río Negro, la experiencia de la Provincia de San Luis basada en una infraestructura edilicia adecuada aunque restringida en la práctica a los pacientes

agudos. De enorme valor debe considerarse el dictado de la Ley 488 por el Poder Legislativo de la CABA, aunque sus avances no han sido traducidos hasta ahora en un programa integral por el GCBA, que debió enfrentar una tenaz resistencia. Señalemos el importante libro de Carpintero y Vainer (2005) que traza el recorrido de la evolución de la Salud Mental en el país recogiendo estas experiencias, que han sido olvidadas o mal conocidas por muchos. Justamente se puede reconocer como positivo que se en los últimos tiempos se hayan rescatado estas experiencias que sorprenden por la efectividad obtenida y por el planeamiento integral de las acciones que llaman la atención de las jóvenes generaciones de profesionales y estudiantes. Un error común de la práctica psiquiátrica ha sido desestimar el contexto jurídico en que se desenvuelve su práctica, reduciendo los derechos de los pacientes que deben ser velados por la justicia en el caso exclusivo de las internaciones involuntarias. En cambio Kraut aborda la relación de la práctica asistencial con el contexto jurídico con rigor y sistematicidad. Despliega la totalidad de derechos que deben ser definidos y protegidos. Desde el dictado de la Ley 22.914 como se ha dicho, toda internación afecta al orden jurídico en tanto implica una suspensión temporaria de la situación de la persona afectada como sujeto de derecho. El autor de la obra que comentamos sostiene que la Reforma Constitucional de 1994 así como nuestra adhesión a los Convenios Internacionales incorporados a la Constitución, son terminantes en la defensa de los derechos del paciente mental, pero observa que cuando el modelo médico-psiquiátrico prevalece sobre el jurídico estas garantías deben responder a control judicial. Y agrega: "Esta preponderancia surge nítida en cada expediente donde tiene que decidirse una reclusión involuntaria. Habitualmente no existe el debido proceso legal, el auténtico debate en el que participen activamente el paciente y sus familiares, parientes y amigos, el Ministerio de la Defensa y el defensor oficial; y Zaffaroni citado por Kraut dice: "es innegable que el control psiquiátrico encierra iguales o mayores riesgos que el punitivo"

No hay transformación que pueda establecerse por el mero dictado de la Ley. En todo caso la situación de la ciudad de Buenos Aires demuestra que dedicar esfuerzos a la transformación legislativa necesita complementarse con transformaciones estructurales que mas allá de las normas que pueden ser ignoradas introduzca en la estructura asistencial una nueva manera de pensar, acompañada por una nueva

manera de encarar evaluaciones, entrevistas, indicaciones, decisiones terapéuticas y de programar la asistencia en etapas que tiendan a la reducción de los plazos de internación acompañados por una efectividad en el corto plazo que depende de una respuesta terapéutica mas integral. Toda demora en una evaluación o en el inicio de un tratamiento, redundan en el desarrollo de la cronicidad.

La efectividad no tiene por que afectar las diferentes formas de encarar conceptualmente la práctica asistencial pero no puede tampoco dejar de ser un criterio exigible en términos de las prestaciones asistenciales de una política de salud mental pública que es costeadada por la comunidad.

Debemos trabajar para que la omnipotencia profesional del médico sea sustituida por el interjuego de las diversas profesiones que no termina en la adición de psicólogos muchas veces interesados en un abordaje abstracto, sino en el recurso a todos los sectores profesionales, de enfermería, de asistencia social y de movilización de las estructuras psíquicas afectadas, en especial la terapia ocupacional, la musicoterapia y el abordaje corporal. En última instancia es la búsqueda del significado de la enfermedad lo que ilumina el camino a su desarticulación sintomática y acerca a la recuperación de la salud.

En los últimos años la experiencia de transformación psiquiátrica de base legislativa de Río Negro y los avances de la Provincia de San Luis han vuelto a mostrar caminos que pueden ser recorridos con provecho. Para el caso de la ciudad de Buenos Aires, Kraut solicita la búsqueda de complementación de la Ley 22.914 con la Ley 448 dictada por el cuerpo legislativo de la Ciudad Autónoma. Pero los alcances declarativos de la Ley esperan aun desarrollos programáticos postergados. “Estoy convencido que se debe avanzar en diferentes campos en forma simultánea. También creo que ya hay suficiente avance legislativo como para desarrollar décadas de programas y que lo que toca desarrollar es una discusión mas práctica que teórica. Que a partir de bases consensuadas produzca estrategias y proponga soluciones.

En síntesis considero que nos encontramos ante una obra fundamental en su carácter de recopilación integral en el tema de las relaciones entre la práctica de la internación y el cuidado psiquiátrico con la justicia, que muestra una progresión lógica en lo tratado, completud analítica en la presentación y fundamentación acabada de sus

conclusiones. Si un ejemplo acabado quiere buscarse del valor de la obra se la encuentra en el detallado último capítulo que expone rigurosamente los derechos específicos del paciente mental. Ante nosotros una obra completa, de enorme valor para el estudioso, para el legislador y para los profesionales”. [4]

◆ Sobre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

El deterioro sanitario generalizado en la CABA queda en evidencia en todas sus áreas e instituciones.

Desde hace unos años vienen teniendo lugar hechos de carácter gravísimo producto de la obsolescencia y falta de mantenimiento técnico, demoras excesivas en la adjudicación de turnos para todas las especialidades, carencia de infraestructura y su correlato en retrasos para la habilitación de más consultorios como los del Hospital Velez Sarsfield, derrumbe en el Hospital Moyano, falta de insumos, retrasos indefinidos de intervenciones quirúrgicas programadas por inexistencia de anestesia, camas vacías sin explicación frente a una demanda en incremento, entre otros.

A eso se le suma el déficit presupuestario, el éxodo de profesionales del sector público por los bajos salarios, la explotación de los pocos que se quedan, la fiebre tercerizadora-privatizadora de prestaciones que cada vez funcionan peor y resultan más onerosas como el servicio de limpieza, mantenimiento, alimentación, hemoterapia, bancos de sangre, por nombrar algunos, que requieren de auditorias.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con tres Hospitales Monovalentes, en incumplimiento de la Ley 448 y normativas internacionales en la materia, destacando un Neuropsiquiátrico Infante Juvenil.

Elena Florín, en su artículo “El sistema de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires está en llamas”, dice:

“Critizamos en su momento la promulgación de la 448 y el festejo del ‘progresismo’ al respecto, dado que no había referencias en el presupuesto para llevar adelante las reformas. Más aún, advertíamos sobre el interés privatista de la propuesta y hasta inmobiliario, por parte de la Corporación del Sur, en los invaluable terrenos de los hospitales psiquiátricos. Pronosticamos que seguramente la ley se implementaría en lo referido al cierre de los neuropsiquiátricos. Y así está pasando. El Moyano ya tiene

[4] <http://www.topia.com.ar>

cinco de sus pabellones cerrados y de las casas de medio camino ni una palabra. El deterioro de los hospitales de salud mental fue profundizándose día a día. La caída de paredes y techos en el Moyano, la falta de camas en el Alvear, la comida basura del Borda son parte del panorama diario en la ciudad. La falta de pago y de nombramientos a la mayoría de los profesionales del Sistema de Salud Mental que continúan trabajando, 1700 rentados (en negro) y 1300 ad-honorem, la escasez de camas a la hora de internar urgencias, la presencia de pacientes acostados en colchones tirados en el piso es cosa de todos los días, la demora de meses en listas de espera para la atención ambulatoria, retratan un panorama sombrío, consecuencia del abandono de la salud mental por parte del gobierno de la ciudad.

