

Alcances y límites del concepto de salud/enfermedad de Norman Daniels como criterio de acceso al sistema sanitario en salud mental

Autor:

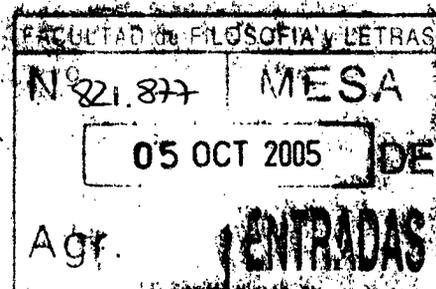
Woods, Silvia

Tutor:

2005

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Magister de la Universidad de Buenos Aires en Ética Aplicada

Posgrado



Tesis de Maestría

Facultad de Filosofía y Letras

Universidad Nacional de Buenos Aires

Alcances y límites del concepto de salud/enfermedad

de Norman Daniels

como criterio de acceso al sistema sanitario en Salud Mental

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

Dirección de Bibliotecas

Silvia Woods

Octubre 2005

Índice

Introducción

Capítulo I- Argentina, su situación socio-económica

- I.1. La construcción del desamparo
- I.2. La pobreza y la desigualdad
- I.3. El neoliberalismo y la desigualdad
- I.4. El escenario internacional y los derechos sociales
- I.5. El caso argentino, desigual entre desiguales

Capítulo II- Conceptos centrales de Teoría de Justicia de John Rawls

- II.1. Papel de la justicia en la cooperación social
- II.2. Objeto de la Teoría de Justicia
- II.3. Posición original y velo de la ignorancia
- II.4. Dos principios de Justicia

Capítulo III- Norman Daniels, extensión de los principios de justicia a la atención de la salud

III. 1 - Introducción

III. 2 - Atención de la salud: Justicia o beneficencia

III. 3 Lineamientos del sistema de salud norteamericano

III. 4. Teoría de las Necesidades: Mejor o peor situados

III. 4. a) Bienes primarios y principios de justicia

III. 4. b) Bienes primarios y principios de justicia-Un bien primario: la oportunidad

III. 5 Igualdad de oportunidades y atención de la salud

III. 5. a) Equidad en el acceso: distintas maneras de definir la equidad en el acceso a la salud

- i) Acceso equitativo: igualdad y equidad
- ii) Acceso equitativo a la atención de la salud entendido como utilización de acuerdo a la necesidad.
- iii) Acceso equitativo a la atención de la salud entendido como igualdad en las variables del proceso.
- iv) Acceso equitativo a la atención de la salud entendido como disponibilidad en el mercado de un decent minimum básico.
- v) Crítica al *decent minimum* y equidad en el acceso a la atención de la salud entendida como justa igualdad de oportunidades
- vi) Crítica a los supuestos del sistema de mercado en la atención de la salud.

III. 5. b) Necesidades sanitarias: ¿cómo definir a la salud y a la enfermedad?

III. 5. c) Necesidades sanitarias: ¿cómo definir salud mental y enfermedad mental?

III. 6 Necesidad de atención en salud mental: seis casos paradigmáticos

III. 6. a) Cómo abordar el problema del riesgo moral

III. 6. b) Necesidad médica: tres modelos posibles para definirla

III. 6. c) Tres modelos de necesidad médica: ¿tienen consecuencias distintas en la práctica de la salud mental?

Capítulo IV- Situación de la Salud Mental en la Argentina

Capítulo V- Algunos Problemas Conceptuales en torno al concepto de salud mental

V.1. Problemas conceptuales: una introducción

V.2. a) Sufrimiento y enfermedad

V.2. b) La cuestión de la prioridad y la jerarquía causal de la enfermedad

V.2. c) Diagnóstico y salud mental

V.3. 1- Objeciones al “modelo médico”. Esbozo de una teoría alternativa y complementaria

V.3. 2- Resumen de críticas al “modelo médico”.

V.4. Conclusiones generales

Anexos I-VI

Bibliografía y Referencias

Introducción

En 1992 se creó en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, la Maestría en Ética Aplicada, con cinco diversas orientaciones: Salud y Medio Ambiente, Cultura y Educación, Ámbito Público, Economía y Administración.

La columna vertebral teórica alrededor de la cual se desarrollaron los contenidos de la orientación Bioética se fundó en las distintas concepciones de justicia, y las controversias que inevitablemente se produjeron entre ellas. Más allá de que ese eje, el de la justicia, sea el que cabe en cualquier sociedad, es claro que en una sociedad como la nuestra –donde están presentes tajantes divisiones entre los que tienen y no tienen recursos- el eje de la justicia y el de la justicia distributiva en especial, resultó tanto oportuno como polémico. El contenido de las materias y seminarios colaboraba desde lo académico a resaltar el contraste que se estableció entre los temas estudiados –que enfatizaban lo que una sociedad justa debía ser- y la dramática realidad socio económica. En un tiempo real, la década de los 90 coincidió en todo el mundo con el auge del neoliberalismo y su secuela de privatizaciones, con un tiempo en el que la brecha social se profundizó de manera dramática.

En mi opinión, el hecho de que el autor más trabajado en la época de los inicios de la maestría haya sido un autor norteamericano –me refiero a John Rawls- preocupado por la equidad y la justicia distributiva, también fue un elemento que agregó riqueza a la formación y al debate a pesar de indicar paralelamente la influencia decisiva de los países centrales en los contenidos educativos de nuestro nivel universitario. Digo esto porque en el mismo período, quien fue ministro de economía de nuestro país durante toda esa década, era un seguidor confeso de una escuela económica norteamericana inspirada, en lo esencial, precisamente en la tradición filosófica opuesta a la que Rawls representa.

Para personas provenientes de otras disciplinas –en mi caso la psicología- poco informadas de los debates en el campo de la filosofía y en especial de la filosofía política, este contrapunto sobre todo, ayudó especialmente a hacer más inteligible las discusiones económico políticas en la realidad de nuestro país.

La preocupación teórica de Rawls por fundamentar principios para tratar con las desigualdades y las diferencias debidas al azar de nuestro nacimiento –y que redundan en colocarnos o no entre los peor situados en una sociedad que se dice cooperante-, fue notablemente exitosa en poner en escena las desigualdades, la naturalización de las mismas, y el razonamiento crítico aplicado a ellas.¹

Bajo la impronta del pensamiento rawlsiano se produjo un debate muy profundo que tiene –como ya dije- dos ejes principales, el debate comunitarismo/universalismo por un lado, y por otro el debate que se produjo entre el liberalismo neoconservador y el liberalismo socialdemócrata, por llamarlo de alguna manera. No me ocuparé del primer punto, aunque es interesante, sino del segundo: el debate entre liberales de izquierda y de derecha.

El núcleo de ese segundo debate en la filosofía práctica contemporánea, entre la posición liberal social-demócrata de Rawls y la liberal-conservadora de Robert Nozick, gira en torno a posiciones opuestas en relación a la sociedad.²

¹ Respecto de la desigualdad y la pobreza en EEUU comenta el Padre Luis Barrios, de la Iglesia San Romero de Las Américas, de la ciudad de Nueva York: “La oficina del Centre for Budget and Policy Priorities acaba de hacer público un informe en el cual dice que en el año 2003 aumentaron los números y el porcentaje de ciudadanos/as estadounidenses que viven bajo los niveles de pobreza. También, que el número de personas sin un seguro médico subió por tercer año consecutivo dejando al descubierto la penosa realidad que por lo menos unas 45 millones de personas no tienen cobertura médica.” Luis Barrios, “La pobreza no es un estado natural del ser humano”, artículo periodístico publicado el 29 de agosto de 2004, en *Argenpress*. www.argenpress.info

² En el libro de Daniel Azpiazu y Hugo Nochteff - *El Desarrollo Ausente*- sobre el que me extenderé en el primer capítulo, también se subrayan las diferencias –en este caso- entre el liberalismo clásico y el neoconservador. Azpiazu dice que frente a los datos que indican que en 1989 se destruyen en Argentina las regulaciones burocráticas que todavía trababan la iniciativa privada, el “mercado” ofreció la bendición redistributiva que se refleja en que “el 10% más rico de la población recibió el 41,7% del ingreso, el 60% percibió el 51,1% y el 30% más pobre, apenas el 7,3%”. Hay que preguntarse, dice, por qué los padres del liberalismo político y económico creían que el mercado no resolvía las desigualdades, por qué John Stuart Mill, Alfred Marshall y Arthur Cecil Pigou pensaban que, si hay desigualdades de distribución de la propiedad y del ingreso, el mercado tenderá a reproducirlas o a empeorarlas. Azpiazu, Nochteff, *El Desarrollo Ausente*,

Mientras que –como veremos- para Rawls la estructura básica de una sociedad supone ciertos criterios acerca de las condiciones mínimas de justicia, para Nozick el estado de una sociedad tiene una impronta fuertemente antidistributiva y un cometido político fundamental, que centra en la defensa de la propiedad privada.

Como es sabido, una de las objeciones centrales de Nozick al principio de diferencia de Rawls -que establece que las desigualdades deben resultar en ventajas para los individuos peor situados-³ reside justamente en el punto de vista según el cual la distribución de los talentos naturales es considerada como una posesión colectiva o común que debe compartirse a través de la sociedad como un todo. Rawls cree que la noción de acervo común -tal como se expresa en el principio de diferencia- expresa el ideal de respeto mutuo que un liberalismo debe afianzar. Nozick piensa exactamente lo contrario: considerar a los dones naturales de las personas como una propiedad común, es precisamente contradecir todo lo que el liberalismo deontológico afirma en cuanto a la inviolabilidad del individuo y a la distinción entre las personas. Nozick considera que las regulaciones de los gobiernos destinadas a garantizar la igualdad de las personas son interferencias injustificadas a la libertad. Cito:

El Estado mínimo es el Estado más extenso que se puede justificar. Cualquier Estado más extenso viola los derechos de las personas. (...)

El término “justicia distributiva” no es un término neutro. Al escuchar el término “distribución”, la mayoría de las personas supone que alguna cosa o mecanismo usa algún principio o criterio para hacer la distribución de cosas. Algún error pudo haberse colado en este proceso de distribución de las porciones. De manera que, al menos, es una pregunta abierta saber si la redistribución debe ocurrir; si debemos hacer nuevamente lo que ya se ha hecho una vez, aunque no muy bien. Sin embargo, nosotros no estamos en la posición de los niños a los que les ha dado tajadas de pastel alguien que hace ajustes de último minuto para

Restricciones al desarrollo y La Industria argentina ante la privatización, la desregulación y La Creciente Polarización del Poder Económico, Buenos Aires, Argentina, editorial Tesis Norma, 1994, pág. 13.

³ Más adelante en esta tesis, nos extenderemos en la explicación de este principio.

rectificar un reparto descuidado. No hay distribución *central*, ninguna persona o grupo facultado para controlar todos los recursos, que decida conjuntamente cómo deben repartirse. Lo que cada persona obtiene, lo obtiene de otros que se lo dan a cambio de algo, o como obsequio. En una sociedad libre, diversas personas controlan recursos diferentes, y nuevas pertenencias surgen de las acciones e intercambios voluntarios de las personas. No hay más porciones para distribuir que parejas en una sociedad en la cual las personas escogen con quién contraer matrimonio. El resultado total es el producto de muchas decisiones individuales que los diferentes individuos tienen el derecho de hacer.⁴

En síntesis, al considerar Nozick que las regulaciones destinadas a garantizar la igualdad de las personas son interferencias injustificadas a la libertad⁵, su posición tiene claras consecuencias para todas las medidas redistributivas, y por cierto también para la atención de la salud.

La teoría de Nozick es retomada, también en EEUU, por H. Tristram Engelhardt⁶, quien deriva de ella una posición que define a la salud como una mercancía más. Según su opinión, es injusto pretender que la atención a la salud sea un derecho. No me voy a ocupar de esta posición, pero es importante dejar planteada cuál es aquí la polémica central: la atención de la salud como un bien que al mismo tiempo es un derecho o, por el contrario, la atención de la salud como una mercancía más en el libre juego del mercado. Dejar sentados los rasgos más importantes de esa posición es particularmente revelador, porque con el auge de las privatizaciones en nuestro país esa discusión se trasladó casi como un calco en la década del 90.⁷

⁴ Robert Nozick, *Anarquía, Estado y Utopía*, Buenos Aires, Argentina, Fondo de Cultura Económica, 1988, pág. 153. El subrayado es mío.

⁵ Para ampliar este tema ver María Julia Bertomeu. "Equidad y Mercado en Salud" en el libro Salvador Bergel (compilador), *Genoma Humano*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, Editorial Rubinzal-Culzoni, 2004, págs. 249-262.

⁶ Un texto importante en ese sentido es: Tristram Engelhardt, *Los Fundamentos de la Bioética*, Buenos Aires, Barcelona, Paidós, , 1995.

⁷ Más adelante trataremos el tema siguiendo el análisis de María Julia Bertomeu en op. cit.

No es mi intención exponer la doctrina libertaria de Nozick y sus consecuencias para el reconocimiento de un derecho a la atención de la salud. Me ocupo en cambio, de exponer la teoría de Norman Daniels, discípulo de Rawls, de quien surge el esquema de esta tesis.

En el campo de la ética aplicada, siguiendo a Rawls, Daniels propone y fundamenta su concepción de un “derecho a la atención de la salud”, derivado a su vez de la obligación más general de la sociedad de garantizar una justa igualdad de oportunidades –si es que quiere considerarse una sociedad justa-.

Abordo aquí los Alcances y Límites de su definición de salud y enfermedad –en especial de salud y enfermedad mental- como criterio de acceso al sistema sanitario.

No discutiré el problema del derecho a la atención de la salud⁸. Como el esquema de esta tesis surgió al plantearme qué significa pensar la bioética como especialidad de la ética aplicada en nuestro país y, por otra parte, qué significa pensar la bioética en relación a la salud mental, lo doy por suficientemente fundamentado, en cambio, como vía para los problemas que plantea específicamente el derecho a la atención de la salud mental. En ese desarrollo asumiré el marco teórico de Daniels.

Por mi interés particular en el énfasis que hace Daniels (o, que él hace) sobre la justa igualdad de oportunidades, es que, luego de esta Introducción, en el Capítulo I ubico a la Argentina, en un contexto político y económico en el que la igualdad de oportunidades es catastróficamente distinta y dramáticamente menor para los habitantes del país según se esté entre una minoría rica o entre la mayoría pobre. Así, el método elegido es describir la situación socio-económica de la Argentina, y relacionarla con la realidad de los procesos socio-económicos en el contexto latinoamericano y mundial, dado que esas realidades macroeconómicas y políticas influyen –entre otros factores- en los diseños institucionales

⁸ Para este tema remito a Graciela Vidiella, *El derecho a la salud*, Buenos Aires, Editorial Eudeba, 2000.

que los países tienen para satisfacer las demandas de la población, y en especial las sanitarias.

En el capítulo II ubico a Daniels dentro de la discusión de base que se ha entablado en los Estados Unidos entre la corriente neoliberal, que concibe la atención de la salud como una mercancía más en el mercado, y la corriente solidarista que varía desde definirla como un bien público hasta la que –como aquella en que se inscribe Daniels- la considera una especificación del bien primario “justa igualdad de oportunidades”, uno de los principales señalados por Rawls. En ese mismo capítulo reseño las nociones más importantes que, en la teoría de Rawls, son centrales para la concepción que Daniels sostiene sobre el derecho a la salud.

En el capítulo III presento una reseña y los límites de la extensión a la salud de la *Teoría de la Justicia*, trabajada por Daniels.

En el capítulo IV describo un breve panorama de la situación de la salud mental en la Argentina, porque considero que es imprescindible para poder explicar los problemas que a nuestro entender tiene la teoría de Daniels, así como también los conceptos que son útiles para pensar nuestra realidad, y discutir si la enfermedad es o no en nuestro país, un criterio satisfactorio para determinar el acceso a los servicios de salud mental. A mi modo de ver la noción de salud mental –dadas las complejidades que conlleva su definición- conduce a revisar y poner a prueba las intuiciones y los conceptos, teniendo en cuenta los aspectos biológicos y sociales.

