

Editorial

POR NORA AQUÍN

Directora de ConCienciaSocial

Que setenta años no es nada...

“La medicina curativa de clases no pudientes, en virtud de ese régimen individualista tradicional, se fundó principalmente en el principio de la caridad cristiana, base sentimental que resulta ya anacrónica, socialmente insuficiente y moralmente diminutiva de la moralidad humana”. Estas palabras fueron pronunciadas por Ramón Carrillo, en ocasión de su asunción como ministro de Salud Pública en el año 1946. Se dice que poco antes, siendo Carrillo jefe de neurocirugía del Hospital Militar, el entonces presidente Juan Domingo Perón le había expresado: *“Mire Carrillo, me parece increíble que tengamos un Ministerio de Ganadería que se ocupa de cuidar a las vacas y no haya un organismo de igual jerarquía para cuidar la salud de la gente”.* Más allá de la veracidad de estas expresiones, es un hecho incontrastable que la creación del Ministerio de Salud Pública, y el nombramiento del Dr. Carrillo como ministro, instituye un nuevo paradigma, al transitar desde un modelo curativo-asistencial centrado en la

enfermedad hacia uno con base en la medicina preventiva y social, que asume como aspecto fundamental la relación existente entre la salud y las condiciones contextuales en las que las personas desarrollan su vida. Su concepción en torno a la salud expresa con claridad el carácter bienestarista del Estado, y se corresponde, sin lugar a dudas, con los postulados de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.

En el marco del Primer Plan Quinquenal de Desarrollo (1947-1951), se sancionan las leyes de sanidad pública y de construcción, habilitación y funcionamiento de los servicios de salud, que el Poder Ejecutivo propuso con los nombres de “Bases del Código Sanitario y de las facultades otorgadas al organismo de la sanidad nacional”, y “Construcciones y servicios sanitarios”. Queda así constituida la salud pública en Argentina, que favoreció el acceso completo y gratuito al 65% de la

población más vulnerable, y al 20% de la población con mejor posición económica, según datos del Ministerio de Salud de la Nación de la época¹.

Hace casi setenta años, Carrillo, que permaneció en el Ministerio de Salud hasta 1954, definía la política sanitaria del gobierno en el Plan Analítico de Salud, de 1946, de esta manera:

“una asistencia individual y familiar eficiente, continua y completa, con gratuidad para la población que la necesite, con libre elección del médico por el paciente, en la que los profesionales actúen para la comunidad ofreciendo sus servicios mancomunados, según la demanda de prestaciones y buscando el equilibrio entre las necesidades médicas de la población”.

Se consagran en el mismo Plan tres principios, con los cuales comienza a cristalizar desde el Estado una visión de la salud como cuestión pública y como derecho humano fundamental: - todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la sanidad; - no puede haber política sanitaria sin política social; - de nada sirven las conquistas de la técnica médica si éstas no pueden llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados.

Teniendo en cuenta que la salud de la población y las políticas sanitarias se

encuentran directamente vinculadas con la situación particular del mercado de trabajo y con el proyecto de país que se intenta consagrar, en las fases neoliberales que atraviesa y atravesó la Argentina, son claros los embates por la privatización del sistema de salud, cuyas principales consecuencias son una mayor deficiencia, precarización, fragmentación y desigualdad en la atención de la salud de la población. Se trata de conflictos siempre presentes en el campo de lo que Nancy Fraser llama la lucha por las necesidades, y que se resuelven a favor de los discursos privatizadores en los períodos neoliberales, en los cuales la salud deviene en mercancía.