El “achicamiento de gastos” exigido por los acuerdos con los organismos internacionales, conduce sistemáticamente al deterioro de la atención médica y psicológica para los sectores populares.

El renunciado Director de Salud Mental Soriano intentó justificarse asegurando que no fue él quien no quiso llevar adelante la construcción de las casas de medio camino, los hospitales de día, los hostales, tal como la ley indica. Que no tuvo posibilidades de evitar la ruina de sistema. De hecho el presupuesto de salud mental bajó de 61.050.007 de pesos en 2003 a 56.188.442 en 2005. Esto en términos nominales. En términos reales, el porcentaje de la reducción es aún mayor. ¿De donde entonces habrían de salir los recursos para la tan reclamada reforma? La reducción presupuestaria -el ajuste en salud- para privilegiar el pago de la deuda externa por un lado y por otro impulsar el gerenciamiento de la salud mental, a través de fundaciones, casas de medio camino, hostales y granjas privadas.

Acorde con estos lineamientos el Director de Salud Mental porteño, Dr Pablo Berretoni anunció la aplicación de una política de desinstitucionalización (sic). Es respaldado en esta iniciativa por el Secretario de Salud del GBCA Spaccavento quien declaró: “Los hospitales neuropsiquiátricos son depósitos de seres humanos, donde se vive en hacinamiento, donde se violan los derechos humanos y donde no hay salud”.

En lugar de aumentar el presupuesto de salud mental para mejorarlos y adecuarlos a las necesidades actuales, abrir centros de salud mental en todos los niveles, incorporar personal (dando prioridad a los que lo vienen haciendo con sueldos en

negro o gratis), equipar los servicios y garantizar la entrega gratuita de medicamentos, hablan de desinstitucionalización.

“Desinstitucionalizar” a los internados de los hospitales públicos que, ya entonces no tendrían porque existir y abrir así todo un gran campo para los empresarios de la salud mental. Es decir, un gran mercado para explotar.

En los años de vigencia de la 448 el número de internados no se redujo. Los tiempos de internación tampoco. Se sabe que hay 2400 internados de los cuales 412 están en condiciones de ser externados de hospitales públicos pero permanecen allí por cuestiones sociales, falta de familia continente, de vivienda o de trabajo. Esto es, por la pobreza creciente. La demanda de atención es mayor y sin embargo no se establecen camas de internación en hospitales generales ni guardias psiquiátricas y psicológicas en los hospitales generales. De cuatro Centros monovalentes de Salud Mental que hubo años atrás queda uno solo, el Ameghino.

Poner énfasis en el problema de la desmanicomialización cuando se hace referencia a la salud mental es en cierto sentido, engañoso.

La cuestión es el estado actual del sistema de salud y, sobre todo, el estado de salud mental de la población.

Mientras la pobreza y la pauperización creciente, la desocupación para unos y el exceso de trabajo para otros, sean factores causales de múltiples trastornos mentales el problema de un sistema de salud, no se arregla con cierres y reducción, sino con aumento de los centros de atención a todo nivel” [5]

III. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN DIFERENTES SISTEMAS POLÍTICO-NORMATIVOS.

◆ Comunidad Europea

En la Unión Europea la salud es competencia exclusiva de los Estados Miembros en su doble aspecto “asistencia sanitaria y salud pública, no obstante la legislación en esta materia tuvo una influencia trascendental.

Dicha legislación se apoya en el Principio de Subsidiariedad” según el cual la intervención de la UE en ámbitos que no correspondan a su competencia se justifica

[5] <http://www.tribunadesalud.com.ar>

cuando los Estados Miembros no puedan alcanzar los objetivos previstos o cuando la acción se pueda cumplir mejor en el ámbito de la Unión.

La normativa vigente se manifiesta en la dimensión y fortaleza del mercado interior que regula y protege la libre circulación de personas, bienes y servicios dentro de la Unión y el impacto que el mercado tuvo en los estándares de protección de la salud hacia sus usuarios, servicios sanitarios, regulación de medicamentos, revalidación de títulos profesionales.

Además existe un trascendental interés por proteger la salud como objetivo comunitario prioritario, como así también, el promover la investigación biomédica.

El proceso de integración europea ha repercutido entre otros, en el sistema sanitario, siendo el mercado interior el que condiciona diferentes aspectos de los sistemas de salud.

Durante los últimos años la Unión Europea ha reforzado sus responsabilidades en salud pública tanto en los tratados como en la Constitución Europea, en proceso de ratificación. Esto se manifiesta en importantes iniciativas como la Estrategia Sanitaria Europea, el sistema de alerta ante las amenazas sanitarias, la creación de varias agencias relacionadas con la salud.

Varios Estados Miembros están abordando reformas sectoriales en salud y ésta, en un sentido amplio, es objeto de un amplio abanico de políticas públicas relacionadas con iniciativas comunitarias, en áreas como medio ambiente, agricultura, alimentación, recursos humanos.

Desde enero de 2007, la Unión Europea incluye veinticinco países, 460 millones de habitantes y cuatro millones de kilómetros cuadrados de superficie. Es el mercado más grande del mundo con libertad de circulación de personas, bienes, servicios y capitales.

Europa no es una patria consolidada y no se reacciona ante ella de la misma manera que ante la propia identidad.

Los Estados Miembros siguen siendo naciones soberanas que comparten competencias, delegan poderes específicos a las instituciones comunitarias para actuar en el interés común.

La UE es el resultado de sucesivos tratados, firmados a partir de 1951, de la incorporación gradual de nuevos miembros, y del desarrollo institucional para

cumplir los compromisos acordados y representar a los Estados Miembros y a sus ciudadanos.

Las instituciones europeas deben actuar coordinadamente en un entorno en el que, si bien se comparten objetivos comunes, existen multitud de intereses en conflicto, que demandan procedimientos sofisticados y detallados de conciliación.

La toma de decisiones requiere la intervención de diferentes instancias y de una pluralidad de comités, grupos de trabajo y foros.

El balance entre lo nacional y lo comunitario es fundamental y se delimita por competencias y principios que equilibran el papel de las instituciones comunitarias.

Los diferentes países europeos tienen enfoques variados en cuanto a la organización de los sistemas de salud.

El Observatorio Europeo sobre los sistemas de atención sanitaria y las políticas correspondientes tienen el objetivo de difundir información sobre más de cien años de cambios, analizar reformas y conseguir pruebas de lo que resulta eficaz en diferentes contextos.

Los países de la región de Europa tienen una variedad de enfoques respecto de la organización de los sistemas de salud.

El Observatorio Europeo sobre los Sistemas de Atención Sanitaria y las políticas correspondientes difunden información sobre más de un decenio de cambios, analizan las reformas y obtienen pruebas de lo que resulta más eficiente en diferentes contextos y por qué.