Finalmente quiero expresar mi deseo de que esta tesis sea apreciada dentro de los criterios expuestos en la fundamentación de la propuesta de maestría en el plan del año 1998. Se dice allí que

“... la ética aplicada se presenta como un intento de abordaje radical al abigarrado conjunto de problemas que peculiarizan la crisis contemporánea. En efecto, la investigación en ética aplicada apunta a la determinación de criterios razonables y racionales para las tomas de

decisión ante problemas delicados y conflictos que se han venido resolviendo de manera arbitraria (...). En este sentido, la ética aplicada no sólo configura un ámbito de investigación teórica, sino también un modo de contribuir a la asunción de responsabilidades sociales de considerable magnitud.”

Capítulo I. Argentina, su situación socio-económica

RAMON

¿Sabés lo que me saca de quicio, Aurora? Si en este país hubiera hambre, pero hambre en serio, quiero decir, hambre para todos, yo entendería lo que pasa. Incluso aceptaría nuestra hambre con resignación. Casi con alegría, porque sentiría que estaba poniéndole el hombro a algo, y que era justo que así fuese...Pero lo que me subleva es saber que en este preciso momento hay tipos que están haciendo su agosto, lucrando con tu hambre, vieja, eructando de llenos...

De "La bolsa de Agua Caliente" de Carlos Somigliana. 1966

I.1. La construcción del desamparo

El arte, esa forma peculiar de acopio de información que tiene nuestra especie, le permite a Carlos Somigliana, dramaturgo argentino contemporáneo, transmitir en una frase de su personaje de *La Bolsa de Agua Caliente*, la síntesis de una vieja discusión sobre la propiedad y la justicia, así como también le permite una clara toma de partido. El eje se corre desde la escasez de recursos hacia las luchas de poder que derivan en una u otra distribución posible.

Ramón, trabajador desempleado, vive con su suegra Gertrudis y su mujer Aurora en una vivienda pequeña que, dada su precaria situación económica, deben compartir con un inquilino. Hace meses que Ramón no cobra su sueldo, y el inquilino, un profesorcillo llamado Morales, que hace gala de ser un sabelotodo y sí cobra el sueldo con el que paga el alquiler de una habitación, merece –para una suegra obsecuente– la única bolsa de agua caliente disponible para soportar el crudo invierno.

La gripe de Ramón hace que todos los personajes desplieguen –sabiéndolo o no– sus propias teorías acerca de para quién son los bienes cuando son escasos: si son para el que los necesita más, o para el que “puede más”, aunque ese poder sea real sólo de manera imaginaria. Teorías que, aunque con matices, varían desde el polo de la solidaridad

personificada en Ramón al extremo del egoísmo representado por la suegra y el profesorcillo intelectual.

En esa obra, que transcurre en un tiempo de nuestro país donde así como hoy reinaban la desocupación y la miseria, la atención del problema de salud de Ramón, una gripe, refleja dentro de su propia familia las miserias a que da lugar el sometimiento interior a las relaciones de poder que se conforman en la sociedad. Por más que en la realidad los personajes que aparenten detentar los privilegios sean tan insignificantes como Morales.

El problema no es la pobreza. O, por lo menos, no lo es de una manera esencial. Muchos organismos internacionales que son claramente los voceros de políticas que agudizan las condiciones de sometimiento de los así llamados países en vías de desarrollo respecto de los así llamados países centrales, no dedicarían tantos fondos al objetivo explícito de erradicarla, si el problema conflictivo fuera ella. El problema es la distribución de los bienes⁹ y desde qué instituciones políticas y qué relaciones de fuerza y de poder se tiene acceso a esa distribución.

I.2. La Pobreza y la Desigualdad

En *La Bolsa...* está plasmado entonces, el tema de los recursos, su distribución, y también de una manera peculiar, el tema de la salud y de la enfermedad: asociados y atravesados por la situación socio-económica.

Una opción estética hizo que comience por la obra de teatro que acabo de comentar. Y una opción dentro del debate de las ideas hace que continúe con las palabras de Alcira Argumedo, en un reportaje que le hizo un periodista del diario *Rebelión*:

"... la pobreza no es un fenómeno natural. Acá hay relaciones de poder, orientaciones económicas, etcétera, que han generado este fenómeno y que si no tocamos las causas fundamentales de este fenómeno, si no tenemos un diagnóstico de por qué se producen, como

todo el mundo sabe no se pueden dar respuestas. Y muchos dicen que el problema de América Latina no son los pobres sino los ricos, los poderosos que están llevando adelante determinado tipo de políticas cuya consecuencia es el crecimiento de la pobreza.¹⁰

Argumedo hace un análisis de la situación mundial que la retrotrae hasta el año 1973, a su juicio fecha clave para entender la realidad tal cual hoy se nos presenta. No nos detendremos en esta tesis en los pormenores históricos de su exposición salvo para traer a este escrito su elocuente pintura de nuestro presente:

Porque en la lógica salvaje de reconversión tecnológica que están haciendo y en el marco de la globalización y las políticas de saqueo, está haciendo crecer esta masa de población que no es pobre, es población sobrante absoluta. No le sirve a este modelo, en su lógica, ni como mano de obra barata, porque pueden reemplazarla por elementos automatizados más baratos aún, ni como productores de determinadas materias primas y mucho menos como consumidores, por sus niveles de pobreza e indigencia. Es una población sobrante, pobreza sin salida, equivalente a la que genera la reconversión tecnológica liberal -ahora es neo-liberal pero la cosa es la misma- con la tecnología de la revolución industrial en Europa. En los cien años en que se lleva adelante esa reconversión tecnológica en Europa, antes de alcanzar los niveles de equilibrio con los estados de bienestar, con la socialdemocracia y demás, es decir entre 1830/40 y 1930/40, expulsa cien millones de personas como emigrantes: los abuelitos blancos. Mueren veinticinco millones en la Primera Guerra, cincuenta millones en la Segunda Guerra y quince millones en las guerras coloniales inter-europeas. (...) luego de una etapa de reconversión salvaje, Europa se saca de encima entre cuatrocientos o quinientos millones de personas en cien años. Esta revolución científico-técnica actual ha madurado en quince años, no en cien, y se calcula que la población excedente absoluta que está gestando ronda los tres mil quinientos a cuatro mil millones de personas.¹¹

⁹ Entendiendo que la "distribución de bienes" tiene su esencia y sustentación, en la distribución de los medios de producción que, en última instancia, son los que determinan las formas de distribución de la riqueza. Comentario de D. Azpiazu para esta tesis, al que agradezco la corrección y aportes para este capítulo.

¹⁰ Alcira Argumedo, "Pobreza y Desigualdad Social en el Mercosur", reportaje en la Columna Buenos Aires Oculta del sector Economía del periódico digital *Rebelión*, 25 de agosto 2001.

¹¹ Alcira Argumedo, op. cit.

Esta reflexión de Argumedo es otra forma de hablar de las luchas de poder que enfrentan esta vez a personajes distintos a los de la obra de Somigliana.

Advertida como estoy de lo obvio de la extensión de la cita, sin embargo la considero otra de las opciones al escribir esta tesis. Lo único quizás original en un pensamiento que se construye de manera colectiva en un momento determinado en una región particular es la posibilidad de enlazar distintos textos que ayudan a pensar un problema particular. En mi caso, el de la atención de la salud en general y en particular de la salud mental, y de las instituciones que se ocupan ella.

I.3. El Neoliberalismo y la Desigualdad

Apelo ahora a otra manera de describir la situación de la Argentina y de su posición en el mundo a partir de un análisis exhaustivo de los datos económicos, y orientado por una línea de pensamiento que se refleja en la comprensión y explicación de las causas.

Azpiazu y Nochteff, ya citados en la Introducción, han dicho que el liberalismo en la Argentina es liberal cuando le conviene, e intervencionista cuando también le conviene.¹²

Antes que neo-liberales o neo-conservadores se los podría denominar “mono-convenientistas”, dicen, término que expresa más claramente sus posiciones políticas.

Conviene, lo que les conviene a ellos, único interés que consideran legítimo. **MORENO**

Coinciden con Argumedo cuando explican que si el mercado se les volviera en contra ya inventarían algo para reinstaurar la mono-conveniencia. Que amplios sectores de la población no tengan una posición social "conveniente" que les asegure condiciones dignas de subsistencia, es tan natural como el cielo, y como el Sol. Siempre hubo desigualdades y las seguirá habiendo.

Estructuraré este capítulo sobre la base de su libro *El Desarrollo Ausente*. Sin duda, si interesaba al liberalismo clásico -Hume, Mill, Smith, Ricardo, Marshall, etcétera- el

desarrollo, que definían por "no menos de tres contenidos: crecimiento económico, distribución progresivamente más equitativa del ingreso y disminución de la pobreza o, si se prefiere, aumento de la proporción de habitantes en condiciones de comprar una canasta mínima de bienes y servicios esenciales para la vida -canasta que se amplía, valga la correlación, con el desarrollo mismo-." Según los autores, el Banco Mundial en su informe anual de 1993, confirma estos tres significados mínimos del término. Y recuerdan también que los padres del liberalismo político y económico (Mill, Marshall y Pigou) creían que el mercado no resolvía las desigualdades sino que, "si hay desigualdades de distribución de la propiedad y del ingreso, el mercado tenderá a reproducirlas o a empeorarlas."

Los autores desarrollan este argumento en un irónico apartado que titulan: "Subdesarrollo y Hegemonía Neoconservadora. ¿Veinte años no es nada?",¹³ en el que demuestran que a los que dicen ser liberales en la Argentina no les importó en absoluto el desarrollo, por lo menos el nacional, aunque sí el de su patrimonio personal. Y donde demuestran en elocuentes gráficos que los cambios producidos desde 1976 hasta hoy fueron decisivos, determinantes y en muchos casos irreversibles: desde entonces el producto por habitante decreció, también el salario y la productividad, en tanto la economía viene atrasándose, en lugar de modernizarse.

Adelanto, para no aumentar el suspenso –de todas maneras inexistente para los que vivimos aquí-, que los resultados de las políticas llevadas a cabo por ese sector son justamente de signo inverso a lo que prometían. Desde 1976 se redistribuyó, y mucho, pero no con un sentido de justicia: la participación del 10% más rico de la población creció,

¹² Daniel Azpiazu y Hugo Nochteff, *El Desarrollo Ausente, Restricciones al desarrollo y La Industria argentina ante la privatización, la desregulación y La Creciente Polarización del Poder Económico*, op. cit.

¹³ Siendo el tema de esta tesis el análisis de los alcances de una teoría que concibe la atención de la salud como una especificación de la justa igualdad de oportunidades es iluminador, a la luz de las contradicciones inherentes a la democracia y su incierto destino, el término "neoconservadurismo de la despreocupación", usado por Ralph Dahrendorf para denominar al llamado liberalismo o neoconservadurismo, y la denominación "fascismo de mercado" que le da Paul Samuelson, ambos términos resaltados y recordados por Azpiazu y Nochteff en el libro mencionado. Op. cit., pág. 14.

la del 60% -la famosa clase media- disminuyó. La del 30% más pobre decreció más aún. O sea se concentró la riqueza y distribuyó la pobreza.

I.4. El Escenario Internacional y los Derechos Sociales

En esta misma línea, los años 80 fueron, según la recordada definición de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (Cepal), la década perdida¹⁴. Por ello, dice el organismo, si bien los años noventa se iniciaron en la región con una sensación de euforia, según un trabajo en el que intervinieron medio centenar de investigadores latinoamericanos, este clima derivó en un desánimo hacia el final del decenio.

Se trata de una época en que el modo de producción capitalista, fue presentado como discurso y práctica dominante. Allí -y seguimos en esto a Enrique Arceo¹⁵-, “el rasgo fundamental de la actual fase por la que atraviesa el capitalismo es la capacidad que ha desarrollado el capital que deviene transnacional para fragmentar las diversas etapas de un mismo proceso productivo y ejecutar cada una de ellas en el lugar del mundo donde su costo resulte menor, conservando, al mismo tiempo, el control centralizado del conjunto de las operaciones”.

Y en este cuadro es donde el nuevo orden afecta directamente al individuo, ya que se actúa sobre los distintos fragmentos de los procesos productivos para que minimicen sus costos, poniéndose “en competencia al conjunto de los trabajadores de similar calificación, que se ven sometidos al chantaje del retiro de las inversiones y la consiguiente desocupación si no

¹⁴ Para algunos autores, la conceptualización de “década perdida” es por demás insuficiente y no refleja fehacientemente, en toda su dimensión, lo acaecido en la región durante dicho decenio. Ver, al respecto, Azpiazu, D. “Programas de ajuste en la Argentina en los años ochenta: década perdida o decenio regresivo”, ponencia presentada en el seminario “Ajuste económico, sindicalismo y transición política en los años ochenta”, organizado por el Memorial de América Latina”, Sao Paulo, marzo 1991.

¹⁵ Como los ya citados Azpiazu y Notcheff, Enrique Arceo y Martín Schorr son investigadores del Área de Economía y Tecnología de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)-Sede Académica Argentina, y elaboraron las dos clases que se utilizan como referencia. La clase de Arceo se titula “América Latina y el nuevo orden mundial” y la de Arceo y Schorr “Argentina: del modelo de la convertibilidad al modelo del dólar alto”, y ambas fueron elaboradas para un “campus virtual” de CLACSO, Buenos Aires, 2004.

ceden a las exigencias del capital.”¹⁶ Esto se traduce en estancamiento y deterioro de los salarios reales y la precarización del trabajo, algo que se aprecia aún en las economías más desarrolladas.¹⁷

Este proceso de mercantilización “se extiende, en la actual fase, mediante la incorporación de los campesinos al mercado y la transformación en mercancías de prestaciones que los sectores populares habían logrado integrar a los derechos de la ciudadanía, como la salud y la educación, o en derechos relacionados con la relación laboral y garantizados por el Estado, tales como la jubilación, la cobertura de los accidentes de trabajo, la indemnización por despido, etcétera. Aún cuando el Estado subsidie para los indigentes un acceso mínimo a estas prestaciones, las mismas pierden su carácter igualitario y se transforman en un nuevo campo de inversión para el capital, especialmente el financiero, ya que la mayoría de ellas pasan a ser ofrecidas, bajo forma de mercancías, por empresas aseguradoras”, explica Arceo, quien agrega que “en la actual fase, la mercantilización está relacionada con la pérdida de derechos e ingresos por parte de los sectores mayoritarios”.

Cabe acotar que el efecto de estas aseguradoras no ha sido beneficioso en América Latina, la región que más ampliamente se incorporó al sistema de salud privado que aún hoy

¹⁶ Dice Elina Aguiar respecto de la relación salud, salud mental y desocupación: “La primera forma de angustia traumática es asociada a inermidad y desamparo; la desocupación y la ‘flexibilidad laboral’ exponen a las personas y las dejan indefensas ante el deseo de muerte de un otro que las considera ‘masa sobrante’ y las excluye del sistema laboral en aras de un supuesto bien superior: la globalización, leyes de mercado. (...) Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la amenaza de quedar sin trabajo mantenida a lo largo del tiempo genera tensiones equivalentes a las de no tener trabajo. El informe señalaba a la desocupación como una de las principales catástrofes epidemiológicas contemporáneas”. Elina Aguiar, “Desocupación: terror y amenaza cotidiana”, en *Revista Topía*, año XI, n° 32, septiembre/octubre 2001.

¹⁷ “Standard and Poor’s bajó (la calificación) de General Motors y Ford antes que fuera tarde, porque (...) las compañías son vulnerables porque todavía pagan sueldos decentes y ofrecen buenos beneficios, en una época en que cuidar a los empleados ha pasado de moda. En particular, ellas son evaluadas por los costos de los seguros médicos y los pagos a los trabajadores retirados...” Paul Krugmann, “Siempre salarios bajos. Siempre.”, *The New York Times*, 13 de mayo de 2005.

impulsa la Organización Mundial de la Salud. La OMS reconoce los riesgos del sistema¹⁸, aunque entiende que “bien manejado” puede ser beneficioso para los países en desarrollo¹⁹. La realidad, sin embargo, no acompaña esa afirmación, ni siquiera cuando se aplica a sociedades con economías florecientes: “en los Estados Unidos, donde la cobertura colectiva de la salud no existe, la prima familiar aumentó un 60% en los últimos cuatro años y el 15.6% de la población no se beneficia de ninguna garantía”.²⁰ Sin embargo, se trata de un sistema que los grupos de poder siguen profundizando en contra de los intereses de la ciudadanía²¹.

