

[DEBATES]

LA SALUD, ENTRE LA ATENCIÓN UNIVERSAL Y LA JUDICIALIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES

El enfoque de derechos en las políticas nacionales de salud, el funcionamiento de los poderes del Estado, los conflictos y el derecho de acceso y cobertura en salud, los cambios de paradigma en la relación médico-paciente, fueron algunos de los temas que se discutieron en el Ciclo de Debates Saludables organizado por ISALUD.

Han pasado muchos años atravesados por un conjunto de políticas que solo llevaron al sistema de salud (sacar de asistencia social) a un proceso cada vez más profundo de fragmentación. Pese a la mejora de nuestros indicadores sanitarios, la persistencia de inequidades del sistema no han

hecho más que poner en la superficie las debilidades de un sistema precario y que anhelaba otro destino. Por ese motivo, y en el marco de los 20 años de la Fundación ISALUD, el Centro de Estudios e Investigación en Derecho Sanitario y Bioderecho, de la Universidad, organizó una serie de

charlas donde se hizo hincapié en una serie de temas para que los distintos actores repensaran el Derecho a la Salud en la Argentina del Siglo XXI.

“A la Argentina le sobra combate y le falta debate”, es una buena frase que acuñó el actual embajador argentino en Chile, Ginés González García, al final del encuentro y que resulta no solo una radiografía del contexto político que se vive en el país sino que también resume la esencia de este Ciclo de Debates Saludables iniciados por ISALUD y cuyos temas principales, en esta ocasión, giraron en torno a ciertos ejes centrales como el ya referenciado proceso de judicialización de la salud, la necesidad de articular la toma de decisiones entre los distintos poderes del Estado y niveles de Gobierno y el de llevar adelante las políticas públicas que tiendan a prevenir los déficits de acceso y cobertura.

“El derecho a la salud debe estar siempre acompañado de dos grandes



Los doctores Ginés González García, Alberto Mazza, Aldo Neri y Carlos Garavelli durante el panel “Los desafíos para las políticas públicas en la prevención de los déficits de acceso y cobertura”.

valores que son la equidad y la solidaridad”, destacó el representante de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, Armando Güemes. El especialista remarcó que “hay una relación directa entre los derechos de la salud y los otros derechos, como el del acceso a una vivienda digna, la alimentación adecuada y una educación libre y gratuita. Es importante que se trabaje siempre con esta visión intersectorial, que es la que permite avanzar sobre este componente del derecho a la salud y el de los grandes determinantes sociales”. Algo que ya bien decía de manera científica y profética, el Dr. Ramón Carrillo.

La obra del reconocido médico sanitarista fue evocada también por el actual ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Alejandro Collia, quien recordó una frase suya: “No hay políticas sanitarias sin fuertes políticas sociales”. Y destacó en ese sentido la intensa política del Estado provincial dirigida a integrar la educación y la salud, donde el sistema educativo tiene a 4 millones y medio de alumnos. “Hemos incorporado –agregó– de 2003 a esta parte 8 vacunas en el calendario escolar, que nos permitieron combatir enfermedades como el dengue o el sarampión, o puesto el ojo en otros ejes estratégicos que tienen que ver con el fortalecimiento de la atención primaria de la salud”.

En relación a la actuación del poder judicial, donde la garantía de los derechos individuales y colectivos han generado algún tipo de controversias, el ministro señaló un caso concreto con un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Provincia donde se obligó a una familia a vacunar a uno de sus hijos: “En este espacio conjunto con el Poder Judicial estamos en deuda, hay voluntad de trabajar en conjunto para que las decisiones en el sistema de salud se sigan tomando con el sentido de justicia distributiva y principio colecti-



Alejandro Collia, Antonio Morante, Santiago Spadafora y Guillermo Scheibler, en el panel “El enfoque de derechos en las políticas argentinas de salud, de los distintos Poderes del Estado y niveles de Gobierno”.