El mismo, vela para que las instancias normativas nacionales puedan situar sus experiencias respectivas en el contexto europeo, compara más allá de las fronteras, realiza análisis temáticos y comparativos de los principales desafíos a los que se enfrentan, y accede a pruebas claras y prácticas.

Es una asociación integrada por la Oficina Regional de la OMS para Europa, gobiernos (los de España, Grecia y Noruega), organismos internacionales y no gubernamentales (el Banco Europeo de Inversiones, el Open Society Institute y el Banco Mundial) y representantes del ámbito académico (la Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres y a escuela de Higiene y Medicina tropical de Londres).

Health system in Transition constituye una serie de setenta perfiles de países, ofrece respuestas analíticas a un conjunto normalizado de preguntas y utiliza definiciones claras para establecer información de referencia y señalar lo que es característico de un país determinado. El Observatorio abarca toda la Región de Europa y otros países de la OCDE, lo que permite hacer comparaciones sistemáticas y un examen de las reformas con el transcurso del tiempo.

Produce estudios integrales sobre los principales elementos de los sistemas y las políticas de salud, entre ellos los hospitales, el financiamiento, la reglamentación, la ampliación de la Unión Europea, el seguro médico social, las adquisiciones, la atención primaria, las preparaciones farmacéuticas, la salud mental, los recursos humanos y las metas. Utiliza investigaciones de otras fuentes, o investigaciones meta analíticas, y reúne a expertos de toda Europa para sintetizar conclusiones, analizar las experiencias de los países dentro de un marco conceptual y extraer enseñanzas prácticas y alternativas.

La colaboración con las instancias normativas y sus asesores ayuda a asegurar que éstos puedan utilizar la información y los análisis generados. El Observatorio, a menudo en asociación con organismos que apoyan la reforma de los sistemas y las políticas de salud, organiza seminarios y talleres para pequeños grupos de instancias normativas de alto nivel sobre asuntos tales como las opciones de financiamiento, las implicaciones de la adhesión de nuevos Estados Miembros o la equidad.

Asimismo, las políticas de la UE contribuyen a proteger y fomentar la salud mental, sensibilizar sobre todos sus aspectos y crear un marco paneuropeo de cooperación e intercambio de buenas prácticas.

Se trata de poner en contacto a las administraciones y los profesionales y crear nexos entre las políticas, las prácticas y la investigación.

Tal es el objetivo del Pacto Europeo por la Salud y el Bienestar Mentales, cuyas cinco prioridades son las siguientes: prevenir la depresión y el suicidio; salud mental de los jóvenes y educación; salud mental en el trabajo; salud mental de las personas mayores; lucha contra la estigmatización y la exclusión social.

Las enfermedades mentales constituyen un reto creciente para la Unión Europea (UE). Se estima que los trastornos mentales afectan a uno de cada cuatro europeos adultos, y son la causa de la mayor parte de los 58 000 suicidios que se registran cada año, cifra que supera a la de las muertes por accidentes de tráfico.

Las formas más comunes de enfermedad mental son los trastornos de ansiedad y la depresión.

Según los estudios, la depresión puede convertirse para 2020 en la primera causa de enfermedad en el mundo desarrollado.

La estigmatización de los enfermos mentales es una realidad.

Los enfermos mentales y las personas con discapacidad psíquica se enfrentan a aprensiones y prejuicios que aumentan su sufrimiento y agravan su exclusión de la sociedad.

Desde el punto de vista económico, las enfermedades mentales cuestan a la UE entre un 3 y un 4 % de su producto interior bruto, debido a las pérdidas de productividad que provocan y a las cargas suplementarias que entrañan para los sistemas sanitarios, sociales, educativos y judiciales.

Hay grandes disparidades entre las situaciones de los distintos Estados miembros en lo tocante a la salud mental; ejemplo de ello es la tasa de suicidios, que va de 3,6 por cada cien mil habitantes en Grecia a 44, en Lituania, la más alta del mundo. Por otra parte, el número de internamientos forzados en establecimientos psiquiátricos es cuarenta veces superior en Finlandia que en Portugal.

La implementación de una adecuada estrategia sobre salud mental e la UE aportaría: la creación de un marco de intercambio y cooperación entre los Estados miembros; la contribución al aumento de la coherencia de las acciones emprendidas en las diferentes políticas; la apertura de una plataforma para que las partes interesadas participen en la búsqueda de soluciones.

Al respecto, existen propuestas de diversos sectores tales como: promover la salud mental de toda la población; hacer frente a las enfermedades mentales mediante la prevención; mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades o discapacidades psíquicas integrándolas en la sociedad y protegiendo sus derechos y su dignidad; desarrollar un sistema de información, investigación y conocimientos sobre salud mental para toda la UE.

El Libro Verde propone tres grandes ámbitos de intervención a escala de la UE: Establecer con los Estados miembros un diálogo sobre salud mental. Uno de los objetivos perseguidos es determinar las prioridades destinadas a un plan de acción sobre salud mental.

En el marco de este diálogo debería también estudiarse si son necesarias las dos recomendaciones del Consejo propuestas: una, sobre la promoción de la salud mental y la otra, sobre la reducción de la depresión y la conducta suicida.

Abrir una plataforma de la UE sobre la salud mental; en la plataforma se reunirán muy diversos actores para recomendar acciones y estudiar los medios de promover la inclusión social de las personas con enfermedades mentales y discapacidades psíquicas.

Mejora de los medios de información sobre la salud mental a escala de la UE mediante el desarrollo de un sistema de indicadores que incluiría información sobre la salud mental, los factores que la determinan y sus consecuencias.

Con el Libro Verde, la Comisión responde a la Conferencia ministerial europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre salud mental, celebrada en Helsinki en enero de 2005. En la Conferencia se estableció un marco de acción global y se contrajo un compromiso político firme de cara a esta cuestión. Allí se invitó a la Comisión Europea a que ayudara a poner en práctica este marco de acción. Este Libro Verde es una primera respuesta a esa invitación.

◆ Estados Unidos

El sistema de salud estadounidense es el más caro del mundo pero el más eficiente.

En EE UU la salud no es un derecho sino un privilegio para los que cuentan con recursos, actualmente hay cincuenta millones de personas sin seguro médico.

La propuesta que se viene intentando plasmar mediante una reforma legislativa es la de aplicar un nuevo impuesto o aumentar los ya existentes a los sectores de mayores recursos para poder financiar un sistema de salud para los sectores desposeídos.

Sin bien la gran masa poblacional encuentra justa la medida, a la hora de los debates no se logra el consenso.

"Los que se oponen a esta reforma prefieren apuntarse puntos políticos que ofrecer alivio a los estadounidenses cuyos seguros médicos han aumentado tres veces más rápido que sus sueldos. Prefieren mantener un sistema que beneficia a las compañías

de seguros y a los laboratorios", expresó el Presidente Obama recientemente en todos los medios.

Las Compañías de seguros médicos Blue Cross, Blue Shield, Glaxo Smith Kline, Novartis y Metlife, en el paroxismo de su ejercicio corporativo, pagaron casi diez millones de dólares a lobbistas para impedir que la reforma al sistema de salud sea aprobada por el Congreso de los EE UU.

Lo mismo hicieron la Asociación Médica que pagó cuatro millones y la Asociación farmacéutica más importante Pharma que se desprendió de seis millones doscientos mil dólares con idéntico fin.