En la Argentina, particularmente, a medida que se incrementó el papel de la medicina privada creció la utilización de los servicios públicos de salud, prueba de la dificultad de la población para mantenerse dentro de ese sistema prepago. Es ilustrativo el siguiente cuadro:

¹⁸ “A diferencia de las políticas impositiva y de seguridad social, que son vistas comúnmente como promotoras de igualdad, la seguridad privada (de salud) conjuga visiones de acceso desigual, grandes números de personas sin cobertura y un cuidado de salud elitista para los ricos. La experiencia indica que los seguros sin regulación o diseñados pobremente pueden, en rigor, exacerbar las desigualdades, ofrecer cobertura sólo a los jóvenes y a los saludables, y dirigirse a una escalada de costos”. William Savedoff and Neelam Sekhri, Private Health Insurance – Implications for Development Countries- Discussion Paper Nro 3, Noviembre de 2004 / Department Health System Financing, Expenditure and Resource Allocatoion (FER) / Cluster Evidence and Information for Policy (EIP)
http://www.who.int/health_financing/issues/en/private_health_in_dp_04_3.pdf

¹⁹ Se “...urge a los Estados Miembros a asegurarse que los sistemas de salud incluyan un método prepago de contribuciones financieras para la atención de la salud, con miras a compartir los riesgos entre la población y evitar catastróficos gastos de salud y empobrecimiento de los individuos que buscan cuidados”. “Sustainable Health Financing, Universal Coverage and Health Insurance”, Recomendación de la 115 Sesión de la 58 Asamblea de la OMS, Enero 24, 2005. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_R13-en.pdf

²⁰ *Le Monde*, París, 13 de octubre de 2004

²¹ “Una encuesta realizada entre el 5 y el 5 de septiembre del 2004 por el Instituto de la Sociedad Civil, un grupo sin fines de lucro de Newton Centre, Massachussets, reveló que el 67% de los norteamericanos cree que es una buena idea garantizar el cuidado de la salud a todos los norteamericanos, como lo hacen Canadá y Gran Bretaña, con sólo el 27% en desacuerdo. El apoyo a un sistema universal de seguridad dirigido por el gobierno es fuerte, pese a las afirmaciones del GOP (republicanos) sobre la medicina socializada.” *Business Week*, 16 de mayo de 2005.

Consultas médicas externas en establecimientos asistenciales del subsector oficial, total del país²².

1999	2000	2001	2002	2003*
81.973.049	89.418.842	88.173.029	92.563.462	97.486.481

Las reformas hacia el sistema privado se dieron en un contexto económico muy difícil. Los países especializados en las actividades primarias, como los latinoamericanos, tienden a crecer lentamente y a perder peso en la economía mundial. Por ello, la recuperación de la tasa de crecimiento ha sido limitada, y la tasa de desocupación abierta urbana llegó al nivel más elevado para la región, desde que se cuenta con registros.

Los tratados internacionales que se proponen desde los países centrales –el Acuerdo de Libre Comercio para las Américas (ALCA) propuesto por EEUU, por caso- no se limitan a un área de libre comercio sino que, sin dar lugar a migraciones de mano de obra, como fue en el pasado, presionan por asegurar la rentabilidad de la inversión externa y por revisar el papel del sector público en materia de educación, salud, o cultura o actividades estratégicas que anteriormente hacían posible ejercer un grado de autonomía nacional.

Así las cosas, en el orden mundial, pero muy marcadamente en América Latina, se ha ido vaciando de poder y posibilidades de reacción al estado nacional, y su consecuencia inmediata es el desamparo del ciudadano, que pierde tanto su trabajo como las condiciones de seguridad social que había conquistado.

Para terminar este apartado sobre El escenario Internacional y los Derechos Sociales; como ejemplo lúcido de resistencia jurídica, política y social a este orden de cosas; y como perla de argumentación que liga las políticas económico-sociales de un país con la vida, la salud y la muerte de sus habitantes; quiero citar unas palabras de la querrela criminal²³ iniciada en

²² Indec, Fuente: Ministerio de Salud. Secretaría de Políticas de Regulación y Relaciones Sanitarias. Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

²³ Uno de los imputados en esta querrela es Pedro Pou, ex-presidente del Banco Central, removido de sus funciones por las causas que se expresan en el informe-dictamen remitido por el Senado de la Nación al Presidente de la República. Dichas causas pueden sintetizarse en graves omisiones de sus deberes de

nuestro país por Adolfo Pérez Esquivel, José De Luca, Arturo Blatezky y Nora Cortiñas, con el patrocinio letrado de los Dres. Alberto Pedroncini, Ernesto Moreau y Beinusz Szmukler.

“Nuestros representados han sido damnificados por los delitos que aquí se denuncian, bajo la forma que se mencionará puntualmente en el acto de ratificación de la presente.

Todos ellos padecen las crecientes condiciones de existencia marginal que motivan esta denuncia, consistentes según cada caso en graves situaciones de inseguridad, insalubridad, jubilación de hambre y grave desatención de la salud; a lo que se suman además en todos los casos las enfermedades subsiguientes a frecuentes inundaciones y las resultantes de la contaminación ambiental ocasionada por basurales vecinos y desechos industriales tóxicos vertidos en el Riachuelo, en cuya inmediata proximidad tienen los nombrados sus viviendas.

(...)La producción de un grave daño social es característica común a los diversos delitos aquí denunciados. La subversión económica lo ha ocasionado en la economía nacional (con proyección directa sobre el desarrollo de inicuas desigualdades); el empleo de tratos inhumanos y degradantes en la reducción sistemática a pobreza priva a sus víctimas de sus derechos a la salud, al trabajo y a la educación; y la exclusión social de vastos grupos nacionales del proceso productivo configura la exposición de esos grupos a condiciones de existencia que pueden acarrear su destrucción física, o lesiones graves a su integridad física o mental.”²⁴

funcionario público, relacionadas con las caídas de Bancos locales, y el proceso de concentración bancaria que se dispara principalmente a partir de tales hechos. Los otros imputados son los presidentes de los bancos que participaron en la especulación subsiguiente al megacanje, y de las calificadoras de riesgo, según lo expuesto en el capítulo IV. Todo ello sin perjuicio de la ampliación que surja de la investigación. <http://www.abogarte.com.ar/querellapedroncini.html>

²⁴ DENUNCIAN y PROMUEVEN QUERRELLA CRIMINAL POR LOS DELITOS DE SUBVERSION ECONOMICA (art. 6 y concordantes de la ley 20.840), TRATOS INHUMANOS, CRUELES Y DEGRADANTES (Convenciones internacionales sobre la tortura) y lesiones graves a la integridad física y mental de grupos nacionales, o sometimiento de ellos a condiciones de existencia que pueden acarrear su destrucción física, total o parcial (Art. II incisos b) y c) de la Convención sobre el Genocidio). <http://www.abogarte.com.ar/querellapedroncini.html>

I.5. El caso argentino, desigual entre desiguales

En el caso argentino, las jubilaciones pasaron a la órbita privada, por una legislación²⁵ que obligó a incorporarse a ese sistema a todo aquel que no notificara expresamente su voluntad de mantenerse en el sistema estatal, llevando “por default” al sistema privado a numerosos trabajadores que desconocían los alcances de la norma. En cuanto a la cobertura de riesgos de trabajo, la privatización del sistema²⁶, llevó a poner topes a las indemnizaciones por accidente y, más tarde, a fijar su pago en cuotas a los deudos. Es obvio que esto repercute en la calidad de la atención de la salud de la población que trabaja y, por tanto, en su calidad de vida.

El estado fue abandonando el tradicional servicio de salud universal y llevó, de hecho, a los ciudadanos a inscribirse en los sistemas de salud prepagos. Éstos, pese a que la legislación²⁷ les fija un marco de obligaciones en la atención de la salud (el Programa Médico Obligatorio), tienen “innumerables” denuncias por evadir sus responsabilidades²⁸.

Ciertamente, dentro de este cuadro la Argentina ha tenido un comportamiento único. Es uno de los primeros países que entraron en ese camino.

²⁵ “Ley 24.241, Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones”, *Boletín Oficial* del 18 de octubre de 1993. **ARTICULO 43°.** - El trabajador en relación de dependencia deberá comunicar a su empleador la administradora en la que se encuentra incorporado o decida incorporarse, dentro del término de treinta (30) días corridos posteriores al inicio de la relación laboral o la opción ejercida de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 30.

Si el afiliado omitiere la notificación y el empleador tampoco hubiere recibido comunicación de alguna administradora sobre la incorporación del empleado, los aportes destinados a este régimen deberán hacerse efectivos indicando como administradora a aquella en la cual se encuentren incorporados la mayoría de sus empleados.

²⁶ “Ley 24.557 de Riesgos del Trabajo”, *Boletín Oficial* del 4 de octubre de 1995. “**ARTICULO 14.** — Prestaciones por Incapacidad Permanente Parcial (IPP) (...) Esta suma en ningún caso será superior a la cantidad que resulte de multiplicar \$ 55.000 por el porcentaje de incapacidad...” y otros artículos.

²⁷ “Ley 24754 de Medicina Prepaga”, *Boletín Oficial* del 2 de enero de 1997, estableciendo el “Programa Médico Obligatorio”.

²⁸ Durante el 2002 se recibieron en la Ciudad de Buenos Aires 26.399 quejas, a la cabeza de ellas las referidas a Salud: el 18.13%, de las cuales el 57% eran por las limitaciones en el acceso a tratamientos médicos, siendo la constante el incumplimiento del PMO. Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, “Los Porteños no bajan los brazos” – Buenos Aires, marzo de 2003.

Las cifras muestran la eficacia del proyecto. El ingreso *per cápita* fue, en 2001, prácticamente igual al de 1974; el salario medio un 55% más reducido; la suma de la desocupación más la subocupación se multiplicó por 4, de manera que casi el 40% de los asalariados tenía problemas de empleo; la relación entre el ingreso del 20% más rico y el 40% más pobre se duplicó. En 2001, en el Gran Buenos Aires la pobreza alcanzó a más de un 27% de los hogares.

El impacto social del acentuamiento de la crisis, a partir de 2002, fue notorio: el desempleo ascendió, en mayo de ese año, a su punto más alto, al 21,5%; el subempleo alcanzó al 34% de la población activa (sin empleo o con un empleo insuficiente). Se trata de cifras sin precedentes en la Argentina durante todo el siglo XX. El salario real se contrajo un 45% respecto a octubre de 2002. El resultado fue un brutal aumento de la pobreza, que ascendió al 57,5% en octubre de 2002. La indigencia aumentó del 11,6% al 27,5% de las personas.²⁹

Los planes de Jefes y Jefas de Hogar Desocupados cuya cobertura, incluyendo planes similares, ronda los dos millones de beneficiarios, atenúan ahora la gravedad de las cifras anteriores, pero no pueden verse como una solución real. Más aún, condicionan el bajo nivel de las remuneraciones en el mercado de trabajo tanto formal como especialmente el informal, lo cual introduce algunos interrogantes en cuanto a las perspectivas futuras del proceso de recuperación. Ciertamente, los niveles de la pobreza y la indigencia mejoran desde octubre del 2002 en adelante, en consonancia con la recuperación económica, la contención del proceso inflacionario y los incrementos salariales aprobados por el gobierno (que, vale destacar, sólo recayeron sobre los trabajadores del sector formal). No obstante, es de gran importancia reparar en que los niveles de la pobreza y la indigencia son notablemente más elevados que en 1998, e incluso que los guarismos alcanzados en 2001.

²⁹ Enrique Arceo, Martín Schorr, op. cit., págs. 11 y 12.

Así, destacan Arceo y Schorr, en el 2004 no se había logrado aún revertir la crisis e igualar la crítica situación de 1998, lo cual es particularmente grave, dado que ya entonces la Argentina se situaba en torno a los valores más altos de la desigualdad social en América Latina, que es a la vez una de las regiones con mayor desigualdad en el mundo.

En el largo plazo, esta situación resulta incompatible con un mínimo de estabilidad política y social que permita reconstituir el profundo deterioro que presenta el tejido social en la Argentina.

En cuanto a la situación sanitaria del país, si bien según datos obtenidos del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, en las últimas dos décadas se evidencia una mejora en los indicadores de salud en la Argentina, ciertos datos de la realidad obligan a estar atentos y ser cautos con respecto a su evolución futura. Desde fines de los noventa, la crisis política, institucional y socioeconómica produjo como resultados un deterioro en las condiciones de vida y una situación de emergencia sanitaria.³⁰

En este último sentido coincido con lo dicho en esta publicación, en cuanto a que, ante el contexto -que se describe también en este capítulo de la tesis- “resulta fundamental el tratamiento de distintas perspectivas que permitan evaluar el impacto que estas circunstancias tienen en la población.”³¹

No me detendré en esta tesis -que trata la enfermedad como criterio de acceso al sistema sanitario en salud mental- en los datos estadísticos y su interpretación. Sin embargo es fundamental, para entender en qué terreno estoy pensando precisamente ese criterio y su

³⁰ Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), “Indicadores de Seguimiento de Políticas en Salud” (mesa debate), Seminario VII, Buenos Aires, Noviembre de 2003.

³¹ CEDES, op. cit.

El tópico que se debatió en el encuentro del que resultó la publicación consultada, fue el de indicadores de seguimiento de políticas en salud. Espero que lo señalado en esta tesis respecto de la problemática específica de la salud mental contribuya a la comprensión de la urgencia de ampliar la discusión de cuáles son los indicadores de seguimiento en salud mental y ampliar también el seguimiento en sí mismo de las políticas de salud mental en el país.

relación con la equidad, que exponga brevemente otros tópicos del informe ya mencionado. Cito:

- ¿Para qué sirve una Matriz de Gasto y Financiamiento en Salud? Esta matriz permite conocer:
- ✓ El peso relativo que representa el sector salud en relación con otros sectores de la economía;
 - ✓ De dónde proviene el financiamiento directo e indirecto;
 - ✓ En qué tipo de bienes y servicios se asigna;
 - ✓Cuál es el nivel de consumo de las familias y cómo se compone;
 - ✓ Cuáles son las funciones de producción de los prestadores;
 - ✓ Cuáles son los porcentajes de gasto en administración de los responsables de gestionar los fondos de seguros obligatorios y voluntarios;
 - ✓Cuál es el valor agregado sectorial.

Los datos para el año '97, en concreto, señalan que en Argentina se gastaba en salud el 8,1% del PBI, del cual el 45% era gasto privado y el 55% público, mientras que el gasto en medicamentos era aproximadamente del 24%. Como puede verse en la misma tabla, sólo Estados Unidos tenía un gasto público menor, mientras que Suiza presentaba la misma proporción, siendo los dos países desarrollados con menor porcentaje de gasto público. Estos estudios sobre gasto permiten reflexionar acerca de las características del sistema de salud argentino en relación a otros sistemas y conocer la evolución por tipo de financiamiento: gasto público, gasto de las obras sociales y gasto de los hogares.³²

En lo que sigue, citaré el informe específicamente en cuanto a las cifras que relacionan nivel de ingreso y enfermedad, se dice allí:

“El propósito es mostrar la heterogeneidad existente en términos de ingreso per cápita familiar, que especialmente se está teniendo en cuenta, para luego ver cómo varía en relación con la muerte y la enfermedad. Primero, interesaba distinguir las condiciones socioeconómicas y, luego, ver los indicadores de Estadísticas Vitales. De acuerdo a la EPH, para un ingreso per cápita familiar promedio de \$210 en el NEA, particularmente Corrientes tiene \$122, señalando que 4-5 personas están viviendo con esa suma al mes. Es muy importante retener el dato para ver la relación existente entre estas circunstancias y la muerte y enfermedad de las personas. Dentro de la Región del NOA, en Jujuy, específicamente Palpalá, existen diferencias respecto del Gran Catamarca. Lo más interesante es que aquí también los datos a encontrar dependen de la población de la cual se trate. En el caso del NEA, si se toma en general, el 72% de la

³² Dado que Daniels investiga el tema de la salud en EEUU, país con un sistema sanitario en el que es muy fuerte el mercado como regulador del mismo, y también muy distinto al de la Argentina, agrego esta aclaración acerca de la Matriz de Gasto y Financiamiento en Salud: “En la Matriz de Gasto y Financiamiento en Salud se representan los principales actores del sector y los rubros del gasto, bienes y servicios destinados a la atención de la salud que éstos demandan. El objetivo es ver el tipo de indicadores que puede surgir de la construcción de una matriz con estas características. Esta matriz describe el origen y destino de los flujos financieros del sector, presentando información acerca de qué hacen los financiadores directos: familias, gobiernos (nacionales, provinciales y municipales), empresas e instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLH); los financiadores indirectos: obras sociales y seguros voluntarios; y los prestadores de servicios de salud.” También es de sumo interés la advertencia de la autora respecto de que se debería discutir una propuesta de clasificación funcional del gasto adecuada y no tomar, sin más, la propuesta de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) ya que dicha propuesta es, sin duda, funcional a su propio sistema de salud. Recuerdo que –como señala el editor de este informe del CEDES– la OCDE es una organización internacional intergubernamental que reúne a los países más industrializados de economía de mercado. En la OCDE, los representantes de los países miembros se reúnen para intercambiar información y armonizar políticas con el objetivo de maximizar su crecimiento económico y coadyuvar a su desarrollo y al de los países no miembros. Tanto la cita del cuerpo del texto como la de esta nota al pie se encuentran en: Mónica Levcovich, CEDES, op. cit., pág. 3.

población es pobre, si se analizan los menores de 5 años, el 85% de la población se encuentra en igual situación.