Mariela Rossen, Alicia Pierini, Ricardo Bellagio y Carlos Bonicatto, en el panel “Los conflictos y las vías de protección en el goce del derecho de acceso y cobertura en salud”.

vo que merece la atención del poder judicial para poder avanzar y garantizar los derechos colectivos. Saber que la decisión política de la Provincia es ser un fiel intérprete de los principios constitucionales de equidad, universalidad, gratuidad y de accesibilidad”. Por su parte, tanto el titular del Juzgado en lo Contencioso y Administrativo y Tributario N° 13, del Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Guillermo Scheibler, como los Defensores del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y de la Provincia, Alicia Pierini y Carlos Bonicatto, respectivamente, coincidieron en tratar de evitar la judicialización continua. Ricardo Bellagio, de la Superintendencia de Servicios de Salud, dijo también que “hay que trabajar para reducir los reclamos y la manera de hacerlo es articulando con todas las defensorías. Fue el propio presidente de la Corte, Ricardo Lorenzetti, quien nos señaló la importancia de avanzar en un proyecto de ley de mediación, que ante cualquier conflicto siempre es muy importante”.

La directora de la Diplomatura de Bioética de la Universidad ISALUD,

Diana Cohen Agrest, hizo referencia al nuevo tipo de relación médico-paciente, que ha sido un factor también de esta tendencia a la judicialización de la salud: “Los derechos del paciente se unen en un matrimonio por conveniencia con los derechos del consumidor. Las exigencias por parte de los pacientes hacia los profesionales no siempre se encuentran en condiciones de ser satisfechas, entre otras razones, porque la distancia de las ofertas nacidas de la mano de la medicación de la vida y las indicaciones clínicas parece ser cada vez mayor. Hay una falacia en el imaginario del paciente construida a partir de su deseo y el poder depositado en el médico, cuando ya no se juega el derecho del paciente sino el querer del consumidor que detenta el derecho a reclamar”, advirtió la doctora Agrest.

Al respecto, fue el ex ministro de Salud de la Nación, Aldo Neri, quien hizo una caracterización de la situación: “Hay un componente mitológico alrededor de la medicina, un plus de fantasía en el imaginario colectivo que está inserto en un modelo de sociedad que tenemos, que trasciende lo

regional. El modelo de una sociedad de consumo que hace que veamos esta *medicalización* como una receta para ser felices, donde hay una paradoja, una gran confusión en el reconocimiento de derechos y al mismo tiempo una implementación de la justicia distributiva que inexorablemente hace que queden hijos y entenados dentro de ese reconocimiento de derechos. Los derechos pueden ser casi infinitos y la satisfacción para algunos puede significar el no acceso para los otros. Hay una ignorancia de los problemas del funcionamiento del sector en el cual campeó un sentimiento predominantemente emocional, y esto para la justicia es un problema”.

La Lic. Susana Bustamante, docente de la carrera de Licenciatura en Enfermería de ISALUD, se refirió a la judicialización y despersonalización de la atención, y a los beneficios de trabajar en un marco de seguridad del paciente, explicado a través del Modelo Reason, que ocurre generalmente en el punto de interfase humana con las complejidades del sistema y cuyos efectos se sienten de inmediato: “El sistema tiene barreras propias

Ciclo de Debates Saludables

El Ciclo de Debates Saludables se lleva a cabo en el marco de los 20 años de la Fundación ISALUD, y darle un fuerte impulso al intercambio del pensamiento académico e interdisciplinario es una de las premisas de las autoridades, que en esta ocasión estuvieron representadas por el rector Carlos Garavelli y el vicerrector, Eugenio Zanarini. La directora del Centro de Estudios e Investigación en Derecho Sanitario y Bioderecho, la Dra. Claudia Viviana Madies, opinó también: “El sistema de salud argentino no difiere demasiado de otros de América Latina, fragmentados, con enlaces institucionales que necesitamos para integrar el sistema, dotarlo de equidad y universalizar las prestaciones. Así nace el espíritu de estas jornadas. Hace falta el desarrollo de expertos y de herramientas, una interrelación de disciplinas, fortalecer el conocimiento para tener personas autónomas que puedan ejercer sus derechos, libremente y en un contexto transparente, equitativo y justo. Alianzas con las universidades, la justicia, interactuar con los profesionales de la salud y los que gestionan y toman decisiones, profesionales del derecho, docentes, abogar por un sistema de salud más equitativo y amplio. Lo importante es que en el ámbito académico planteemos estos temas, anticipándonos a la búsqueda de soluciones”.