El presidente del Partido Republicano Michael Steel calificó ayer al plan de Obama de "socialista" y que está tratando de imponer un sistema de salud totalmente controlado por el gobierno. De hecho lo que está proponiendo es un sistema mixto mediante el cual las empresas privadas tendrán que competir con el gobierno en la venta de coberturas médicas, pero los republicanos han aprovechado la ocasión para alimentar los temores siempre latentes en la sociedad estadounidense al "socialismo" y al "comunismo". El debate está dado, y Obama reconoció que quizás no puedan concluirlo antes del próximo receso del Congreso.

En los Estados Unidos, no existe la salud pública gratuita, a excepción del programa "medicare" para personas mayores de 65 años y el "medicaid" para personas indigentes o seguro de salud nacional.

Para tener atención médica se debe de tener un seguro de salud o pagar por el servicio de manera directa, lo que indica que el sistema en este país esta liderado por empresas privadas, las cuales ofrecen servicios de salud a través de las siguientes instituciones:

1) *Organización de mantenimiento de salud: (HMO)*

Este tipo de plan de salud es prepago con una prima mensual. Cubre todos los costos médicos por visitas, hospitalizaciones, exámenes de laboratorio, cuidado de emergencia, cuidado preventivo de salud como vacunas, y otros servicios. Todo el cuidado medico debe de ser brindado por profesionales y hospitales que tienen contrato con el HMO, siendo la única excepción las emergencias médicas, cuando el paciente debe ser trasladado un centro asistencial.

2) *Organización de Proveedor Preferido: (PPO)*

Es un tipo de compromiso entre un plan de servicio por honorarios y un HMO. Cuando alguien se afilia a este tipo de seguro, se le entrega una lista de "proveedores preferidos" o "proveedores de la red". La mayoría de los costos médicos serán cubiertos bajo su seguro de salud.

3) *Precio por planes de servicio:*

Este tipo de seguro cubre la mayoría de los proveedores y hospitales y paga honorarios por servicios.

Se trata de una cantidad deducible, o una cantidad anual que se debe de pagar antes de que la compañía de seguro empiece a pagar por los servicios. Cada año, la cantidad deducible es renovada.

Esta cantidad deducible puede variar, y una vez que se haya pagado la cantidad deducible, la compañía de seguro paga la parte de los costos de servicios médicos que están cubiertos pagando el afiliado la diferencia.

El servicio médico en los Estados Unidos es generalmente de muy alta calidad. El gobierno vigila de cerca las empresas y servicios que se dedican a esto.

Hospitales, clínicas, escuelas médicas y compañías farmacéuticas deben cumplir con las regulaciones gubernamentales.

Todos los profesionales de la salud deben llegar a ser especialistas tomándose generalmente, 15 años de estudios rigurosos.

El alto nivel tecnológico disponible en el país contribuye a una atención de calidad, y en promedio cada hospital cuenta con equipos de última tecnología.

A diferencia de otros países, hay muy pocos programas subsidiados por el gobierno, a excepción de uno para personas mayores de 65 años quienes hayan cotizado en el seguro social (Medicare) y uno para las personas en pobreza extrema (Medicaid), por eso la industria de los seguros médicos es determinante para los estadounidenses. Aunque no se exige legalmente, la mayoría de los habitantes de este país tienen algún tipo de seguro médico.

En los Estados Unidos no existen tarjetas de identificación nacional, por ejemplo cédulas. En vez de esto, en los años 30 fue creada la Administración del Seguro Social (SSA) y el Gobierno Federal dispuso que todos los residentes y ciudadanos legales debían tener un tarjeta de seguro social válida.

Seguridad social es un término que comprende muchos beneficios disponibles para casi todo trabajadores brindado por el gobierno federal de los Estados Unidos.

La mayoría de los trabajadores estadounidenses dependen de estos beneficios del Seguro Social en algún momento de sus vidas.

La seguridad social es administrada por la Social Security Administration (SSA). Sus tres programas principales son: Social Security Survivors Benefits (Beneficiarios), Social Security Disability Benefits (Incapacitados), Social Security Retirement Benefits (Jubilados).

Estos tres programas son financiados por las deducciones de impuestos de nómina de cada trabajador. Una vez que el mismo entra en el sistema, empieza a acumular los créditos haciendo aportes periódicos para futuros beneficios, así cuando el trabajador sea elegible para recibirlos podrá solicitarlos.

En caso de extranjeros, pueden ser parte del sistema siempre y cuando hayan sido admitidos legalmente en el país y tengan permiso para trabajar emitido por el USCIS. El programa de seguro social incluye los beneficios de asistencia social y compensación por desempleo, subsidiados con fondos federales y los beneficios del programa de salud que cubre a personas mayores de 65 años (Medicare). El cual otorga beneficios a los jubilados, discapacitados y familiares de trabajadores fallecidos.

El gobierno federal requiere que bajo las guías del Acta de Contribución del Seguro Federal (FICA) se deben retener impuestos de Seguro Social.

Esta cantidad significa el 7,65 por ciento de las ganancias de cada trabajador, lo cual incluye la retención de impuestos de Seguro Social (6.2 por ciento), y una contribución al Seguro Medico del Estado Medicare (1.45 por ciento) que proporciona seguro medico a gente de más de 65 años. La patronal debe de igualar su contribución de 7.65 por ciento al Seguro Social que debe pagar al Gobierno Federal. Si una persona trabaja por cuenta propia, debe pagar un total de 15,3 por ciento de impuestos anuales al Internal Revenue Service.

Existen tres tipos de tarjetas otorgadas por el seguro social:

1) *Para ciudadanos estadounidenses y extranjeros con visa de residente permanente* que es la más común y permite trabajar sin restricciones.

2) *Para personas extranjeras legalmente admitidas en los Estados Unidos, pero que no tienen autorización para trabajar:* Es para personas que reciben algún tipo de beneficio o servicio, aún cuando no sea trabajador, la misma lleva la siguiente inscripción “not valid for employment”;

3) *Para personas extranjeras legalmente admitidas en los Estados Unidos, con autorización para trabajar:* Es valida para trabajar solo con autorización, tiene la siguiente inscripción “valid for work only with authorization”

Con relación a la funcionalidad del sistema en cuanto a la atención de las enfermedades mentales, es el que mas falencias tiene por la falta de atención, en tanto todo es privado, y la población de bajos recursos o pobre nunca accede al servicio.

◆ Latinoamérica

De acuerdo al concepto de salud, su evaluación en una comunidad debe hacerse teniendo en cuenta las condiciones materiales, la satisfacción de las necesidades básicas, las creencias, las representaciones sociales, el ambiente, las vulnerabilidades y potencialidades biológicas y la forma de sentir, pensar y comportarse de las personas.

En Latinoamérica (CEPAL, 1995) y según los últimos informes de la OMS hasta finales de 2007, la salud y la calidad de vida están mas deterioradas por el alto índice de latinoamericanos con necesidades básicas insatisfechas, contaminación ambiental, crisis en las instituciones, desempleo, violencia, desintegración familiar, desplazamiento entre países, creciente urbanización, explotación laboral, condiciones inadecuadas de trabajo, etc.