Lo mismo ocurre en el NOA, donde el 69% de la población general es pobre, mientras que, cuando son tomados los menores de 5 años, la pobreza alcanza el 80%.

También fueron consideradas otras cuestiones importantes. Se realizó el habitual análisis de las tasas de mortalidad infantil, las tasas de mortalidad general, las tasas específicas por enfermedades cardiovasculares, tumores, etc., para ver las diferencias entre regiones, definidas ahora por sus líneas

Como se aprecia en la Figura 2, las tres primeras causas de muerte son las: enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes y violencias, a estas se agregan las enfermedades infecciosas y otras causas. En los distintos estratos existe un comportamiento distinto, pero la diferencia más marcada está en accidentes y violencias, que se las puede identificar entre el estrato 1 y el 4. Este aspecto sirve para decir que la pobreza está relacionada con la violencia, dado que crece a medida que aumenta la pobreza de los estratos.

La enfermedad cardiovascular antiguamente estaba relacionada con ingreso alto y se consideraba una enfermedad de ricos. Esto fue variando, y hoy se sabe que la pobreza tiene un papel importante en las enfermedades cardiovasculares. En nuestro país casi no hay diferencias entre provincias pobres y ricas.

Si nos adentramos a su vez en esta patología, las tres principales causas de muerte dentro del grupo de las enfermedades cardiovasculares son: el infarto, la insuficiencia cardíaca y el accidente cerebro-vascular.

Se dice que “el infarto es de los ricos”, entonces se encontraría en el estrato 1, mientras que al accidente cerebro-vascular se lo veía más en pobres, porque, entre otras circunstancias, son quienes tienen hipertensión y no pueden acceder a los servicios ni a la medicación.

La figura 3 muestra la distribución de estas causas, siendo Corrientes y Chaco quienes lideran las estadísticas de las muertes por accidente cerebro vascular. La realidad nos dice que estas provincias son pobres, sabemos que esta enfermedad se relaciona con la pobreza, miramos los datos y encontramos la relación, el sentido común se encuentra con la realidad. Obviamente, se debería ver si esto realmente es así y hacer un estudio complementario, que de hecho se va a realizar, para conocer las causas, por ejemplo, Encuesta de Factores de Riesgo.”³³

A modo de conclusión

En este capítulo quise mostrar el trasfondo sobre el cual se debe pensar una teoría –tal cual es aquella de la que me ocuparé en esta tesis- que se propone concebir los servicios de salud como un diseño institucional para asegurar la justa igualdad de oportunidades.

La pregunta que atraviesa esta tesis es si, justamente, se trata de una sociedad en la que – estando ausentes las circunstancias de justicia- es posible o no, aplicar esa teoría tal cual Daniels la plantea. Sería quizás más apropiado reflexionar críticamente sobre las condiciones histórico políticas³⁴ en las que surge y en las que amenaza ser destruido el

³³ Zulma Ortiz, CEDES, op. cit., pág. 11-12.

³⁴ Es interesante en ese sentido, el análisis que hacen Emilse Armiñana y Beatriz Fernández acerca del significado de las Políticas Sociales Universales en nuestro país. Aunque no trabajan el periodo histórico en que se fundan los hospitales públicos, sino aquél en que se promueve y consolida la seguridad social (trabajo, salud, jubilación) ligada a la pertenencia laboral, resultó sumamente útil su lectura para el tema de esta tesis ya que abordan el contexto histórico social argentino hacia el período de la Reforma de la Constitución de 1949

hospital público, tomado como paradigma de una justa igualdad de oportunidades en el acceso a la atención de la salud en general y en particular de la salud mental. A la luz de estos interrogantes será necesario pensar la manera de defender hoy -en el marco de las nuevas condiciones señaladas en este capítulo- una cobertura universal de la salud, en particular de la salud mental.³⁵ La reflexión que abordo aquí sobre el concepto de enfermedad, en particular sobre el de enfermedad mental y sus posibles causas, puede contribuir a enriquecer el debate sobre este tema.

(que incluía los derechos del trabajador, la declaración del carácter inalienable de la propiedad nacional de los recursos no renovables, la autorización del Estado para nacionalizar los servicios públicos y la definición de la propiedad privada como un derecho natural limitado por la función social. Y lo hacen en contrapunto con el correspondiente al período de la Reforma de 1994 (período en el que se promulgaron leyes en contra de los derechos consagrados, como por ejemplo la ley de flexibilización laboral y las relativas a las privatizaciones de los servicios públicos); ambos periodos contextualizados en el panorama internacional. Véase Elina Mecke Armiñada y Beatriz Fernández, “La Justicia Social de mediados de siglo en Argentina: derechos sociales, nuevo modelo de acumulación y búsqueda de una nueva utopía”, en *La (in)justicia social en el marco de políticas públicas y modelos de desarrollo*, Florida-Pcia de Buenos Aires, Editorial Proyecto Editorial, 2003, págs. 13-30.

³⁵ Otro dato que brinda el informe del CEDES que apoya la importancia de defender una cobertura universal de salud es el siguiente: “La Encuesta de Gasto de los Hogares muestra por quintil de ingresos cuánto de su ingreso asigna cada grupo de hogares al gasto en salud. Como se observa en la Figura 1, el gasto en medicamentos es regresivo porque el porcentaje va disminuyendo a medida que crece el ingreso de los hogares. Por el contrario, y esto es absolutamente razonable, el gasto en servicios, donde el seguro voluntario tiene un peso importante, va aumentando a medida que crece el nivel de ingreso. Esto presenta consecuencias importantes en el nivel de equidad, y en parte, muestra dónde se debe actuar para mejorar la situación de salud, en relación con el gasto de los hogares de menor nivel de ingreso.” Mónica Levcovich, CEDES, op. cit., pág. 8.

Capítulo II: Conceptos centrales de Teoría de Justicia de John Rawls

II.1. El papel de la justicia en la cooperación social

En su libro *Teoría de Justicia*, publicado en 1971 Rawls afirma que la justicia “es la primera virtud de las instituciones sociales” -y agrega otra virtud no menos importante-, “así como la verdad lo es de los sistemas de pensamiento”.³⁶ Esta doble afirmación no es poca cosa en la historia de una humanidad que muchas veces condenó al encierro a ambas, la justicia y la verdad, y en un país como Estados Unidos, que en algunas escuelas sigue prohibiendo la enseñanza de la teoría evolucionista de Darwin.

Rawls deriva dos consecuencias lógicas de estas dos afirmaciones:

- a- así como una teoría, si no es verdadera, tiene que ser rechazada por más atractiva que sea
- b- también tienen que ser reformadas o abolidas las leyes si son injustas, por más ordenadas y eficientes que sean.

Como se sabe, Rawls distingue entre el concepto de justicia, por un lado, y las concepciones diferentes de justicia, por otro. El concepto de justicia –no una concepción de justicia en particular- se define por el rol que juegan sus principios al asignar derechos y deberes, y al definir la división correcta de las ventajas sociales. Una concepción de la justicia en particular es una interpretación de este rol.

Por diversas razones, en las que no me extenderé aquí, es importante para Rawls explicar que a pesar de que en una sociedad los individuos tienen concepciones de justicia diferentes, todos tienen alguna. Sólo señalaré que entre los elementos con que cuenta el

³⁶ J. Rawls, *Teoría de la Justicia*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1993 (en adelante *TJ*).

autor para desplegar su teoría, hay dos conceptos centrales: 1- su definición de sociedad y 2- su definición de sociedad bien ordenada.

Para Rawls “una sociedad es una asociación más o menos autosuficiente de personas que reconoce ciertas reglas de conducta como obligatorias en sus relaciones, y que en su mayoría actúan de acuerdo con ellas. Supongamos, además, que estas reglas especifican un sistema de cooperación, diseñado para promover el bien de aquéllos que toman parte en él, ya que aún cuando la sociedad es una empresa cooperativa para obtener ventajas mutuas, se caracteriza típicamente tanto por un conflicto como por una identidad de intereses.”³⁷

Ahora bien, ¿en qué se basa la identidad de intereses y cuál es, para Rawls, el conflicto entre ellos?

Según su visión la identidad de intereses estriba en que la cooperación social constituye para todos los ciudadanos la posibilidad de que todos tengan una vida mejor, en el entendimiento de que así se generan condiciones más favorables que las que tendrían si vivieran solamente de sus propios esfuerzos. Y el conflicto de intereses deriva de que las personas no son indiferentes a cómo han de distribuirse los mayores beneficios producidos por la cooperación, “ya que con el objeto de perseguir sus fines, cada una de ellas prefiere una participación mayor que una menor”.³⁸ Justamente, ese conflicto de intereses plantea la necesidad de elegir un conjunto de principios compartidos, que proporcione un criterio para elegir entre los diferentes arreglos sociales posibles, y que determine la manera en que esas ventajas se van a dividir, en porciones distributivas consideradas como correctas.

Los principios, denominados principios de la justicia social, “proporcionan un modo para asignar derechos y deberes en las instituciones básicas de la sociedad y definen la distribución apropiada de los beneficios y las cargas de la cooperación social”.³⁹

³⁷ *TJ*, p. 20.

³⁸ *TJ*, p. 20.

³⁹ *TJ*, pág. 21. A mi juicio, profundizar en esta noción de Rawls de “sociedad bien ordenada”, es importante en un país como el nuestro, tan vaciado de los compromisos básicos republicanos. La creación de la maestría

Rawls define a una sociedad como “bien ordenada”, cuando no sólo está diseñada para promover el bien de sus miembros, sino cuando además está efectivamente regulada por una concepción de la justicia. Si lo último se cumple, deben ser ciertas también dos cosas. Una de ellas es que cada cual acepta -y sabe que los otros aceptan- los mismos principios de justicia; y la otra es que las instituciones sociales básicas satisfacen generalmente estos principios y en general se sabe que lo hacen. La idea central de Rawls es que entre individuos con concepciones y propósitos que ya vimos son diferentes, sólo una concepción compartida de la justicia permite que el deseo general de justicia limite los modos de prosecución de otros fines.⁴⁰

Por ello es que la concepción de justicia tiene que ser pública, y sólo entonces constituye el rasgo fundamental de una asociación humana bien ordenada.

Como se ve, su ideal es muy elevado, pero lejos está el autor de creer que las sociedades concretas están bien ordenadas en el sentido en que él lo define. Más aún, dice que rara vez lo están.

Pero el esfuerzo del debate que Rawls ha abierto, radica en -al menos- esclarecer las diferencias y los lugares de posibles acuerdos, siempre dentro de la realidad concreta del desacuerdo de base acerca de cuáles son los principios que definen los términos de su mutua asociación. Y ese esclarecimiento dará la medida también no sólo de las injusticias

para la que esta tesis se preparó, se realiza en los avatares de la década del 90, en la que se acentuó lo que venía marcado como tendencia absoluta desde la dictadura de 1976, con la feroz marca del mercado en el lugar de dios, como se advierte en la descripción socioeconómica presentada tanto en la Introducción como especialmente en el capítulo I. Por eso, insisto, fue importante trabajar un autor como Rawls.

⁴⁰ No hay que perder de vista, cuando se hace un análisis, que la nuestra ha sido y es una sociedad que produce injusticias tan grandes que proporciona condiciones para el deseo de un cambio radical; además, dificulta tener esperanzas de que este sistema -nominalmente constitucional y republicano- derive en condiciones equitativas y en una igualdad de posibilidades que vaya más allá de lo meramente formal. En mi caso, la formación en la maestría proporcionó la posibilidad de acceso al conocimiento de argumentos en defensa de la equidad y de la justicia contenida en el hecho de asignar recursos a los peor situados, preocupaciones que se creen generalmente patrimonio del campo político. Como profesional de una disciplina alejada en sus nudos temáticos de los debates filosófico políticos, me aportó un mundo más pleno de razones y concepciones acerca de la naturaleza humana y la sociedad, con posibilidades concretas de ser debatidas, en un campo que creía sólo de convicciones morales, ideológicas y políticas en disputa, lejanas de toda argumentación empírica y racional.

presentes en la sociedad occidental⁴¹, sino que también proporciona argumentos y elementos para analizar las enormes diferencias entre sociedades desarrolladas y los países de los así llamados tercer y cuarto mundo, establecidos como peor situados respecto de los primeros.

Si una de las objeciones y críticas a Rawls es que su teoría es una teoría ideal, creo conveniente señalar que no es menos ideal la concepción de una sociedad regida por un mercado perfecto, regulado por mecanismos de mano invisible, donde todos –individuos y países- compiten en igualdad de condiciones, tal cual sostiene parte del liberalismo y que, como ya se consideró en el capítulo I, tiene consecuencias dramáticas para la mayor parte de la población de todo el planeta.

Como en su concepción liberal “cada persona posee una inviolabilidad fundada en la justicia, que el bienestar de la sociedad como un todo no puede atropellar”; y, por esa misma razón, “la justicia niega que la pérdida de libertad para algunos sea correcta por el hecho de que un mayor bien sea compartido por otros”; y, por lo tanto, “no permite que los sacrificios impuestos a unos sean sobrevalorados por la mayor cantidad de ventajas disfrutadas por muchos”, digo, por todas esas razones es coherente que el autor afirme que no se puede evaluar una concepción de la justicia sólo por su papel distributivo, sino también por sus consecuencias más deseables, entre las que es innegociable la defensa de la libertad individual. Baso esta parte de mi exposición en unos pocos aspectos del pensamiento de Rawls que considero indispensables para luego entender la teoría de Daniels, que es el aspecto central de mi trabajo. Dejo de lado aspectos muy interesantes de la teoría rawlsiana que no considero esenciales para el desarrollo de mi tesis y no he considerado la posición de Rawls en obras posteriores a *TJ*, en las cuales la teoría resulta

⁴¹ Sociedad occidental a la que explicita estar restringido a partir de 1985, en su libro *Liberalismo Político*, que escribe como respuesta a las críticas comunitaristas (J. Rawls, *Liberalismo Político*, Fondo de Cultura Económica, México, 1996).

reformada a la luz de las críticas recibidas, fundamentalmente por parte de los comunitaristas.

II.2. Objeto de la teoría de justicia

La preocupación central de Rawls es la justicia social, no la justicia de las acciones particulares, o de las actitudes y disposiciones de las personas, o la justicia o injusticia de las personas mismas.

Sí es su tema “el modo en que las instituciones sociales más importantes distribuyen los derechos y deberes fundamentales y determinan la división de las ventajas provenientes de la cooperación social”. Deja muy en claro qué entiende por instituciones sociales más importantes:

Por instituciones más importantes entiendo la constitución política y las principales disposiciones económicas y sociales. Así, la protección jurídica de la libertad de pensamiento y de conciencia, la competencia mercantil, la propiedad privada de los medios de producción y la familia monogámica, son ejemplos de las instituciones sociales más importantes. Tomadas en conjunto, como un esquema, definen los derechos y deberes del hombre⁴² e influyen sobre sus perspectivas de vida, sobre lo que pueden esperar hacer y sobre lo que hagan.⁴³

Esta es, a su juicio, la estructura básica de la sociedad. La pregunta es por qué constituye para Rawls el objeto primario de la justicia. La respuesta obvia para el autor es que esto es así, ya que son evidentes los efectos profundos de esa estructura básica y su presencia desde el comienzo en la vida de una persona. Dado que en casi todas las sociedades existentes conviven posiciones sociales diferentes dentro de una estructura básica; y dado también que las expectativas de vida son diferentes según cada posición social; y que, a su vez, dichas expectativas están determinadas en parte, tanto por las circunstancias económicas y sociales como por el sistema político, es obviamente importante que esas instituciones estén reguladas por principios de justicia.