Es en este marco -de disputas público/privado, universal/focalizado, y considerando la renovada fuerza de las reformas estatales regresivas- que se inscribe la propuesta actual de la Cobertura Universal de Salud (CUS), que, dada su denominación, para cualquier persona podría significar la constitución de un derecho, de una nueva cobertura, pero que en realidad no se constituye en una mejor cobertura ni es universal. Por el contrario, se trata de una regresión de casi setenta años, en tanto su objetivo principal es el desmantelamiento del paradigma instituido por Ramón Carrillo y de la intervención del Estado, sometiendo a la población a las lógicas y necesidades del mercado, proceso en el cual la salud se trastoca en mercancía y en objeto de lucro empresarial. Se trata de lo que se viene nombrando como “reformismo permanente”, profundamente

¹ Los datos fueron extraídos de Mignone, Javier: Del Maestro: don Ramón Carrillo, Planificación en Salud: un antecedente argentino. Revista Salud y Sociedad N° 25.

regresivo a nuestro criterio, y que no se logra si no se concreta, al mismo tiempo, un fuerte ataque y debilitamiento de las organizaciones sociales, políticas y gremiales, disciplinando al conjunto de la sociedad, a través de estrategias de distinto cuño, siendo muchas de ellas antipopulares y mediadas por el uso de la violencia física y simbólica. Al decir de Juan Carlos Tealdi², *“la idea directriz y los instrumentos básicos se repiten: fomentar la medicina privada, anular la resistencia sindical, utilizar el dinero de las obras sociales, como ya hizo el gobierno del general Juan Carlos Onganía hace medio siglo”*.

El intento de la CUS consiste en establecer una canasta mínima y básica, en un país con asistencia gratuita y universal consolidada desde hace casi setenta años, que cuenta con un sistema de salud -organizado según ingresos e inserción en el mercado de trabajo- que sin lugar a dudas tiene inequidades y desigualdades. Pero si la llamada cobertura universal de salud se concreta sólo contribuirá a profundizarlas, desmejorando significativamente las condiciones de salud de la población, y las posibilidades de intervención del trabajo social.

Rodean a este proyecto un conjunto de medidas regresivas, muchas ya concretadas, otras que se encuentran en estado latente: por nombrar sólo algunas, mencionemos

entre las primeras, la disminución drástica de cobertura de medicamentos a afiliadas/os de PAMI, disminución de la compra de medicamentos oncológicos por parte del gobierno, y el cierre de programas clave desde el punto de vista del derecho a la salud; entre las segundas, el intento de cobrar por el servicio de salud -y educación- a extranjeras/os.

Hemos vivido ya tiempos en que se impusieron los discursos minimalistas sobre las necesidades básicas y sobre las políticas de atención a esas necesidades: en ellos la población crecientemente empobrecida no puede aspirar sino a mínimos, como venimos escuchando sistemáticamente en estos tiempos. Se trata de una concepción que no sólo minimaliza los recursos disponibles para quienes más los necesitan; también minimaliza a las y los trabajadores sociales, en tanto profesionales centrales en el tratamiento de las expresiones concretas de la cuestión social, y lo hace despidiendo, tercerizando y precarizando. Así puede constatarse nuevamente que el desmonte de la salud pública produce, simultáneamente, fuertes impactos negativos en el campo del trabajo social.

Desde esta porción del colectivo profesional, que se expresa en la revista ConCiencia Social, seguiremos pensando la salud en términos de la resultante de condiciones adecuadas de alimentación, de vivienda, de educación, de medio ambiente, de transporte, de empleo, de ingresos, de recreación, de libertad, de accesibilidad.

² “El gobierno apunta a desmontar el derecho a la salud”. Página12. 9 de octubre de 2017.

Seguiremos pensando la salud en términos de derecho y no de mercancía. Seremos vigías atentas/os a los postulados de la Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072/14, que señala con claridad que es función del trabajo social proteger el interés de los ciudadanos; asumir los principios de la justicia social, los derechos humanos y la responsabilidad colectiva. Desde la ley, desde nuestras producciones, desde

nuestras intervenciones, desde nuestros discursos, seguiremos bregando por una atención sanitaria integral, inclusiva y garante de derechos. Ello sólo es posible en el seno de una sociedad capaz de distribuir la riqueza y la cultura socialmente acumuladas de manera tal, que cada quien tenga acceso a todas y cada una de las condiciones que favorecen la salud de nuestro pueblo.