Una proporción importante de latinoamericanos percibe mal su salud y manifiesta poco bienestar psicológico.

También hay un alto porcentaje de personas con depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia y consumo de alcohol, cigarrillo y drogas psicoactivas.

A ellos se asocian una gran cantidad de trastornos psicosomáticos a los cuales en la mayoría de los casos no se les ofrece adecuada atención, dada la tendencia biofarmacéutica que responde a la dinámica funcional de los sistemas de salud.

En Latinoamérica hay una alta perdida de años de vida saludable, morbilidad y

mortalidad. Las principales causas de esto tienen que ver de manera estrecha con el estrés y los estilos de vida.

Algunas de ellas son violencia, accidentes de tránsito, enfermedades cardiovasculares, cáncer, trastornos perinatales, diabetes entre otros.

Esto implica que las estrategias de acción que se proponen desde los sistemas de atención en salud no sólo deben apuntar a la institucionalización sino a la educación en y para la salud, lo que incluye por sí mismo las estructuras cognitivas que los colectivos tienen sobre los procesos de salud-enfermedad.

En este aspecto la psicología de la salud puede contribuir tanto desde las estrategias de acción como desde su cuerpo teórico en relación a áreas biomédicas y socio ambientales.

Ante este panorama de crisis generalizada de la salud que está viviendo Latinoamérica, se observa que sus sistemas de atención se caracterizan por su falta de efectividad en la cobertura, inequidad, falta de integralidad, desigualdad, exclusión, falta de eficacia, y énfasis en lo curativo y reparativo.

En los últimos años ha comenzado a surgir poco a poco una nueva concepción de salud cercana a lo biopsicosocioambiental y como un derecho de todos y para todos, lo cual está llevando a una reflexión sobre los actuales sistemas de atención de salud, así como el surgimiento de la intención de modificarlos por parte de las instituciones y profesionales de la salud; sin embargo, el obstáculo principal está en las políticas prioritarias del Estado.

La reglamentación en el campo de la salud se hace desde el ente político y la participación de los profesionales de la salud en este aspecto es poco significativa. Así en algunos países se pretenda hacer algunas modificaciones dentro de la estructura de los sistemas, si en ello no está presente el conocimiento que hace parte directa del préstamo de los servicios de salud en todos los niveles, cualquier tipo de reforma siempre se quedará corta a la hora de acercarse al fenómeno amplio y complejo que constituye la salud vista desde lo psicológico, médico, social, cultural y ambiental.

Una visión política de reforma por sí sola no garantiza, ni que la norma sea la acertada frente a la complejidad cambiante del tejido social, ni mucho menos que logre sostenerse en el tiempo cuando apenas logra adecuarse una pequeña parte del

sistema de atención global y en este sentido la pretensión de alta cobertura que se propone desde lo político no alcanza a satisfacer el criterio de calidad que se requiere desde lo real.

En esta perspectiva, se han comenzado a pensar una serie de reformas en los diferentes niveles y áreas relacionadas con la salud (organismos estatales, instituciones de salud, profesionales, asociaciones y centros de formación profesional).

Las de mayor impacto potencial son las que se están planeando e implantando a nivel de los organismos gubernamentales. Como ejemplos se tienen los casos de Colombia y Chile, países en los cuales se han hecho una serie de reformas que buscan una mayor cobertura, equidad, igualdad, calidad e integralidad de los servicios de atención de salud, buscándose que los esfuerzos se dirijan a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En estos dos países se han instaurado reformas de este tipo desde el modelo neoliberal, el cual está también en la base de las reformas del sistema de salud que se han dado o están planeando en los demás países latinoamericanos.

Pero en el modelo neoliberal los estados tienen que disminuir el gasto público y sus gastos de funcionamiento, debiéndoles entregar los servicios sociales tradicionales a empresas independientes del gobierno, el cual debe quedar sólo como ente regulador. En esta perspectiva la salud se le está entregando a empresas particulares para que la administren, librándose así los estados de una gran responsabilidad.

Las pretensiones de alta cobertura desligadas en gran parte de las manos del Estado se convierten en claras manifestaciones de baja calidad y competencias de mercado poco saludables para lo que realmente significa prestar servicios de salud óptimos donde se incluyan los factores biológicos, sociales, ambientales y comportamentales del proceso salud enfermedad.

Queda así la salud fundamentalmente como un objeto de lucro económico cuyo sentido de bienestar se dirige más al interior de las instituciones, empresas, y organizaciones prestadoras de servicios de salud que a la salud de los mismos usuarios en el amplio sentido que ello constituye.

Esta forma de abordar la reforma de los servicios de atención de salud en los países latinoamericanos es enormemente problemática y en definitiva crea más problemas

de los que pretende resolver porque las empresas buscan obtener la mayor rentabilidad financiera, y para esto los médicos deben atender al mayor número posible de afiliados en unidad de tiempo, mandar el menor número posible de exámenes, interconsultas y operaciones quirúrgicas, si se tienen en cuenta los bajos honorarios a los profesionales de la salud y la falta de integralidad multi e interdisciplinar, se puede decir que los servicios de atención de salud son de poca calidad, eficacia e integralidad; obviamente se tiene presente que hay servicios con un alto nivel de eficacia y eficiencia, pero la pregunta es si ellos tienen acceso la mayoría o que sucede al respecto.

Para verlo no se requiere ir lejos, basta con acercarse a la institución pública que presta servicios de salud dentro de su caos administrativo y funcional.

Además hay un supuesto que dejando la salud en particulares se asegura la promoción de la salud y prevención de la enfermedad porque para las empresas es mejor que los afiliados se enfermen menos.

Sin embargo esto no es así, ya que dichas actividades representan altos costos y en las empresas se percibe poca seguridad, control y eficacia.

Finalmente, esto es enormemente peligroso para la salud mental debido a que para las empresas es mejor medicalizar o no intervenir que remitir al psiquiatra o psicólogo.

Está claro que en la política de masividad de préstamos de servicios en salud, la psicología no sale bien librada y termina siendo útil en la instancia en que se hace rigurosamente evidente y necesaria su intervención y como tal no hace parte del sistema global de salud de los países latinoamericanos.

Es diferente decir que una cantidad notable de psiquiatras y psicólogos latinos están dedicados al campo de la salud como una tarea ardua, en extremo desgastante, e insuficiente en tanto que las tareas por estos emprendidas no cuentan con el apoyo legal y político de los sistemas de salud latinoamericanos.

Los Estados, en las reformas que se plantean, quedan con un poca responsabilidad en la salud a nivel de lo que tradicionalmente se ha denominado salud pública.

Esta puede conceptualizarse globalmente en términos de relación con el bienestar colectivo, lo cual implica una práctica social y política donde se comprometen tanto

las instituciones como el estado y que se relacionan directamente con la seguridad social.

Antes de estas reformas ningún Estado latinoamericano asumió, elaboró y ejecutó verdaderamente un programa integral de salud pública.

Hay poco optimismo en las reformas que se avecinan debido a que en los países latinoamericanos es cada vez menor el presupuesto para este sector.

En los países latinoamericanos impera en todos los niveles el modelo biomédico y clínico, y esto hace que se enfatice en el tratamiento.