Explícitamente, aclara que los principios satisfactorios para la estructura básica pueden no serlo para otras prácticas e instituciones sociales⁴⁴, pero Rawls se declara satisfecho si llegara a formular una concepción razonable de la justicia, aunque sea aplicable sólo para la estructura básica de la sociedad concebida como un “sistema cerrado y aislado de otras sociedades.”⁴⁵

En síntesis, el objeto de la teoría de justicia es la estructura básica de la sociedad, o sea la justicia social; y una concepción de la justicia social ha de ser considerada “como aquella que proporciona, en primera instancia, una pauta con la cual evaluar los aspectos distributivos de la estructura básica de la sociedad.”⁴⁶

Es importante aclarar –a fin de reforzar cuál es el tema básico de la justicia- que para Rawls una concepción completa que defina los principios para todas las virtudes de la estructura básica (si son o no eficientes, si son o no liberales, no sólo si son justos o injustos), así como sus respectivas valoraciones cuando entran en conflicto, es un ideal social. Es más que una concepción de la justicia que constituye sólo una parte de ese ideal social. El ideal social, a su vez, se conecta con una concepción de la sociedad y con una visión del modo

⁴² Puede apreciarse la falta de mención a las mujeres, como lo observa Diana Maffía. Ver nota al pie en la página 31.

⁴³ *TJ*, op.cit, pág. 23.

⁴⁴ Se refiere por ejemplo a otros acuerdos contractuales de cooperación o la justicia del derecho internacional, y a muchos otros. *TJ*, op.cit, pág. 24.

⁴⁵ Una distinción que no queremos dejar pasar es la que el autor hace entre teoría de la obediencia total y teoría de la obediencia parcial.

La teoría de la obediencia parcial se ocupa de las cosas con las que nos enfrentamos en la vida cotidiana. Se ocupa de los principios que gobiernan la manera de tratar la injusticia, y comprende temas como la teoría del castigo, la doctrina de la guerra justa y de la justificación de los diversos medios existentes para oponerse a regímenes injustos (que van desde la desobediencia civil y la objeción de conciencia hasta la resistencia militante y la revolución), incluyendo también temas de justicia compensadora y del equilibrio de formas de injusticia institucional.

En un país como el nuestro, en el que muchos de los temas mencionados como de la obediencia parcial han sido objeto de discusión –desde el concepto de guerra justa al de justicia compensadora, reflejada en el debate consolidado alrededor de la compensación a los familiares y a las víctimas de la dictadura –, esta distinción es claramente necesaria.

Rawls plantea que a pesar de que los temas con los que nos enfrentamos en la vida cotidiana son –como ya dijimos- aquellos de los que se ocupa la teoría de la obediencia parcial, se debe empezar con la teoría ideal, aquella que se ocupa de la “obediencia total” requerida por los principios de justicia que se acuerden, porque es la base para la comprensión sistemática de los problemas más apremiantes. *TJ*, op.cit, pág. 25.

⁴⁶ *TJ*, p. 26.

según el cual han de entenderse los fines y propósitos de la cooperación social. Por ello, para entender plenamente una concepción de la justicia tenemos que hacer explícita la concepción de cooperación social de la cual se deriva.⁴⁷

Rawls afirma con claridad que cualquier teoría ética razonablemente completa debe incluir principios distributivos -problema que considera fundamental- y que esos principios, sean los que sean, constituyen la doctrina de justicia dentro de esa teoría ética.

Rawls sentó las bases de una teoría de justicia distributiva lo suficientemente innovadora como para que se rehabilitara una discusión sobre temas de distribución de recursos.

II.3. Posición Original y Velo de la Ignorancia

Dos de los conceptos novedosos en la argumentación de Rawls son la así llamada *Posición Original* a partir de la cual surgirían los principios de justicia y su requisito restrictivo, y el *velo de ignorancia*.

El objetivo de Rawls es identificar cuáles son los principios de justicia más apropiados para la organización de una sociedad, sin apelar a virtudes morales especiales o a un sentimiento de bondad preexistente. Para ello recurre a una estrategia heurística que llama "*posición original*", a la cual considera como una situación hipotética -no real históricamente- que equivale al Estado de Naturaleza en la teoría tradicional del contrato.

Rawls pide a sus lectores que imaginen una escena donde un grupo de gente se reúne para establecer un sistema de justicia procedimental tan claro como sea posible. Quienes tienen que tomar la decisión son seres racionales -en el sentido de que pueden conectar medios y fines- y son auto interesados, es decir piensan en lo más conveniente para ellos. Y también son libres e iguales. Todos tienen los mismos derechos para hacer propuestas y someter razones para su aceptación. El propósito de las condiciones de la posición original es representar la igualdad entre los seres humanos. Pero no se trata de cualquier igualdad, sino

⁴⁷ TJ, p. 26.

de la igualdad como persona moral, definida como la que tiene una concepción de lo que es bueno para ella y capaz de tener un sentido de justicia. Estos dos rasgos de la persona moral son centrales en su pensamiento.

En el caso del contractualismo rawlsiano, el objeto del acuerdo original son los principios de justicia en los que se acordaría siguiendo el procedimiento por él indicado, y no un contrato original para ingresar a una sociedad particular o para establecer una forma particular de gobierno, como lo es en la teoría clásica del contrato –desde Locke a Kant pasando por Rousseau-, tradición en la cual el autor se inscribe.⁴⁸

Rawls denomina justicia como imparcialidad a esta forma de considerar los principios de justicia: “Los principios acordados deben regular todos los acuerdos posteriores; especifican los tipos de cooperación social que se pueden llevar a cabo y las formas de gobierno que pueden establecerse.”⁴⁹

Hasta aquí, sus similitudes con las teorías clásicas del contrato. Pero Rawls introduce un elemento nuevo: las partes no saben de qué manera afectará sus propios y particulares intereses, cualquiera de las opciones propuestas, ya que –para asegurar la imparcialidad- los participantes se colocan detrás de un “*velo de ignorancia*”. Es decir, no pueden tener ninguna información acerca de sí mismos como individuos únicos.⁵⁰ Este velo de ignorancia excluye

⁴⁸ Me interesa subrayar que el autor aclara explícitamente que lo que rescata en lo fundamental de las teorías contractuales es el énfasis en la naturaleza pública de sus principios políticos. Y esto es muy importante en un tema precisamente de interés público como el que nos proponemos tratar: la atención de la salud, y en especial de la salud mental. *TJ*, op.cit., pág. 34.

⁴⁹ *TJ*, op.cit., pág. 28.

⁵⁰ Como crítica interesante de este punto, remito a la siguiente reflexión de Diana Maffía: “Lo curioso es que Rawls no pone explícitamente el sexo de los sujetos del contrato bajo el velo de ignorancia. Sí especifica que deben ser ‘cabeza de familia’, con lo cual –dicho sea de paso- deja sin cuestionar la estructura nuclear doméstica que aparece como previa al contrato”. También aclara, que en artículos posteriores Rawls afirma que el sexo también está bajo el velo de la ignorancia, incluido entre los bienes naturales. En dicho artículo Maffía se extiende en una crítica a la concepción del sexo como un bien natural. “Éticas y feminismos”, en *Los derechos reproductivos son derechos humanos*, Asamblea Permanente por los Derechos Humanos, Comisión La Mujer y sus Derechos, Buenos Aires, 1995.

el conocimiento de las contingencias que colocan a los seres humanos en situaciones desiguales: por ejemplo, ser rico o pobre.

Entre los rasgos esenciales de esta situación, está el de que nadie sabe cuál es su lugar en la sociedad, su posición, clase o *status* social; nadie conoce tampoco cuál es su suerte con respecto a la distribución de ventajas y capacidades naturales, su inteligencia, su fortaleza, etcétera. Supondré, incluso, que los propios miembros del grupo no conocen sus concepciones acerca del bien, ni sus tendencias psicológicas especiales. Los principios de la justicia se escogen tras un velo de ignorancia.⁵¹

Pero los contratantes también necesitan tener un conocimiento de aquellos bienes primarios que, según su opinión, todas las personas racionales desean tener. Dentro de esos “*bienes primarios*” Rawls distingue entre los llamados *bienes naturales primarios* –salud, vigor, inteligencia, imaginación, por ejemplo- que no está en manos de la estructura básica de la sociedad distribuir, y aquellos bienes primarios que -por el contrario- la estructura básica de la sociedad sí puede distribuir y por eso denomina *bienes sociales primarios* -los derechos y libertades, oportunidades y poderes, ingresos y riquezas, y las bases del respeto de sí-.⁵²

En mi opinión es notable, adecuado y exitoso el esfuerzo que hace Rawls para no apelar a nociones específicas de lo bueno, para no dar por supuesta la solidaridad, y aún así intentar diseñar instituciones lo más justas posibles. No deriva su concepción de justicia como equidad de doctrinas comprensivas o de concepciones sustantivas del bien.

Si la atenuación de las desigualdades dependiera de una concepción previa de lo bueno, argumenta Rawls –por ejemplo la solidaridad o caridad con los que menos tienen- y no de la prioridad de lo justo, esto colocaría a cualquier persona que está en una situación social desventajosa en una relación de dependencia de una dádiva que socava en la mayoría de los

⁵¹ TJ, op.cit., pág. 29.

⁵² TJ, p. 84.

casos el respeto de sí, y acentúa su posición desventajosa en la sociedad y por lo tanto su vulnerabilidad.

No se trata de que él no valore determinadas virtudes sino que, al apelar al dispositivo del velo de ignorancia, permite a las personas en la posición original, optimizar las porciones distributivas, aún en las peores condiciones posibles que toquen a cada uno según la lotería natural o social, concepto que explicaré más adelante.

En síntesis, las restricciones que impone el velo de ignorancia en la posición original, son necesarias si se quiere asegurar la imparcialidad en los principios de justicia que deben elegir las personas en una sociedad cooperante. De no ser por esta restricción, las personas podrían elegir aquello que los beneficiaría en su particular situación.⁵³

¿Por qué se deben aceptar nuestros juicios o los de los otros? Para contestar esta pregunta, Rawls plantea que se debe mostrar por qué es razonable sostener esos principios y creencias, no basta únicamente decir que se los sostienen.

Las discrepancias entre las personas referidas acerca de si los principios que se exponen en la situación original se corresponden con las convicciones meditadas que tienen acerca de la justicia, se resuelven por un método llamado *equilibrio reflexivo*: Rawls justifica su teoría de dos maneras: (a) la posición original⁵⁴ y el velo de la ignorancia proveen una justificación interna relacionada con el procedimiento por el cual se llega a los primeros principios, (b) la justificación externa consiste en este mecanismo del equilibrio reflexivo que juega entre dos extremos, (1-) el polo de los principios y (2-) el polo de las intuiciones morales compartidas.

⁵³ En esta teoría se conjetura que la equidad de las circunstancias (en las que se logra el acuerdo) se transfiere a los principios acordados, de ahí la denominación que también recibe esta teoría, de Justicia como Equidad.

⁵⁴ La idea de los ciudadanos entendidos como personas morales libres e iguales y poseedores de dos capacidades morales fundamentales, la idea de la sociedad como un sistema equitativo de cooperación social, la idea de una sociedad bien ordenada y la concepción de la justicia procedural, son parte del módulo de la justicia como equidad porque justifican el diseño específico de la posición original. Para obtener una justificación plena, las ideas mismas necesitan ser justificadas y el modo de hacerlo consiste en ver si las podemos aceptar, a la luz de otras cosas en las cuales creemos, dentro de un equilibrio reflexivo amplio. María Victoria Costa, *Justicia Política y Educación Ciudadana*, Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de La Plata (UNLP), pág. 19 y 20.

Uno y otro se remiten mutuamente y sirven de contralor. Puede que a partir de (1-) revisemos nuestras intuiciones y, viceversa, (2-) las intuiciones servirían para ajustar los principios, si éstos contradijeran aquellas intuiciones que no estuviésemos dispuestos a revisar. Es un mecanismo de mutuo ajuste que se relaciona con el proceso, familiar para cualquiera, de reflexionar sobre nuestros juicios morales en torno a situaciones particulares y de revisarlos hacia atrás y hacia delante, y del esfuerzo que hacemos para proveer razones generales y principios que enlacen nuestros juicios con otros similares a ellos en sus aspectos centrales. Esta manera de justificación podría considerarse de tipo circular. La tarea que realizaría la concepción de justicia es la reconstrucción del acervo moral de una determinada cultura.⁵⁵

II.4. Dos Principios de Justicia

Una versión de los principios de justicia que surgirían con un procedimiento de la situación original, se podría formular así:

1.- cada persona tiene un derecho igual a las más amplias libertades compatibles con libertades similares para todos.

2a.- las desigualdades sociales y económicas están ligadas con oficios y posiciones abiertos a todos, bajo claras igualdades de oportunidades

2b.- las desigualdades sociales y económicas se encaran de manera que permitan los mayores beneficios para los menos aventajados.

El supuesto que subyace en esta manera de formular los principios de justicia es que la estructura social consta de dos partes claramente distinguibles: la que define y asegura las libertades básicas iguales, y la que especifica y establece las desigualdades económicas y

⁵⁵ Sobre este punto caben discrepancias. Por ejemplo, Martín Farrell y Graciela Vidiella consideran a Rawls como relativista, en tanto Osvaldo Guariglia considera que Rawls es universalista por los presupuestos y finalmente Richard Rorty considera que, por el tipo de justificación, a partir del año 1985 Rawls es un pragmatista.

sociales. El primer principio se aplica a las libertades básicas y el segundo principio –sobre todo la segunda parte- a las desigualdades económicas y sociales.

Las más importantes entre las libertades, son la libertad política (el derecho a votar y a desempeñar puestos públicos) y la libertad de expresión y reunión; la libertad de conciencia y de pensamiento; la libertad personal que incluye la libertad frente a la opresión psicológica, la agresión física y el desmembramiento (integridad de la persona); el derecho a la propiedad personal y la libertad respecto al arresto y detención arbitrarios, tal y como está definida por el concepto de estado de derecho. Estas son las libertades que deberán ser iguales para todos de acuerdo con el primer principio de justicia.⁵⁶

El segundo principio establece que aquellos que han sido favorecidos por la naturaleza pueden obtener provecho de su buena suerte solamente si eso mejora también la situación de los no favorecidos. A pesar de que la distribución del ingreso y la riqueza no necesita ser igual, tiene que ser ventajosa para todos en el marco de una sociedad en que los puestos de autoridad y responsabilidad tienen que ser accesibles a todos.

De este segundo principio se deriva que la injusticia se producirá sólo cuando las desigualdades no benefician a todos. La injusticia no reside en la desigualdad en sí misma.

El orden entre los principios no es azaroso, significa, por el contrario, que las violaciones a las libertades básicas iguales protegidas por el primer principio no pueden ser justificadas ni compensadas mediante mayores ventajas sociales y económicas. Sólo pueden ser limitadas si entran en conflicto con otras libertades básicas, por lo cual no son absolutas a pesar de tener prioridad sobre el segundo principio. Eso es lo que se conoce con el nombre de orden lexicográfico de los principios.

El esquema tiene muchas especificaciones más, pero interesa destacar que la idea base que toma en cuenta es la de la arbitrariedad de la fortuna, la arbitrariedad de la así llamada

⁵⁶ *TJ*, p. 82-83.

lotería natural o social. A diferencia de Nozick, Rawls afirma que las personas no son las propietarias de los talentos y capacidades, sino sólo sus guardianes o depositarios. Dicho de otra manera, el “bien dotado”, el afortunado en la lotería natural y social, no puede decir que merece –y por lo tanto tiene el derecho a- un esquema de cooperación en el cual le sea permitido adquirir beneficios de modo que no contribuyan al bienestar de otros.

Sin embargo es importante dejar en claro que el derecho –no el mérito- que tienen los más afortunados a sus dones naturales y a las expectativas legítimas que de ellos se desprenden están comprendidos en el primer principio.

Es claro para Rawls, que la desigualdad de los talentos naturales y las contingencias de la circunstancia social no son de por sí injustas o justas sino un hecho natural, y es esencial distinguir entre hechos naturales y acuerdos humanos. Estos últimos no tienen inevitablemente que recibir esa “injusticia” o desigualdad como algo a calcar en su estructura. Es el modo en que las instituciones actúan respecto a estos hechos lo que puede ser justo o injusto.⁵⁷

Si los hombres se someten a esas contingencias de los hechos naturales, actúan como si el sistema social fuera un orden inmodificable colocado más allá de su control. Pero es interesante la explicación que Rawls propone para un comportamiento de este tipo: considerar las desigualdades como naturales sirve para tolerar la injusticia.⁵⁸

Los dos principios –por último- brindan el fundamento sobre el que habrá de diseñarse ese sistema social.