que al mismo tiempo se ven superadas por fallas humanas y nos vamos encontrando así con lo que definimos como eventos adversos. Esta situación cuantitativa y cualitativa lleva a que estos peligros se cuelen dentro del sistema y lleven a cometer errores en la medicación, caídas de pacientes, complicaciones pos operatorias, casos de fracasos terapéuticos, pero si tenemos esta cuestión visibilizada, lo que vamos a lograr dentro del sistema de

atención de salud es una mejora en los resultados, continuidad en los cuidados, menor estancia hospitalaria y menores costos”, explicó.

Para ello, agregó que hay un cambio en la mentalidad de las personas, “aquel que se consideraba un paciente pasivo hoy ya no lo es y cuando ocurre un evento adverso lo que tenemos que hacer no es señalar con el dedo quién lo hizo sino por el contrario, verificar cuál fue el error que cometimos y trabajar sobre él y sobre el cambio cultural de las instituciones. Ese es el cambio de paradigma, aprender del error y mejorar, para bien de nuestra salud y de nuestros pacientes”. Mario Glanc, director de la Maestría y Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social de ISALUD, señaló que “hay que considerar a la salud como una construcción de ciudadanía, establecer un contrato sanitario, lo que significa buscar consensos y transformar los consensos en ley, los consensos en letra escrita y a la que estemos obligados y amparados”.

El ex ministro de Salud, Alberto Mazza, destacó que “en casi todos los países, y en particular los de Latinoamérica, el tema de la judicialización se extiende cada vez más a través de los recursos de amparo o medidas cautelares, con



María de los Ángeles Domínguez, Mario Glanc, Susana Bustamante y Diana Cohen Agrest durante el panel “Los cambios de paradigma y legislativos en la relación de los profesionales de salud y los pacientes”.

Claudia Madies, Alicia Gallardo, Edgardo Morini y Hector Di Salvo, en el panel “La exigibilidad de derechos ante la mala práctica profesional y sus dilemas”.





Antonio Morante

Presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados de la Nación

“En un país federal como el nuestro donde cada provincia tiene su legislatura, su comisión de salud, cuando uno llega a la Legislatura se encuentra con muchos proyectos por patología, algunos a punto de ser sancionados, pero por otro lado siempre están los que les toca administrar el financiamiento de las obras sociales, las mutuales o las prepagas desesperados para que no salgan. De a poco fuimos logrando que las legislaturas provinciales pudieran tener una coordinación, para que pudiésemos debatir los mismos temas que nos interesan, la accesibilidad, un modelo de gestión, un modelo de atención y de financiamiento, temas que tenemos por delante. Y a partir de sucesivas reuniones se gestó entonces lo que hoy es el Consejo Federal Legislativo de Salud y se logró en un año homogenizar las legislaciones provinciales y nacionales, no tratar ya más temas por patologías y empezar a cuidar el financiamiento de las obras sociales, discutir por qué la salud está hoy judicializada, qué debemos hacer. A pesar del año electoral y que los tiempos parlamentarios son distintos, ahora tenemos una agenda unificada por delante y para cumplir”.



Diana Cohen Agrest

Directora de la Diplomatura de Bioética de ISALUD

“Esta suerte de *empoderamiento* del paciente, con los altísimos costos en salud que paga su obra social o su prepaga al seguro médico, condujo a una mercantilización de la medicina, como si la salud fuera un producto comercial. Se promuevan pseudo enfermedades a las que se les ponen nombres, para así promover nuevas necesidades. Muchos comerciales que aspiran a satisfacer la demanda de un malestar generado por los mismos laboratorios que lanzan esos productos, son dirigidos al segmento ABC1, profusamente difundidos en campañas. El profesional debe desmitificar esa parafernalia mediática y no ceder a la tentación de esos productos, porque su misión va mucho más allá. Puede servirse pero también debe lidiar con la nueva medicina, y la unión de la piel informática con la biotecnología, en cuanto está disponible no solo para los profesionales sino también para el llamado ciberpaciente o quienes con la posibilidad de acceder a la información médica buscan en la red su propio diagnóstico”.