Este es el modelo en el que se están formando los profesionales de la salud, todo lo cual tiene implicancias en los sistemas de atención de salud y desde éstos hacia las instituciones que prestan los servicios de salud, en los cuales la inclusión de la psicología es aún incipiente.

En Latinoamérica, la atención a la salud mental ha tenido y tiene en este momento un papel muy reducido dentro del campo salud. Se da básicamente como una profesión aplicada a la salud mental en el campo de la clínica, predominando su intervención en la línea de los trastornos mentales y psicopatológicos

Ella se despliega en el marco de un dualismo mente- cuerpo que la mantiene anclada y aferrada a lo mental y al reduccionismo.

A finales de la década del 70 y comienzos del 80 un grupo reducido de psicólogos Y médicos psiquiatras latinoamericanos de diversos países comenzaron a interesarse en abordar la salud de una forma mucho más amplia a través del interés por la medicina conductual, medicina psicosomática, psicología medica y el recién fundado campo de la psicología de la salud, el cual integra los anteriores campos. Un ejemplo de esto fue el interés creciente en algunos profesionales por la aplicación del biofeedback a enfermedades de gran causalidad psicológica

Con el advenimiento de la salud como un proceso biopsicosocioambiental, al cual aporta el desarrollo de la psicología social comunitaria en el continente, algunos profesionales han comenzado a interesarse por la salud toma en un sentido amplio mas allá de la dualidad mente-cuerpo, y han comenzado a pensar en la prevención de las enfermedades y promoción de la salud, bajo criterios que se ajusten a la salud y no a la enfermedad.

Esto ha dado origen a investigaciones, grupos de investigación, cátedras, y asociaciones locales, nacionales e internacionales. En esta línea, recientemente se creó la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA), quién ha llevado a cabo una serie de actividades de centro y Suramérica especialmente.

A pesar de esto, los esfuerzos se ven reflejados mínimamente en la práctica, en la cual se sigue acentuando en lo mental y la clínica.

De esta forma, la disciplina esta en gran parte desligada del sistema de salud en los diversos países sin aplicar todo su potencial de métodos, técnicas y conocimientos al proceso de salud- enfermedad.

IV. CONCLUSIONES

En la cuarta parte de los países que nuclean más del treinta por ciento de la población mundial no existe una legislación nacional sobre salud mental específica.

De los países en los que existe legislación, en el cincuenta por ciento las leyes fueron aprobadas en los años noventa.

Menos del veinte por ciento de los países cuentan con legislación que data de la década del sesenta, es decir, previa a que los nuevos tratamientos existieran.

El hecho de que exista una legislación en materia de salud mental no implica una garantía de protección de los derechos de las personas con trastornos mentales ya que muchas legislaciones contienen disposiciones que los vulneran.

La mayoría de los países cuenta con normas específicas sobre determinados temas en salud mental, modalidad que resulta más aceptada que la promulgación de normas generales, es decir, la legislación de tipo genérica.

En Sudáfrica por ejemplo, existen muy pocos médicos psiquiatras en zonas urbanas y menos en zonas rurales; sí existen un número mayor de psicólogos y terapeutas ocupacionales.

Las nuevas normas determinaron la necesidad de contar con profesionales psiquiatras, por lo que comenzaron a tomar, aunque de manera muy precaria, algunas medidas para su formación y distribución en áreas clave.

En 1994, Corea promulga su Ley de Salud Mental como consecuencia del informe realizado luego de la cooperación técnica brindada por la OMS, basada en una ley japonesa de similares características de 1987.

Dicha ley otorga a la familia un rol relevante haciendo posible el ingreso involuntario de las personas con trastornos mentales en los hospitales si hay consentimiento familiar, siendo éste autorizado por psiquiatras.

En Italia se promulgó en 1978 la Ley Pública Italiana 180, y en Inglaterra, el Decreto de Salud Mental de 1983 es un ejemplo de modificación de la metodología de custodia y el encierro hacia la integración y rehabilitación de las personas con trastornos mentales.

Se pone en estos casos énfasis en el tratamiento voluntario de las personas con trastornos mentales, en dispositivos de tipo comunitario en vez de recurrir a manicomios alejados de la comunidad, permitiendo a los pacientes integrarse.

La concepción actual no es la del aislamiento por peligrosidad de los pacientes, sino su necesidad de recibir determinados tratamientos de manera urgente y específica.

En 1992 se aprobó en Rusia una ley de atención psiquiátrica que pone el relieve en la protección de los derechos humanos de los pacientes pero no determina las pautas para la prestación de los servicios.

En 1999 se promulga la Ley Bielorrusa cuya normativa expresa cuestiones muy importantes sobre los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, dispone sobre cuestiones preventivas en cuanto al abuso de autoridad profesional, regula sobre casos urgentes, el ingreso voluntario en los hospitales, el alta y sobre cuestiones judiciales en concordancia con normas internacionales.

En 1950 Japón promulgó la Ley de Higiene Mental que promovía la creación de hospitales psiquiátricos asegurando el compromiso financiero de los pacientes ingresados voluntariamente, lo que permitió financiar la construcción de otros centros de salud mental públicos y privados.

La nueva ley fue aprobada en 1987, poniendo de relieve los derechos humanos de los pacientes internados y promoviendo el desarrollo de servicios de salud comunitarios.

En 1993 se aprueba la Ley de Bienestar Básico de los Minusválidos; en 1994 la ley de Servicios de salud Comunitario; en 1995 la Ley sobre salud Mental se reformuló y se transformó en la Ley sobre Salud Mental y Bienestar, promoviendo el desarrollo de servicios médicos y bienestar integrados.

En Austria se implementó el servicio de apoyo a pacientes, el que cuenta con representación legal para pacientes internados por la justicia en hospitales psiquiátricos, asesoramiento sobre sus derechos, guía y supervisión, defensa confidencial y gratuita

En Argentina, en 1991 en la provincia de Río Negro, se promulgó una ley sobre salud mental que introdujo importantes transformaciones en el sistema, basa den los servicios psiquiátricos comunitarios en hospitales. Entre 1991 y 1993 el número de profesionales y empleados trabajando en equipos de salud mental comunitarios se incrementó un 50% aproximadamente. “La participación de los familiares, amigos y voluntarios de la comunidad en las actividades terapéuticas, como menciona la ley, aumentó de manera sustancial, y el número de empleados y profesionales de la salud mental trabajando en los hospitales generales aumentó un 25%”. (Cohen, 1995).

En 2001 se promulgó en Pakistán un nuevo Decreto sobre salud mental que reemplazó la Ley sobre la Locura (Lunacy Act) de 1912.

La nueva legislación promueve la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y el cuidado comunitario.

En 1975 Trinidad y Tobago se promulgó una ley sobre salud mental y en 2000 el país adoptó nuevas medidas sobre esa materia.

En 1992, Túnez promulgó una ley que regulaba la salud mental. La misma contempla que: a) la persona sufre un trastorno mental que exige atención inmediata; b) la persona es incapaz de proporcionar consentimiento informado;

c) la persona supone un riesgo para su seguridad o la de otros. Las decisiones son estudiadas y consideradas por una autoridad judicial, basándose en las recomendaciones de dos doctores, uno de los cuales debe ser psiquiatra.