Ahora bien, este filósofo deja muy en claro que esos principios surgen en una sociedad bien ordenada, que es aquella en la que impera una escasez moderada, y las circunstancias

⁵⁷ *TJ*, p. 125.

⁵⁸ *TJ*, pág. 124.

de justicia.⁵⁹ ⁶⁰. No queremos extendernos aquí en las dificultades para aplicar esta teoría en nuestras sociedades. Una de ellas, sin duda, es que la escasez en nuestro país no es precisamente moderada y, por lo mismo, son diferentes las circunstancias de justicia frente a las de las sociedades afluentes.⁶¹

⁵⁹ “Las circunstancias de justicia se dan siempre que, en condiciones de escasez moderada, las personas presenten demandas conflictivas ante la división de las ventajas sociales. Sin estas circunstancias no habría ocasión para que se diera la virtud de la justicia” John Rawls, *TJ*, op. cit., pág. 154.

⁶⁰ Sugerimos prestar atención a que es un autor que señala que la desobediencia civil está justificada, y constituye la conducta moral apropiada cuando existen graves infracciones del primer principio de la justicia, del principio de libertad igual; y violaciones manifiestas de la segunda parte del segundo principio, es decir del principio de justa igualdad de oportunidades. Véase *TJ*, op.cit., pág. 404-436.

⁶¹ Sobre este punto véase N. Daniels, “Special Communication: The Ethics of Health Sector Reform in Developing Countries: An evidence-Based Approach to Benchmarking Fairness”, EE.UU. Sitio web <http://www.hsph.harvard.edu/faculty/NormanDaniels.html>

Capítulo III- Norman Daniels, extensión de los principios de justicia a la atención de la salud

III.1- INTRODUCCIÓN

De todas las teorías de justicia que se han trabajado en los últimos veinte años en el mundo y en nuestro país, la que más impacto ha tenido es la de John Rawls., como reseñé en el capítulo II. La justicia le importa en tanto que justicia social; una concepción de justicia ha de ser considerada como la que proporciona la pauta que permite evaluar los aspectos distributivos de la estructura básica de la sociedad.

Como anticipé en la Introducción, en el ámbito de la Justicia en Salud, una de las derivaciones más importantes es la que hace su discípulo Norman Daniels. Esta línea de trabajo –en la que me formé con un equipo de profesores y junto a un grupo de compañeros de la maestría- parece establecer un marco promisorio para pensar políticas públicas destinadas a la salud en general y a la salud mental en particular.

En mi opinión, el aporte de una teoría de justicia aplicada al ámbito de la salud en general y con derivaciones al caso de la salud mental en particular es algo que no se puede soslayar. Ese es el motivo que, coincidiendo con mis intereses profesionales, me llevó a estudiar críticamente este cuerpo teórico. Presentaré y desarrollaré su teoría y avanzaré luego sobre los problemas y limitaciones que –a mi juicio- tiene para pensar los problemas de salud mental pública en nuestro país.

Dado que –al menos entre nosotros- el origen de la salud pública estuvo muy ligado a la idea de asistencia a los pobres,⁶² antes de entrar de lleno en la teoría de Daniels, quiero

⁶² “El concepto de hospital en esa época (2ª mitad del siglo XIX) urge con claridad de la definición que ofrece Rawson, designado en 1873 profesor de Higiene Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires: ‘Los hospitales son establecimientos o casas en donde se presta auxilio a los enfermo pobres’ El vínculo con la pobreza es fuerte, pocos años después llevará a Eduardo Wilde a afirmar: ‘La higiene pública es la medicina de los pobres’”. Juan Carlos Veronelli, *Medicina Gobierno y Sociedad*, Buenos Aires, Editorial El coloquio, 1975, pág. 36. G.Vidiella también afirma: “Durante casi todo el siglo XIX, la política

hacer algunas precisiones que ayuden a distinguir las cuestiones de justicia, de las cuestiones de beneficencia.

III. 2 Atención de la Salud: Justicia o Beneficencia

El punto central a tener en cuenta aquí es que, si se considera que la atención de la salud se deriva de la justicia, entonces su cumplimiento implica un derecho del cual las personas pueden reclamar su cumplimiento, y una obligación por parte del Estado; pero si, por el contrario, la atención de la salud se considera como un acto de beneficencia, no hay derechos derivables de ella.

Tener derecho a, significa, por un lado, que nadie puede lesionar ese derecho. Y por otro, significa que el Estado tiene la obligación de proveer los medios para que ese derecho resulte reconocido y efectivizado.

¿Es la atención de la salud un derecho universal? ¿De dónde se deriva ese derecho? ¿Qué criterio de justicia justificaría el derecho a la salud?

La diferencia entre el término derecho y el término obligación remite a una discusión filosófica compleja que abarca la distinción tradicional entre deberes de obligación perfecta e imperfecta. Al respecto Graciela Vidiella retoma a Kant para explicar esa distinción:

“Los primeros son aquellos que poseen como correlato un derecho cuyo destinatario es una persona determinada; los segundos, en cambio, no dan lugar a ningún derecho correlativo y, si bien puede interpretárselos como obligatorios, dejan a nuestra elección la persona y la ocasión en que hemos de ejercerlos. Kant recoge esta distinción haciéndola corresponder con el principio de universalización: los deberes perfectos son aquellos cuya negación provoca una máxima que, al ser universalizada, entra en contradicción consigo misma. La negación de los

asistencial propugnada por el Estado se focalizó en la beneficencia.. Bernardino Rivadavia creó, en 1823, la Sociedad de Beneficencia –financiada básicamente con recursos del Estado- con el fin de coordinar la asistencia médica y social de los indigentes”. G. Vidiella, op. cit., pág. 103.

imperfectos, en cambio, causa una contradicción no en la máxima sino en la voluntad. La primera es una contradicción del pensamiento consigo mismo, por ello es más fuerte.”⁶³

Y más adelante:

“La perfección de los deberes de justicia radica en que se encuentran determinados por el contenido de lo que es requerido y la persona particular a la que éste es debido. En cambio, los de beneficencia resultan indeterminados en ambos sentidos. Los primeros, en tanto señalan a la índole restrictiva de la moralidad, son considerados negativos, es decir, deberes que restringen ciertas acciones (con la excepción de aquellos que se corresponden con derechos especiales, generados por promesas o relaciones particulares, como las filiales) y engendran derechos correlativos –como el derecho a la preservación de la vida, o el derecho a no ser impedido de expresarse libremente-, estas características justifican que su cumplimiento sea moralmente forzoso. Los de beneficencia son positivos, es decir, deberes de proporcionar ayuda; pero, al ser indeterminados en el sentido antes apuntado, no generan derechos correspondientes.”⁶⁴

En síntesis, en tanto los deberes de obligación perfecta dan lugar a derechos negativos, y es menos complejo determinar cuándo debo abstenerme de actuar; los deberes de obligación imperfecta en cambio, no engendran un derecho correlativo (tendría que ser un derecho positivo y no lo es), y es más difícil de determinar hasta dónde puedo ayudar al otro sin perjudicarme demasiado.

“A qué cosas obliga la beneficencia es algo muy controvertido. Las necesidades del prójimo suelen ser tan imperiosas, que una interpretación demasiado estricta de la beneficencia demandaría, por ejemplo, imitar la vida de la madre Teresa de Calcuta. Cuando Kant trata este deber –que reclama preocuparse por la felicidad ajena-, admite las dificultades de precisar sus límites. Aunque existe obligación de sacrificar parte del propio bienestar sin esperar recompensa, es imposible determinar hasta dónde tiene que llegar el sacrificio. Favorecer la felicidad de otros renunciando a la propia sería una máxima contradictoria si la eleváramos a

⁶³ Kant, I., *Fundamentación Metafísica de las Costumbres* (en adelante FMC), pág. 77 y ss., en Graciela Vidiella, *El Derecho a la Salud*, Buenos Aires, Argentina, Eudeba, Universidad de Buenos Aires, 2000 pág. 23

⁶⁴ G. Vidiella, op.cit., pág. 23.

ley universal. Por eso el deber de beneficencia es sólo amplio,⁶⁵ 'tiene espacio libre para obrar en el más o menos, sin que puedan señalarse con precisión sus límites'.”⁶⁶

Otro aspecto importante respecto de la atención de la salud, es el aspecto histórico. Que la atención de la salud sea considerada un derecho de todos o por el contrario algo que algunos pueden tener y otros no, es un concepto que tiene sus raíces históricas, dado que no siempre esto se consideró de este modo. Durante mucho tiempo, la asistencia de los pobres estuvo a cargo de las clases dominantes y, en consecuencia, aquéllos sometidos a su mayor o menor benevolencia.

Reflejo de la discusión en torno a si algo es o no un derecho, y reflejo a su vez de las condiciones históricas, son –entre otros- los artículos que especifican los derechos en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948; y en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948.

El artículo 25, inciso 1, de la declaración mencionada en primer lugar, dice así: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”⁶⁷ En tanto el artículo XI de la declaración americana afirma: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.”⁶⁸

⁶⁵ G. Vidiella, *op.cit.*, pág. 23-24.

⁶⁶ Kant I, *FMC*, pág. 247

⁶⁷ Jorge R. Vanossi, *La Constitución Nacional y Los Derechos Humanos*, Buenos Aires, Argentina, Eudeba, Universidad de Buenos Aires, 1994, págs. 93-94.

⁶⁸ J. Vanossi, *op. cit.*, pág. 154.

Si bien es harto evidente que muchísimos artículos de las innumerables formas jurídicas del siglo XX, no se cumplen para la mayor parte de la población mundial, también lo es que ese orden jurídico formal refleja largas luchas en la historia contemporánea y un ideal muy distinto –conformado de manera compleja y producto de intrincadas negociaciones de intereses- a órdenes sociales que justificaban la esclavitud y naturalizaban, inclusive formalmente, la desigualdad. Es poco quizás lo que ha cambiado, pero no colabora a la comprensión de su significado verlo como igual a un orden jurídico en el cual esos derechos ni siquiera están establecidos de manera explícita.⁶⁹

III. 3 LINEAMIENTOS DEL SISTEMA DE SALUD NORTEAMERICANO

Esta breve introducción nos conduce ahora a plantear someramente la situación de la salud en Estados Unidos, país en el cual piensa y trabaja Daniels.

En un artículo titulado “Asistir o Capacitar. En defensa de un derecho a la salud”, María Julia Bertomeu y Graciela Vidiella, resumen la situación sanitaria en Estados Unidos, en el momento en que surgió el debate sobre el “derecho a la salud” y se discutía el Plan de Salud propuesto por la administración Clinton que finalmente fue rechazado:

“EE.UU. es uno de los países que más gasta en salud. En 1990 su gasto nacional ascendió al 12,2 por ciento del Producto bruto interno, y en los últimos tres a años aumentó a un ritmo mucho mayor que el de la economía. Pese a ello, se calcula que aproximadamente el 14 por ciento de la población carece completamente de asistencia sanitaria.”⁷⁰

Las autoras llaman la atención sobre el hecho de que el sistema de salud de esta nación depende sobre todo de seguros privados: aproximadamente el 75 por ciento de los

⁶⁹ Para la comprensión del período histórico en que aparece la declaración de los Derechos Humanos de 1948 ver Antoni Doménech y su explicación del llamado “consenso de 1945” en la Entrevista político filosófica realizada por Salvador López Arnal para la revista digital Espai Marx, dirección web: www.espaimarx.org/130604aa-2.htm

⁷⁰ Maña Julia Bertomeu, Graciela Vidiella, en “Asistir o Capacitar. En defensa de un derecho a la salud”, en **Revista Perspectivas Bioéticas en las Américas**, Año 1, N° 1, FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales), Buenos Aires, Argentina, Editorial Miño y Dávila, 1996, pág. 52.

habitantes posee un seguro particular provisto por empleadores o adquirido en forma individual. Y agregan en ese sentido que:

Los dos principales programas –Medicaid⁷¹ y Medicare- implementados por el gobierno para cubrir las necesidades de los grupos sociales más desprotegidos, no alcanzan a satisfacer las demandas de todos los sectores carenciados.”⁷²

Y para ejemplificar las distintas posiciones a que da lugar el hecho de considerar a la salud como un derecho o como una cuestión de beneficencia, se retrotraen al año 1981, momento en que el Congreso norteamericano encargó a una Comisión Presidencial que realizara un estudio destinado a analizar las consecuencias políticas y legales originadas en las profundas desigualdades existentes en el acceso a los servicios de salud. “Asegurando el acceso al cuidado de la salud”, que así se llamó el informe resultante, tuvo como una de sus consecuencias más importantes la recomendación de la implementación de las medidas necesarias para asegurar a todos un “*decent minimum*” de atención. Según las autoras, el informe refleja dos tradiciones de la sociedad norteamericana: la responsabilidad del individuo por su propio bienestar y la obligación de la comunidad para con sus miembros. Subrayan el cambio de las palabras utilizadas en el informe. No se trata –como veremos- de un mero cambio terminológico. Al proponer un *decent minimum*, la Comisión no habla del cuidado y la preservación de la salud como un *derecho* humano básico –tal como lo

⁷¹ Consultada para esta tesis, Vivian Nathan Dillon, gerente de una empresa que administra seguros de salud, explica uno de los problemas con este programa: “Medicaid es un programa federal (de todo el país) para indigentes. La ley estipula que toda empresa que tenga mas de 20 empleados fulltime (40 horas por semana) debe ofrecer seguro de salud (ofrecer, no pagar por ello). Empresas grandes del estilo de Walmart y McDonalds no ofrecen trabajo fulltime al 80% de su personal (sólo 30 horas semanales) y cuando lo hacen es con sueldos miserables que no le permiten al empleado pagar por el seguro. Por lo tanto hay una enorme cantidad de gente a nivel de pobreza, que no son indigentes, y que por eso no califican para Medicaid. Esa cantidad de gente está sin seguro y como le crea enormes gastos a la salud pública, el gobierno ha creado un seguro para chicos hasta los 19 años que es casi como Medicaid pero pago. Cada estado tiene el derecho de crear sus propias regulaciones y hay algunos pocos estados que han optado por no ofrecerlo para nada. Esos estados no reciben el dinero de Washington asignado exclusivamente para este seguro ‘adicional’.”

⁷² María Julia Bertomeu, Graciela Vidiella, op. cit.

planteaba un documento del año 1952-, sino que hablan del *decent minimum* como una *obligación*, rechazando explícitamente el término derecho.⁷³

Este informe provocó un debate amplio –que continúa hoy en día- en el que se enfrentaron posiciones que abarcan un amplio espectro, desde aquellas que se niegan a admitir cualquier tipo de derecho a la salud hasta quienes lo defienden como un derecho humano, universal e igualitario. En ese espectro de posiciones resaltan los ejes marcados por las dos líneas que he planteado en la Introducción de esta tesis: la solidarista de Rawls y la propietarista de Nozick, planteadas respectivamente por Daniels y Engelhardt entre otros.⁷⁴

El esfuerzo de Daniels por extender la teoría de justicia de Rawls al campo de la salud me interesó sobremanera por el aporte que representan los argumentos que esgrime contra los neoconservadores de su país, quienes a su vez tuvieron aquí defensores que inspiraron las políticas privatizadoras más destructivas.

A lo largo del siglo veinte –a pesar de las desigualdades sociales propias del sistema capitalista- en la Argentina se construyeron los niveles más altos de América Latina en salud pública, alfabetismo y oportunidades sociales. En contraste con ese panorama, en los últimos años del mismo siglo todos esos indicadores cayeron estrepitosamente. Así considerado, la Argentina es un dramático caso de estudio que muestra los resultados de la polarización de dos corrientes principales del pensamiento ético-político que vuelvo a nombrar:

⁷³ M. J. Bertomeu, G. Vidiella, op. cit, págs. 50-65.

⁷⁴ Dadas las condiciones que ponen a la República Argentina, tanto el Fondo Monetario Internacional (FMI) como otros organismos internacionales, para acceder a ser parte de la economía mundial. Y dado que es también público que, algunos de esos organismos siguen las orientaciones del gobierno de los Estados Unidos, cabe hacerse una pregunta: ¿Hay consenso en ese país sobre esta orientación en materia económica y social?