Aldo Neri

Ex Ministro de Salud de la Nación

“El sistema de servicios padece un problema estructural, que no es de este Gobierno, ni del anterior, esto viene de hace décadas, y no puede resolverse por el mecanismo de reformas integrales como se intentó en los 70 con el proyecto peronista del Sistema Integrado, ni por el radical del Seguro Nacional de los 80, que terminó en un federalismo mal entendido y una creciente mercantilización del campo de las obras sociales y el sector privado, consolidando la fragmentación y desigualdades del sistema. ¿Cómo podemos aportar desde el sistema de servicios a la contención de este exceso de judicialización que no es el camino deseable? Tenemos que acercarnos por escalón, tomando medidas como cerrar la APE, enviar los fondos a la redistribución automática que tiene el resto de los fondos de las obras sociales y reemplazarlo por un seguro institucional; que se vaya definiendo un marco regulatorio del funcionamiento de las organizaciones de salud, tanto estatales como privadas; y una fantasía, la configuración de un consejo científico integrado por representantes de primer nivel que pueda decirle a los tres poderes, y también a la opinión pública, qué es lo racional en el campo sanitario. La decisión de las prioridades es política, pero el fundamento tiene que ser la ley, la norma, en el sentido que decía Aristóteles, y que en general está muy ausente en el sector de la salud. Es decir, la norma, inteligencia, sin pasión”.

distintas figuras según el país, pero que conforman lo mismo, es decir, baja calidad del servicio y dificultades en el acceso”. Al respecto, hizo hincapié en la judicialización justificada, en la no prestación o mala prestación del servicio que está contemplado en lo que la sociedad gasta por la atención médica. “Y aquí –indicó Mazza– el punto central es la desigualdad de los servicios que se prestan, con un acceso casi pleno en todo el país pero con desigualda-

des en los niveles y la prestación, y eso puede estar ocurriendo entre hospitales cercanos”.

Durante prácticamente la segunda mitad del siglo pasado, hasta los años setenta muy posiblemente, la Argentina contaba con una generosa estructura hospitalaria, acompañada además de un elevado nivel de sus profesionales de la salud. Tener un médico de cabecera que visitaba a su paciente era un lujo que hoy se engrandece a la distan-

cia. Esos médicos, sin duda, fueron el fruto de aquella semilla generacional que bajó de los barcos y concretó sus sueños. Los *médicos de hospital* que anhelaban el ideal universalista. Luego vinieron el modelo centrado en los seguros de salud, el seguro social y de carácter gremial, los seguros estatales a cargo de los gobiernos provinciales, y se consolidó lo que fue el INSSJP, el PAMI de los jubilados. Más la incorporación del sector de seguros privados



Alejandro Collia

Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires

“Para nosotros es importantísimo optimizar los recursos humanos con los que contamos, ya que representan el valor más importante del sistema público de salud de la Provincia. No solo por su mística e historia, sino porque al producirse 52 millones de consultas anuales y 400.000 egresos dan la dimensión de nuestro sistema. Un trabajo de capacitación ordenado con los gremios y que tratamos de que sea el estado provincial el generador de capacitación de sus propios recursos. Hoy tenemos casi 10 mil trabajadores capacitándose, entre ellos 3.500 en el área de posgrado y 4.000 enfermeros en un programa que solo se puede referenciar con los implementados en la década del 50 con la Fundación Eva Perón, que llevaba esa formación especialmente en enfermería profesional, con una deserción muy baja y que pretende resolver en parte las soluciones críticas que tiene nuestro sistema”.