El ingreso involuntario está limitado a tres meses inicialmente. Las personas ingresadas involuntariamente tienen el derecho a apelar contra estas decisiones.

La misma ley contiene secciones que garantizan a las personas con trastornos mentales el derecho a ejercitar todos sus derechos civiles, económicos y culturales a menos que estén bajo la custodia de un tutor.

Un órgano de revisión presidido por un juez y que incluye a psiquiatras y representantes de las autoridades locales es el encargado de revisar periódicamente los casos de todas las personas que están ingresadas de manera involuntaria en los dispositivos de salud mental.

Numerosas leyes ayudan a promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales:

1) La psiquiatría se ha agregado recientemente a la lista de prioridades médicas, ofreciendo incentivos financieros para animar a los especialistas a que se establezcan en el país;

2) el consumo de drogas está prohibido desde 1956, pero una enmienda reciente ha permitido el tratamiento del consumo y dependencia de sustancias y así se ha habilitado un centro de tratamiento para la dependencia y abuso de sustancias;

3) se facilita la rehabilitación de las personas con trastornos mentales mediante una ley que reserva el 1% de todos los puestos de trabajo en empresas de 100 o más empleados para personas con minusvalías;

- 4) se garantizan los cuidados de salud mental a los presos;
- 5) la legislación asegura los derechos de los niños;
- 6) la legislación promueve la igualdad de género mediante disposiciones relacionadas con la institución del divorcio legal, el reconocimiento del derecho a los cónyuges de ambos sexos a solicitar el divorcio;
- 7) la disposición de una edad mínima para que las mujeres contraigan matrimonio;
- 8) educación obligatoria para niños y niñas y la igualdad de oportunidades en el empleo.

En China, la nueva legislación contiene normas sobre:

- 1) la protección de los derechos civiles de las personas con trastornos mentales, incluyendo los derechos al empleo y la educación;
- 2) el consentimiento informado;
- 3) la confidencialidad;
- 4) la voluntariedad e involuntariedad de los tratamientos y hospitalizaciones;
- 5) la rehabilitación y servicios de salud mental basados en la comunidad;
- 6) la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales.

La característica más relevante del sistema de salud argentino es precisamente su alto grado de fragmentación.

La coexistencia de tres subsistemas particulares: el público, el llamado de Obras Sociales y el privado, le confieren características absolutamente propias.

El sistema de obras sociales, vinculado al trabajo y por lo tanto al índice de ocupación, con marcadas diferencias y absoluta independencia entre ellas es contenido por el sistema público solventado por impuestos cuando se pierde el trabajo o se trabaja en negro.

Por su lado, el subsector privado se canaliza primordialmente vía empresas de salud con seguro prepago o de sistemas capitados institucionales.

Los tres subsectores prácticamente no se relacionan entre sí, por lo que es muy difícil contar con datos de cobertura.

A diferencia de Canadá y en forma similar a los EE.UU, por ejemplo, se encuentra entre los países con escasa utilización de la estrategia de atención primaria de la salud (APS) y menor cantidad de médicos de atención primaria.

El gasto en salud como porcentaje del PBI es del 9 %, similar a países con los mejores indicadores. Su Mortalidad infantil fue del 12,9 por mil, en 2006 como promedio global, oscilando entre cifras como 7,9 por mil en la Ciudad de Buenos Aires, capital del país, hasta un 30,2 por mil en la provincia de Formosa, aproximadamente.

En 2009 ese porcentaje oscila entre el 10,5 y el 12,5 %. La fragmentación en este caso desiguala las distintas regiones del país.

Las políticas sanitarias no tienen efecto redistributivo. Los costos administrativos en un sistema de múltiples financiaciones y efectores, con subsidios cruzados entre los mismos, es elevado.

En el caso de los EE.UU. se calcula que allí ahorrarían más de \$161.000 millones por año en papeleo solamente, si alguien se cambiara a un sistema de único pagador.

A pesar de haber sido propuesto y discutido desde hace tiempo por diferentes autores la idea de un seguro de salud de cobertura universal que coordine los subsectores identificando a los usuarios en un único padrón no ha tenido predicamento en la sociedad argentina, ni en las asociaciones médicas ni figura en las agendas políticas, ni siquiera en épocas de campaña electoral.

En los EE.UU. los gastos de la atención de la salud aumentaron un 8,7% en 2008 superando los 2,1 mil millones de dólares y en promedio, se invirtieron en el rubro más de 7.000 dólares por habitante.

De seguir esta tendencia, el gasto global en sanidad, que asciende ahora al 18,5 % del PBI, alcanzaría el 20% en solo siete años.

Esta inflación sanitaria se ha atribuido a muchos factores, como el envejecimiento de la población, la proliferación de nuevas tecnologías, hábitos poco saludables de vida, la capacidad de la oferta de generar su propia demanda, el exceso de litigios y de la medicina defensiva y el beneficio impositivo a la cobertura de seguros.

Una segunda opinión sobre el tema, asegura que los factores enumerados son comunes a todas las naciones, y que el fracaso de los Estados Unidos para contener los costos médicos proviene principalmente de la extrema comercialización del sistema, incluyendo a compañías farmacéuticas, empresas proveedoras de servicios y la maximización de beneficios, inclusive en organizaciones sin fines de lucro.

A pesar de que en teoría los mercados optimizan la eficiencia y que la competencia es la llave de contención de costos, esto no parece poder aplicarse plenamente al campo de la salud, comparando los costos de salud de EE.UU con otros países de la OCDE (Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo), si se resalta que la mayoría de los mismos han optado por la cobertura universal y son más exitosos que los EE.UU. en contener los costos sin comprometer la atención.

Si se analiza la lógica del sistema, su alto grado de fragmentación con aumento de los costos de administración, la lógica perversa de las compañías de seguros y la falta de énfasis puesto en prácticas preventivas, calculando que entre un quinto y un tercio de los gastos médicos no hacen nada para mejorar la salud, se pueden establecer marcadas diferencias con el país mas poderoso del mundo.

El cineasta Michael Morore en su film “Sicko” cuestiona precisamente, no ya los costos, sino los resultados y el acceso de los estadounidenses a su sistema de salud.

Actualmente en la sociedad norteamericana, y como producto de la última crisis global existen mas de cincuenta millones de excluidos de la cobertura médica.

Si lo que sucede en EE. UU. sucediera en países pobres el tema tendría otra dimensión y la causa saltaría al instante: la pobreza. Pero no como no se trata de un país pobre, y la mayor parte de los estudios estadísticos se hacen comparativos con otros países que tampoco lo son como es el caso de Canadá, Inglaterra, Australia, Francia, Alemania, la diferencia no es tan notoria; sin embargo, éstos otros, suelen ostentar mejores indicadores de salud, con costos globales sensiblemente inferiores al de EE UU.

Que un país sea rico, y que tenga un elevado PBI por habitante, no garantiza que los resultados en salud sean los mejores.

De la organización social de cada país, de su inversión en infraestructura sanitaria, la forma en que se gasta el presupuesto en salud sí parece tener que ver con los resultados.

La manera en que se organiza y estructura el sistema de salud estaría en relación directa con la obtención de mejores indicadores, más allá del porcentaje del PBI invertido. El grado y forma de cobertura, y la estrategia de atención son más importantes que el monto global de lo gastado.