Podemos asegurar que no. Existe un profundo debate en Estados Unidos –reflejado parcialmente en las últimas elecciones- así como también en la Comunidad Europea y gran parte del llamado primer mundo. Aclaro esto porque cuando estos temas se discuten en nuestro país, la mayoría de las veces se cita y traslada desde EEUU la concepción privatizadora pero no el debate que genera.

1. La posición neoconservadora que enfatiza el libre mercado y considera que la salud es una mercancía más. Y,
2. una concepción de justicia distributiva y defensa de un acceso equitativo a la atención de la salud, como una de las condiciones de posibilidad de la democracia.

La primera de las corrientes, en realidad no tiene una concepción de lo público más que en el sentido mínimo de defensa de lo privado.

Esto nos permite comprender que lo que en nuestro país se ha presentado como inevitable y con fuerza inusitada en la década del 90 –la necesidad de someter todos los bienes, incluidos salud y seguridad social a la mano invisible del mercado- en realidad es, o ha sido hasta ayer mismo, la posición del sector hegemónico en la economía mundial, como describí ya con mayor detenimiento en la introducción de la tesis. Justamente quise comenzar con la descripción del panorama económico nacional, regional y mundial, porque considero que de otra manera no es posible entender el sentido de la polémica entre estas dos corrientes principales.⁷⁵

El debate entre ambos autores se realiza en el área de la filosofía política, pero esto tiene consecuencias para delinear lo que ambos entienden por las instituciones adecuadas para gestionar una política de salud en una sociedad determinada. En la práctica, este debate se refiere a qué se entiende por el contrato social que nos liga como comunidad.

Una posición –que importaron acriticamente muchos de nuestros gobernantes- es la que defiende la teorización neoconservadora acerca de la importancia del libre mercado como forma “eficiente” y, por tanto, justa de provisión de bienes públicos. Sostener su legitimidad como regulador del sistema implica una concepción de la condición humana, que tiene consecuencias en la salud de la ciudadanía. Esta posición es rival de otra que, si bien en muchos casos no implica un cambio total de sistema, supone una concepción

⁷⁵ En el capítulo I queda en claro las consecuencias que ha tenido la aplicación de las recetas que se operacionalizaron a partir de la segunda de las corrientes filosóficas mencionadas.

distinta acerca de cuál tiene que ser el criterio que regule las relaciones entre las personas en una sociedad democrática y cuál es la teoría distributiva que corresponde a una sociedad justa. En esta línea se inscribe Daniels. En lo que sigue me ocuparé de exponer su concepción de la atención de la salud como un “bien derivado de la justa igualdad de oportunidades” —el segundo bien primario en la lista de cinco que Rawls propone⁷⁶.

III. 4 Teoría de las Necesidades: Los mejor y los peor situados

En este apartado trato de explicar el argumento que se utiliza para discernir cuándo la sociedad es responsable de cubrir determinadas necesidades y cuándo lo es el individuo.

Ya hemos visto, en el capítulo dedicado a explicar los conceptos de la *Teoría de Justicia* de Rawls que son básicos para entender la derivación que hace de ella Daniels al campo de la atención de la salud, que para poder aplicar los dos principios de justicia —el de libertad igual y el de la diferencia, referido a la forma en que las desigualdades económicas y sociales se resuelven a favor de los peor situados— es necesario establecer comparaciones interpersonales, a fin de averiguar quiénes son los peor situados, y en qué medida están peor que otros.

Llegados a este punto, el problema es que las preferencias subjetivas son diferentes en su intensidad, y también son diferentes los objetos necesarios para llegar a ella. Si queremos medir el bienestar de las personas para poder hacer comparaciones interpersonales y así poder distinguir quiénes están peor situados, y lo hacemos mediante lo que se llama la escala “*full range*” de satisfacción, nos encontramos con un problema serio: si juzgamos cuán bien está alguien con referencia al rango de sus preferencias individuales en una escala completa de satisfacción, nos encontramos con dos tipos principales de personas. Por un lado, con aquellas personas *moderadas* que ajustan sus gustos y preferencias de manera que

⁷⁶ Los bienes primarios son aquellos medios indispensables para garantizar que las personas puedan ejercer su sentido de la justicia. En el próximo apartado de este capítulo se hará un análisis detallado de la lista de cinco bienes sociales primarios.

tienen una oportunidad razonable de encontrar satisfacción con su porción de bienes sociales. Y por otro lado, las personas *extravagantes* que tienen gustos exóticos y costosos, y que son desesperadamente infelices cuando sus preferencias no son satisfechas.

Queremos saber si es justo que esta situación planteada por los extravagantes, los coloque como los peor situados y, por lo tanto, como peticionantes legítimos de porciones mayores de bienes sociales.

No me detendré aquí en la forma en que los utilitaristas resuelven este dilema⁷⁷, sólo aclaro que admiten la necesidad de protegernos de esa posibilidad de “asalto social” (*social hijacking*) por parte de los usuarios de gustos exóticos y dan a entender qué es moralmente incorrecto y qué debe evitarse, aunque, como es sabido, en este punto la teoría presenta problemas.

Esta clase de problemas es lo que hace a Rawls ser muy claro en cuanto a la división de responsabilidades que son competencia de la sociedad, y las que competen al individuo.

Sostiene que la sociedad es responsable de garantizar al individuo una porción justa de los así llamados bienes sociales primarios -las libertades básicas, oportunidades, y los medios omnivalentes, como el ingreso y la riqueza- necesarios para perseguir sus concepciones individuales de lo que es ‘bueno’. Pero los individuos son responsables de elegir sus fines, de manera tal de tener una oportunidad razonable de cumplir esos fines bajo arreglos justos. Esto significa que las características particulares del sistema de preferencias de una persona no dan lugar a reclamos especiales de justicia sobre la base de recursos sociales – sea cual fuere su nivel de insatisfacción.

En el caso mencionado de los moderados y los exóticos, parecería injusto negar a los moderados iguales reclamos que los de los extravagantes en posteriores distribuciones de bienes, sólo porque han sido modestos al formar sus gustos. Más bien, dice Daniels

siguiendo en este t3pico a Rawls, parece razonable que las personas sean responsables de su infelicidad cuando ella se debe a sus preferencias extravagantes.

Este an3lisis coloca en el foco de atenci3n el problema del tipo de bienes que competen a una teor3a de justicia, seg3n Rawls. Las instituciones justas son aquellas que garantizan a los individuos una porci3n razonable de ciertos bienes sociales b3sicos o primarios. Y esos bienes sociales primarios –para los prop3sitos de justicia- son los que constituyen la escala de bienestar parcial, o escala truncada de bienestar (*truncated scale of well being*).⁷⁸ Esa escala es la que se utilizar3 para hacer comparaciones interpersonales –ya no de utilidad- sino de proporci3n de los bienes primarios que se establecen como b3sicos.

Entonces, subrayo, para Rawls la proporci3n de bienes primarios sociales b3sicos es lo que permite hacer las comparaciones interpersonales que ubicar3n a los individuos en una escala que va desde los mejor a los peor situados en la sociedad.

III. 4. a) Bienes primarios y principios de justicia

Entender la relaci3n entre bienes primarios y principios de justicia es esencial para comprender claramente c3mo llega Daniels a derivar desde el bien primario de la justa igualdad de oportunidades, un criterio para regular las instituciones sanitarias, y entre ellas, las de salud mental.⁷⁹

⁷⁷ Para ampliar este tema ver Antoni Dom3nech, “3tica y econom3a del bienestar”, en Osvaldo Guariglia (edit.) “Cuestiones morales”, *Enciclopedia iberoamericana de Filosof3a*, Madrid, Trotta, 1996.

⁷⁸ En el caso de Rawls se entiende por “*escala truncada de bienestar*” una escala espec3fica compuesta por su lista de bienes sociales primarios. Daniels considera que esa escala es demasiado truncada y propone incluir la atenci3n de la salud espec3ficamente dentro del bien oportunidad, para marcar la responsabilidad de la sociedad en atender ciertas necesidades b3sicas y en particular las que son necesarias para mantener el normal funcionamiento de la especie, cual es el caso de la atenci3n de las necesidades sanitarias. En Rawls la sociedad es responsable de proveer ciertos bienes sociales primarios entre los cuales est3 la oportunidad –de acceso a trabajos y profesiones-; Daniels explica que para garantizar esto 3ltimo, va de suyo que la sociedad debe proteger la demanda de atenci3n sanitaria, porque la enfermedad afecta particularmente el uso del rango normal de oportunidad. J. Rawls, *TJ*, op.cit., p3g. 116; Norman Daniels, *Just Health Care*, Cambridge, USA, Cambridge University Press, 1985, p3g. 25-26. En adelante *JHC*.

⁷⁹ Daniels, a diferencia de Ronald Green, no incluye a la salud como un bien primario sino a la oportunidad, cubierta y distribuida por el 2º principio rawlsiano. Ver Daniels, *JHC*, op.cit., p3gs. 42-48. Ambos disc3pulos de Rawls han tomado caminos diferentes para derivar el derecho a la salud de la teor3a rawlsiana de justicia.

Recordemos que la unidad de la sociedad y la lealtad de sus ciudadanos para con sus comunes instituciones, se apoya en un acuerdo acerca de qué es justo para personas morales libres e iguales que poseen concepciones del bien diferentes y opuestas. No se apoya en una adhesión a una concepción racional del bien, y es esencial en esta concepción que la idea de justicia sea independiente y previa a la noción de bondad, en el sentido de que sus principios ponen límites a las concepciones del bien que son admisibles en una sociedad justa. En una sociedad bien ordenada —que ya definimos en el capítulo II— cada ciudadano acepta esos principios y sabe que todos los demás también los aceptan. Para que esto sea así, dichos principios deben ser públicos, y las instituciones básicas de la sociedad —entre las que Daniels incluye las instituciones sanitarias— deben satisfacer efectivamente esos principios públicos, y que esto es así debe ser conocido por todos los ciudadanos en virtud de buenas y suficientes razones.

En síntesis, el papel de las instituciones sociales básicas es establecer un marco dentro del cual los ciudadanos puedan promover sus fines, con tal que esos fines no violen los principios de justicia previos e independientes.⁸⁰

Ahora bien, para promover sus concepciones particulares del bien —que ya vimos son diferentes e incluso opuestas— son necesarios más o menos los mismos bienes primarios, por ejemplo, los mismos derechos, libertades y oportunidades, así como ciertos medios omnivalentes, como la renta y la riqueza. Decimos que las pretensiones de los ciudadanos son apropiadas cuando se refieren a ese tipo de bienes. Y ese concepto —el de pretensiones apropiadas o inapropiadas— nos permite tener una herramienta para decidir cuándo una cuestión es responsabilidad de la sociedad, y cuándo lo es del individuo. En síntesis, es la noción de bienes primarios la que se hace cargo de resolver el problema de las comparaciones interpersonales.

⁸⁰ J. Rawls, *Justicia como Equidad*, Tecnos, Madrid, España, 1986, pág. 188.

Este problema aparece porque en una sociedad bien ordenada existen –como dije ya– concepciones del bien diferentes, opuestas e incluso inconmensurables y este hecho tiene como consecuencia que algunos de los elementos necesarios para perseguir cada concepción del bien, pueda ser diferente. Sin embargo, los participantes en la llamada posición original, al deliberar tras un velo de ignorancia que les impide saber cuál será su propia concepción del bien, aún sabiendo que tendrán una, llegan a la conclusión de que, sea cual fuere su concepción del bien, sus fines y lealtades últimas, necesitarán todos ciertos bienes, que en adelante llamarán por ese motivo bienes sociales primarios. Primarios porque sobre la presencia de ellos en cierta proporción, se asentará su posibilidad de aspirar a la concreción de un plan de vida en la procuración de lo que es bueno para él. Sobre esos bienes primarios se asentará también el resto de los bienes que puedan obtener, o sumas mayores de ciertos bienes primarios.

Esa es la razón por la que se necesita de un entendimiento compartido o público acerca de cuáles son los bienes que todas las concepciones del bien necesitan para su concreción. Porque son las pretensiones sobre esos bienes las únicas que la sociedad considerará apropiadas en términos de justicia por la cual es responsabilidad de la sociedad responder. Es entonces la satisfacción de las pretensiones sobre esos bienes primarios o básicos la que se considera provechosa para los ciudadanos y la que se considera que mejora su situación para los propósitos de la justicia.

Es más, la relación entre principios de justicia y bienes primarios es tan estrecha que se presume que la mejor forma de que las partes en la posición original pueden representar a los ciudadanos como personas morales libres e iguales, es decidiendo entre principios de justicia alternativos, teniendo en cuenta un criterio fundamental. Ese criterio es el de si los principios en discusión proveen o no bienes primarios a todos los ciudadanos.

Ahora bien, para entender por qué es racional que las partes valoren principios de justicia en términos de bienes primarios, es interesante recordar la lista detallada que hace Rawls de esos cinco bienes⁸¹ –junto con la explicación de su importancia–:

1. Las libertades básicas (libertad de pensamiento y libertad de conciencia, etc.) forman el trasfondo institucional necesario para el desarrollo y el ejercicio de la capacidad de decidir, revisar y perseguir racionalmente una concepción del bien. Igualmente, estas libertades permiten el desarrollo y ejercicio del sentido de lo recto y de la justicia en condiciones políticas y sociales libres.
2. La libertad de movimiento y la libre elección de ocupación sobre un trasfondo de oportunidades diversas son necesarias para la persecución de fines últimos así como para poder llevar a efecto una decisión de revisarlos y cambiarlos si uno lo desea.
3. Los poderes y prerrogativas de cargos de responsabilidad necesarios para posibilitar el desarrollo de diversas capacidades sociales y el autogobierno del sujeto.
4. La renta y la riqueza, entendidas en un sentido debidamente lato, como medios omnivalentes (y con valor de cambio) para alcanzar directa o indirectamente una amplia gama de fines, cualesquiera que resulten ser.
5. Las bases sociales del respeto de sí mismo, aquellos aspectos de las instituciones básicas que normalmente son esenciales para que los ciudadanos tengan un sentido vivo de su propio valor como personas morales y sean capaces de realizar sus intereses de orden supremo y promover sus fines con confianza en sí mismos.

En suma, la relación estrecha entre principios de justicia y bienes primarios estriba en que los criterios practicables para un entendimiento público de qué ha de tenerse por provechoso en cuestiones de justicia, y consiguientemente de qué es lo que hace que unos

⁸¹ J. Rawls, *Justicia como Equidad*, op.cit., pág. 193.

estén mejor situados que otros en las comparaciones interpersonales relevantes, tienen que fundarse –según Rawls- en los bienes primarios o en alguna noción similar.⁸²

De no existir los bienes primarios y los principios de justicia que regulan su distribución equitativa, se hace mucho más compleja la atribución de responsabilidad a los ciudadanos en la persecución de los fines últimos o en el fracaso de la misma.

A mi juicio este punto es crucial para entender los problemas de aplicación de la teoría de la justicia de Rawls, que se derivan de situaciones de extrema escasez y de profundas desigualdades en la distribución de los recursos. En sociedades de ese tipo, son muchas las responsabilidades individuales que se ven diluidas e incluso anuladas por la inexistencia de los recursos mínimos necesarios para el seguimiento de algún tipo de proyecto personal con su correspondiente concepción del bien.

III. 4. b) Bienes primarios y principios de justicia- Un bien primario: la oportunidad

En este apartado me propongo seguir el argumento de Daniels para justificar la obligación de la sociedad de atender las necesidades en salud, derivadas a su vez de la obligación más general de la sociedad de garantizar una justa igualdad de oportunidades. Ya he dicho que en la teoría de Rawls, la igualdad de oportunidades, es la parte *b)* del segundo principio de justicia, que debe regir la distribución de los distintos bienes primarios, y entre ellos el de oportunidades diversas.

Recordemos que los dos principios de justicia son⁸³:

1. Cada persona tiene un igual derecho al más amplio esquema de iguales libertades básicas compatible con un esquema similar de libertades para todos, y
2. las desigualdades económicas y sociales han de satisfacer dos condiciones: a) tienen que ser para el mayor beneficio de los miembros menos favorecidos de la sociedad;

⁸² J. Rawls, *Justicia como Equidad*, op. cit., pág. 197.