Ricardo Bellagio

Superintendente de Servicios de Salud de la Nación

“Si bien tenemos muchos desafíos y vacíos legales, como la fertilización asistida a nivel nacional, también sabemos que está delegada en las provincias la facultad de desarrollar su salud y esto no es menor. Todas las provincias y jurisdicciones podrían tener su Programa Médico Obligatorio, muchas lo tienen, y muchas incorporan prestaciones más allá del PMO nacional. Y si a esto le sumamos las legislaciones que incorporan leyes especiales en cada jurisdicción y las nacionales que también incluyen leyes que se incorporan al PMO, tenemos un cuadro de situaciones que conducen a la problemática. Yo estoy en contra de las leyes especiales, si no en este país necesitaríamos una ley especial para curarnos, porque si no tenemos una ley especial no hay acceso. También hay una problemática que debe atender el Poder Ejecutivo, y es la permanente actualización del PMO mediante la intervención de lobbies empresarios o por vía judicial”.



Alicia Pierini

Defensora del Pueblo de la CABA

“No somos partidarios de la judicialización continua, creemos que hay que convencer a los funcionarios y agotar todas las formas que sean legítimas de negociación. ¿Cuáles son los temas de los reclamos? Son muchos, demoras en los turnos, falta de organización en la distribución de turnos, falta de aparatología para los estudios por maquinarias obsoletas o que no funcionan, los reducidos horarios para hacerse algunos estudios, la carencia de anestesiólogos y de personal de enfermería para terapia intensiva. Le siguen en el ranking la solicitud de medicamentos, de prótesis, la atención a personas con discapacidad sin cobertura médica, la negativa para presentar historias clínicas de los pacientes, y gestionar para que se les de. La Defensoría del Pueblo tiene al alcance la totalidad de procedimientos desde las gestiones hasta los judiciales para llevar adelante, y un recurso que nos ha dado resultados que es la mediación”.



Guillermo Scheibler

Juez en lo Contencioso Administrativo y Tributario N° 13 del Poder Judicial de la CABA

“Hay muchas formas de articular un sistema federal, lo que cambia es cómo se distribuyen las competencias porque sino pasa como en las películas americanas donde se termina huyendo de un Estado a otro. A raíz de las reformas del 94, se empezaron a resolver muchas cuestiones a partir de que se estableció que los derechos sociales tengan una protección más nítida a nivel jurídico. Algunos de esos tratados se refieren a la salud, y de hecho hay órganos internacionales que han establecido el derecho a los centros y bienes de salud, a facilitar la provisión de medicamentos esenciales, y a velar por la distribución equitativa de las instalaciones y de los servicios de salud. En síntesis se precisó cuáles eran los derechos de la salud y en ese sentido la Constitución del 94 puso blanco sobre negro las responsabilidades, y como contrapartida agilizó la manera de llevar a juicio al bendito amparo, se lo constitucionalizó y esto derivó en un aumento de la judicialización”.

de carácter prepago. Hasta que al promediar los años setenta, las políticas de achicamiento del Estado primero, y la desregulación de las obras sociales después, en los 90, puso al sistema de salud en estado de emergencia.

“Alcanzar consensos implica la necesaria construcción social para una política de largo plazo como debe ser siempre una política de salud. Es imposible hacerla si uno no alcanza un acuerdo social, no solo de los partidos

políticos sino también de la sociedad en su conjunto, construyendo una masa crítica que implique poder seguir con una política, una estrategia”, puntualizó el ex Ministro de Salud de la Nación, Ginés González García.

“Los logros del Estado de Bienestar de ayer ya no son suficientes y la insatisfacción hoy es causa del estado de malestar. Tenemos que abordar desde la intersectorialidad una política pública de salud, en el marco de

una sociedad menos confrontativa. Si en condiciones de extrema debilidad como la que vivimos entre el 2001 y 2003 lo conseguimos, y no había otra posibilidad que mantener vivo un sistema que se caía, tenemos que volver a ponernos de acuerdo en una serie de puntos buscando un tratamiento más integral y colectivo. Aunque siempre habrá temblores cuando uno intenta pasar del derecho de unos pocos al derecho de las mayorías”