En el caso del Canadá, muchas veces se ve incursionado por estadounidenses para obtener atención médica gratuita

Los EE.UU. ahora cuentan con el sistema de salud más caro sobre el planeta y, a pesar de una tecnología de vanguardia, la salud general de la población estadounidense es inferior a la de la mayoría de los países industrializados.

Las tasas de mortalidad estadounidense, ya sean generales o infantiles, son extraordinariamente altas.

Comparando datos de los últimos dos años mortalidad infantil 5 en Canadá vs 7,3 por mil en EE.UU, expectativa de vida 77 vs 80, gasto per cápita 3000 vs 6000 dólares, y los sistemas de seguros privados según empleo en EE.UU. vs. Cobertura universal mediante financiamiento público en Canadá, puede advertirse a simple vista la diferencia.

En 1970, las tasas de mortalidad de EE.UU. y Canadá, calculadas junto con las líneas de ingreso, eran virtualmente idénticas. Pero el año 1970 también marcó la introducción de Medicare en Canadá: cobertura universal, de único pagador.

La explicación simple de cómo todos los canadienses, sin importar su ingreso, se han vuelto saludables, yace más probablemente en el hecho de que poseen un sistema de salud de único pagador financiado públicamente, y el grupo control (los Estados Unidos) no lo posee.

En un estudio masivo llevado a cabo por Estadísticas Canadá al principio de los años '90, se analizaron datos del censo sobre el ingreso y la mortalidad de todas las provincias canadienses y de todos los estados norteamericanos, así como de 53 áreas metropolitanas canadienses y 282 norteamericanas.

El estudio concluyó que *“la relación entre la desigualdad del ingreso y la mortalidad no es universal, sino que depende de características sociales y políticas específicas de cada lugar.”*

Es decir que las políticas sanitarias tienen un efecto redistributivo innegable.

Existe información en este estudio, en cuanto a qué países acompañan a Canadá en sus indicadores vitales, que ocupa el puesto número 23, dentro de 225 países, junto con Países Bajos, Luxemburgo, Australia, y Dinamarca; EE.UU., en el puesto número 43, es acompañado por Croacia y Lituania, por debajo de Taiwán y Cuba.

Todos los países alrededor de Canadá o sobre éste en los rankings poseen sistemas de salud financiados por los contribuyentes.

Los países alrededor de los EE.UU. y por debajo poseen sistemas mixtos o son, en general, extremadamente pobres en comparación a éste y a las otras naciones industrializadas del G8.

“El sistema de salud financiado públicamente tiene sus problemas, como bien lo sabe cualquier canadiense o británico. Pero, como la democracia, es la mejor solución que hemos encontrado hasta el momento.” (Dressell: 1999)

La forma de organización del sistema de salud de un país tiene directa relación con sus resultados sanitarios.

Seguramente no existe una receta única que sirva para todos los países, sus costumbres y cultura deben ser tenidas en cuenta en cualquier modelo de diseño, pero la cobertura universal y la compensación de las inequidades no podrán estar ausentes a la hora en que los países que no lo hayan hecho aún, como la Argentina, decidan planificar cómo brindar servicios de salud a sus habitantes.

V. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- BANCO MUNDIAL “*Evaluación de la capacidad institucional para la reforma del sector social en la Argentina*” - Informe N° 21557-AR, Mayo del 2001.
- BANCO MUNDIAL (1993) “*Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*” (Washington D.C)
- BELMARTINO, S. (1999) “*Nuevas Reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro?*” (Buenos Aires: Ed. Lugar).
- BISANG, R., CETRÁNGOLO, O. (1997) “*Descentralización de los servicios de salud en la Argentina*” (Santiago Chile: CEPAL – Serie de Reformas de Política Pública, 47)
- CORTÉS, R. Y MARSHALL, A. (1999) “*Estrategia Económica, instituciones y negociación política en la reforma social de los '90*” (Buenos Aires: Desarrollo Económico, n°154)
- DANANI, Claudia “*Los procesos que esconde la reforma de la seguridad social argentina: el caso de las Obras Sociales*” (1998) (Buenos Aires: Instituto Gino Germani, FSOC, UBA)
- FRANCO, Y. (2000) “*Subjetividad: lo que el mercado se llevó*” – (Buenos Aires: Revista Herramienta, N° 12)
- FREYLEJER, Valeria (1996) “*Sistemas de Salud: una antítesis global de un problema local*” (Buenos Aires: Pensamiento Económico)
- GONZÁLEZ GARCÍA, G., TOBAR, F. (1997) “*Más salud por el mismo dinero. La Reforma del Sistema de Salud en la Argentina*” (Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano –ISALUD)
- ISUANI, E., MERCER, H. (1985) “*La Fragmentación Institucional del Sector Salud en Argentina. ¿Pluralismo o Irracionalidad?*” (Buenos Aires: Ed. , Mimeo)
- KLAPPENBACH, H. (2003) “*La Globalización y la Enseñanza de la Psicología en Argentina*” (Brasil: Revista Psicología em Estudo, v.8, n° 2, p. 3-18)
- LANGSAM, Martín (2001) “*The Argentina Health Care System Politics of Reform During the 1990s*” en M. Sc. Dissertation in Public Policy in Latin America (Oxford: St. Antony `s College, Trinity Term)
- MADIES, C., GRÜNHUT, Y. “*Posicionamiento de actores sectoriales frente a las medidas dispuestas por el Decreto 446-00*” (Buenos Aires: Ed. Isalud)

- MARÍN, L. (2006). “*Otra Psicología es posible*” (Argentina: Revista Electrónica de Psicología Política - Año 4 N° 10 - Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de San Luis)
- MONTERO, M. (1984) “*La Psicología Comunitaria; orígenes, principios y fundamentos teóricos*” (Colombia: Revista Latinoamericana de Psicología, Volumen 16, N° 3, pags. 387-400)
- ODSTRCIL, German (1998) “*Comparative Analysis of Health Care Systems. Trends of the Argentinean Model*” - Trabajo de Licenciatura en Administración (Buenos Aires: Universidad de San Andrés)
- PARISI, E. (2006) “*Psicología, interdisciplina y comunidad*” Revista Enseñanza E Investigación en Psicología. (México: Julio - Diciembre 11 No)
- PARISI, E. y RODRÍGUEZ KAUTH, A. (2006) “*Claves de la Argentina del Siglo XXI*”. Ediciones Cooperativas. Buenos Aires, 2006.
- REPETTO, Fabián (2001) “*Transferencia Educativa hacia las provincias en los años 90: Un estudio Comparado*”, (Buenos Aires: Fundación Gobierno y Sociedad, y Grupo Sophia)
- REPETTO, Fabián (2001) “*Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino*”. Documento de trabajo N° 55 (Buenos Aires: Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional)
- SOJO, Ana (2000) “*Reformas de gestión de salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica*” (Chile: CEPAL)
- SVAMPA, M. (2005). “*La Sociedad Excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*” (Buenos Aires: Ed Taurus)
- TOBAR, Federico (2001) “*Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina*” (Buenos Aires: Ed. Isalud)
- TOBAR, Federico (2000) “El gasto en salud en Argentina y su método de Cálculo”(Buenos Aires: Ed. Isalud)