⁸³ *TJ*, p. 82-83.

y, *b*) tienen que estar adscritas a cargos y posiciones accesibles a todos en condiciones de equitativa igualdad de oportunidades.

Sabemos también que el primer principio tiene prioridad sobre el segundo, de modo que a todos los ciudadanos se les aseguran iguales libertades y que la parte *b*) del segundo principio tiene prioridad sobre la parte *a*), de modo de garantizar también para todos las condiciones de una equitativa igualdad de oportunidades.

En el tema de las oportunidades es importante entender la diferencia rawlsiana que Daniels retoma, entre reclamar *iguales* oportunidades para todos o reclamar *justa* igualdad de oportunidades. Este es un problema decisivo que Daniels necesita dejar bien establecido, entre otras cosas, para justificar la forma en que las instituciones sanitarias deben regularse. Para ello, comienza por afirmar que la filosofía política liberal se ha apoyado en lo que es esencialmente una noción procedimental de la igualdad de oportunidades, para justificar un sistema en el cual se consideran como moralmente aceptables los resultados desiguales. Pero para que esto sea así, es importante que la carrera por los trabajos y oficios –que proveen según él las mayores recompensas– sea justa. Y entonces, ciertos rasgos moralmente irrelevantes de las personas –como lo son la raza, la religión, el origen étnico, el sexo– no deben ser las bases sobre las cuales la gente será seleccionada para ocupar una posición determinada. Sólo los “talentos y habilidades” relevantes para la posición a ocupar deberían determinar quién es seleccionado y recompensado.

Daniels recuerda que en la teoría de justicia como equidad, las desigualdades en las porciones de bienes sociales primarios están justificadas sobre la base de que sería irracional –aún para los peor situados– excluir las desigualdades cuando éstas trabajan para su beneficio.⁸⁴ Sin embargo, Rawls hace una salvedad: la competencia por las posiciones en la sociedad debe ser justa, y un principio de justa igualdad de oportunidad tiene alta prioridad

⁸⁴ Daniels, *JHC*, op.cit., pág. 40.

en su teoría de manera tal que no puede ser negociada a cambio de ganancias materiales.⁸⁵

Es decir tiene una “prioridad lexicográfica” sobre el principio que permite desigualdades en otros bienes sociales, y por lo tanto debe ser satisfecha antes de satisfacer otros principios.

Me ocuparé en primer lugar, de exponer las objeciones al planteo de Daniels y sus respuestas.

1. La primera objeción que Daniels discute, es la de que existen diferencias irreductibles entre las personas, en cuanto a talentos y habilidades, y que esas diferencias hacen que las oportunidades sean mayores para algunos en situaciones competitivas. Dado que no se puede nivelar haciendo desaparecer todos los rasgos distintivos de los individuos que pueden conferirles ventajas, Daniels propone evitar esta objeción aceptando una línea de partida natural para esas diferencias irreductibles. Esto define un rango normal de oportunidad para cada individuo.

“El rango normal de oportunidad para una sociedad determinada será el conjunto de “planes de vida” que las personas razonables construirían para sí mismas. El rango es así relativo a dos características clave de la sociedad –su grado de desarrollo histórico, su nivel de riqueza material y desarrollo tecnológico, y también sus hechos culturales importantes. Los hechos de la organización social, incluyendo la concepción de justicia que regula sus instituciones básicas, determinarán por supuesto cómo se distribuye ese rango normal total dentro de la población. Sin embargo, dejando de lado el tema de la distribución, el funcionamiento normal de la especie provee un parámetro claro relevante para definir el rango normal de oportunidad. En

⁸⁵ Interesa subrayar que si se desprenden consecuencias prácticas de la aplicación de la teoría ideal de Rawls, el diagnóstico sobre la situación del planeta debería ser el de: “profundamente injusto”. Y justamente en la posición opuesta a la de un ánimo terrorista se quiere recordar también que Rawls plantea que la desobediencia civil es la conducta moralmente apropiada: “Comenzaré definiendo la desobediencia civil como un acto público, no violento, consciente y político, contrario a la ley, cometido con el propósito de ocasionar un cambio en la ley o en los programas de gobierno. Actuando de este modo apelamos al sentido de la justicia de la mayoría de la comunidad, y declaramos que, según nuestra opinión, los principios de la cooperación social entre personas libres e iguales, no están siendo respetados. (...) A veces, si el recurso falla en su propósito, la resistencia violenta puede ser tomada en consideración ulteriormente.” J. Rawls, op. cit., págs. 404-407.

Es importante no olvidar este aspecto de la teoría rawlsiana para contrapesar en parte la monopolización de la indignación que hacen tantos liberales que se ubican entre los “mejor situados” ante la protesta de los que están peor. Porque si se quiere la paz social, es necesario enterarse de cuáles son las condiciones que la amenazan.

consecuencia, el daño del normal funcionamiento a raíz de una enfermedad constituye una restricción fundamental sobre la oportunidad de un individuo respecto de la posibilidad de uso de su rango normal de oportunidad”⁸⁶

Ocurre que al tomar esa línea de partida natural, se presenta una dificultad adicional que surge de cómo concibe Rawls la propiedad de los talentos y habilidades. Recordemos que – como habíamos explicado en el capítulo II- cualquier línea de partida que se base en los talentos y habilidades puede parecer moralmente arbitraria ya que, en un sentido estricto, no merecemos las ventajas o desventajas que una línea de partida definida de ese modo puede conferirnos. La razón para no hablar de merecimiento en esos casos es que esos talentos y habilidades son en gran medida el resultado accidental de la genética o de la buena fortuna social de tener padres eficaces en su crianza. No hay merecimiento -en sentido estricto- porque los talentos y habilidades que nos tocan por lotería natural y social, pertenecen colectivamente a la sociedad como un todo.

Como hemos visto, Rawls trata de resolver esta dificultad de la desigualdad natural en la línea de base, regulando las desigualdades en otros bienes sociales como el ingreso y la riqueza, de manera que esas desigualdades se resuelvan haciendo que los individuos peor situados estén mejor situados que bajo cualquier arreglo social alternativo con menos desigualdades.⁸⁷

⁸⁶ Norman Daniels, *Justice and Justification*, Cambridge, EE.UU., Cambridge University Press, 1996, pág. 187-188.

⁸⁷ Es interesante al respecto, la siguiente reflexión de Rawls: “Dada la prioridad del primer principio sobre el segundo y de la parte *b*) del segundo principio sobre la parte *a*), todos los ciudadanos de una sociedad bien-ordenada tienen las mismas libertades básicas y gozan de una igualdad de oportunidades equitativa. La única diferencia permisible entre los ciudadanos es su cuota de los bienes primarios incluidos en los apartados *c*) (poderes y prerrogativas de cargos y posiciones de responsabilidad, particularmente de los de las principales instituciones políticas y económicas), *d*) (cuarta, renta y riqueza y *e*) (las bases sociales del respeto de sí mismo). En el caso general, pues, necesitamos un índice de esos bienes. Sin embargo, en este trabajo voy a tomar en su mayor parte los dos principios de justicia en lo que denominaré su “forma más sencilla”, según la cual la parte *a*) del segundo principio (el “principio de diferencia”) establece que la estructura básica se articule de tal modo que las expectativas de los menos favorecidos a lo largo de toda su vida, estimadas en términos de renta y riqueza, sean tan grandes como sea posible, dado un trasfondo institucional fijo que asegura las iguales libertades básicas y establece una equitativa igualdad de oportunidades. Esta forma más sencilla sirve como ejemplo del empleo de los bienes primarios consignados en los apartados *c*) y *e*) y por ello evita el problema de definir un índice. Suponiendo que la alternativa entre una democracia con régimen de propiedad

2. La segunda objeción que discute Daniels es la que plantea que el objetivo de conseguir una igualdad de oportunidades es *inalcanzable*.

Daniels propone como ejemplo los efectos ineliminables que tiene la familia en el desarrollo de los talentos y habilidades, lo cual implicaría que a menos que amenazáramos la libertad por medio de la interferencia en la autonomía de los padres de manera drástica, el objetivo de alcanzar completamente una oportunidad igual es irrealizable. Pero esto sería violar la prioridad de la libertad sobre el principio de diferencia.⁸⁸

El análisis de esta segunda objeción le permite hacer la distinción entre igualdad *formal* de oportunidad y la igualdad *justa* de oportunidad.

Algunos autores consideran a la primera —que dice que existen diferencias irreductibles entre las personas en cuanto a sus talentos y habilidades que hace que las oportunidades sean mayores para algunos— como una restricción negativa que requiere solamente que la sociedad se abstenga de imponer ciertas barreras a la igualdad de oportunidades.⁸⁹ Es lo que Rawls llama igualdad *formal* de oportunidades.

privada y el socialismo democrático implique ponderar los bienes primarios recogidos en los apartados c), d) y e), (o sea poderes y prerrogativas de cargos y posiciones de responsabilidad; renta y riqueza; y las bases sociales del respeto de sí mismo), es presumible que, empleando en el principio de diferencia únicamente la renta y la riqueza, no pueda resolverse esta cuestión histórica.” J. Rawls, *Justicia como equidad*, op. cit., pág. 190.

⁸⁸ En países como el nuestro, donde la desocupación y la pobreza alcanzan a un porcentaje mayoritario de la población, este problema de la interferencia en la autonomía de los padres tiene características particularmente dramáticas. El ejemplo de Susana Flores y su hijo lo demuestra: “Susana Flores está desolada. A su único hijo, de 14 años, lo puede ver sólo los fines de semana por la simple razón de que es pobre. El Tribunal de Menores de Azul dispuso en marzo la internación del chico en un hogar de la Municipalidad de Tandil hasta que ella pueda proveerle los alimentos básicos para su manutención. Pero Susana no ha podido conseguir trabajo en los últimos años y su único ingreso son los 150 pesos del Plan Jefas y Jefes de Hogar. Desesperada porque su situación económica no varía y no tiene perspectivas de que mejore, presentó un recurso de amparo contra el gobierno bonaerense para que, en cumplimiento de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, le entregue un subsidio que le permita recuperar la tenencia del menor. Paradójicamente, el hogar donde está su hijo cobra por su cuidado 351 pesos mensuales del estado provincial, un monto que le permitiría a Susana mantenerlo junto a ella”. Es claro para mí, que, desde el estado, se perpetúa su lugar de “peor situada”. Una sociedad injusta, que agrega un rasgo de desamparo absoluto a su ya desesperada situación. El caso está tomado de una nota de la periodista Mariana Carbajal publicado en el diario *Página 12* el 13 de octubre de 2003.

⁸⁹ Barreras tales como las leyes anti-negras Jim Crow o cuotas raciales o de género en los contratos. En cuanto al primer tipo de ley, se trata de aquellas que promulgadas durante el período que se extiende desde 1880 hasta bien entrados los años 60, en el cual una mayoría de estados de EEUU forzaron la segregación racial a través de las denominadas leyes Jim Crow (llamadas así luego de que ese nombre lo llevara un personaje de color negro en los shows que parodiaban a los negros cantando o contando chistes). Desde Delaware hasta California, y desde Dakota del Norte hasta Texas, muchos estados (y también ciudades) podían imponer un castigo legal a la gente por casarse con miembros de otra raza. El tipo de leyes más común era la que prohibía

Otros autores en cambio, insisten en que es una obligación positiva corregir todas aquellas influencias que interfieren con la igualdad de oportunidades. Cuando la desventaja competitiva proviene de prácticas racistas o sexistas o como efecto de la pobreza, se requieren programas sociales –encuadrados en lo que se llama en general acciones afirmativas- que corrijan esa situación. Esta concepción positiva de la igualdad de oportunidad es la denominada *justa* igualdad de oportunidad.⁹⁰ Es claro que para Daniels la igualdad de oportunidades no puede existir sólo de manera formal, es en la corrección de las interferencias para su cumplimiento desde una concepción positiva regulada por el principio de diferencia, que se despliega verdaderamente una justa igualdad de oportunidades.

Este recorrido por la teoría de Rawls es el que Daniels realiza para dar fundamentos teóricos a una intuición moral –que cree compartida- de que la sociedad debe proporcionar las condiciones de cuidado sanitario para todos sus ciudadanos.

III. 5 Igualdad de Oportunidades y Atención de la Salud

Hasta aquí expuse las diferencias entre qué son cuestiones de justicia y qué son cuestiones de beneficencia; puse en evidencia que en el fondo de la discusión anterior se encuentra la disputa de dos tradiciones filosófico-políticas y ubiqué a Daniels en una de ellas; expliqué por qué es necesario tener claras las formas de medir el bienestar de los individuos, que plantea cada una de las tradiciones mencionadas; aclaré cómo responden los autores ubicados en líneas contrastantes a la pregunta sobre si les cabe a los individuos el mérito o la responsabilidad de estar mejor o peor situados en su sociedad y la relación entre el concepto de bienes primarios y principios de justicia de Rawls. Con ese cuadro tenemos

el matrimonio interracial y ordenaba a los propietarios de negocios y a las instituciones públicas que mantuvieran separados a sus clientes blancos y negros. www.nps.gov/malu/documents/jim_crow_laws.htm.

⁹⁰ N. Daniels, *JHC*, op.cit., pág. 41. Señala con acierto el autor que las teorías distributivas generales difieren dramáticamente en su deseo de moverse desde una concepción negativa a una positiva.

todos los elementos para comprender el razonamiento que hace Daniels para relacionar un bien primario en especial –la oportunidad- con la atención de la salud. Oportunidad que, como todo bien primario, debe distribuirse respetando los dos principios de justicia - tratándose en consecuencia, no de cualquier oportunidad, ni de cualquier igualdad de oportunidades, sino de una *justa* igualdad de oportunidades- y su relación con la atención de la salud.

Tras explicar la diferencia entre igualdad *formal* e igualdad *justa* de oportunidades, que desarrollé en el apartado anterior, Daniels sostiene que el principio de justa igualdad de oportunidades debe ser el que gobierne las macro-decisiones que deben tomarse en el diseño del sistema de atención de la salud.

Porque –como presenta con mucha fuerza- es el único que define cuál debe ser la *función moral* de un sistema de salud, entendida como la que ayuda a garantizar precisamente una justa igualdad de oportunidades.⁹¹

La manera en que la enfermedad afecta la porción del rango normal de oportunidad de un individuo, explica la importancia obvia que tiene la posibilidad de fundamentar que todos los ciudadanos puedan hacer uso de un sistema de salud, lo más universal e inclusivo posible –si es que creemos en una igualdad que vaya más allá de lo formal-. Un sistema que les devuelva la posibilidad de usar el rango normal de oportunidad disponible para él o ella, por supuesto, si tienen la posibilidad de recuperarse de la enfermedad.

⁹¹ Es importante agregar que Daniels plantea que este reclamo condicional de garantizar una justa igualdad de oportunidades por medio del sistema sanitario en una sociedad, no necesita de la aceptación de ninguna teoría de justicia en particular. Desde un punto de vista utilitarista, por ejemplo, el principio puede ser la más efectiva manera de proteger a la sociedad contra la productividad perdida cuando a los individuos no se les da la oportunidad justa de desarrollar sus habilidades y talentos, aunque Daniels dice no haber visto nunca un argumento persuasivo utilitarista de este tipo. Sin embargo, piensa que es mucho menos probable que una teoría libertaria sea compatible con tal principio de justa igualdad de oportunidades. Daniels, *JHC*, op.cit., págs. 41 y 42.

Un ejemplo que confirmaría la sospecha de Daniels es el fallo polémico de la Corte en Estados Unidos - emitido en junio de 2004- que, en una decisión que afecta a 130 millones de ciudadanos, benefició a las empresas de salud prepagas. Dictaminó que no podrán ser demandadas aun si los usuarios sufrieran daños en su salud. La razón esgrimida es la de evitar que se encarezca el sistema. El fallo excluye los casos de mala praxis. Dicho fallo ha recibido numerosas críticas por parte de los demócratas. Diario *Clarín*, miércoles 23 de junio de 2004.

Como expuse anteriormente, el autor plantea que el hecho que los individuos tengan un interés en proteger sus porciones de rango normal de oportunidad no justifica todavía que haya obligación social de hacerlo. Sólo si se puede demostrar que la justicia requiere garantizar una justa igualdad de oportunidades, se podría completar la justificación acerca de la importancia que se atribuye a que la sociedad satisfaga –con las restricciones que se acuerden debido a la limitación de los recursos- las necesidades en salud con instituciones regidas por el principio de justa igualdad de oportunidades.

El hecho cierto de que personas con iguales índices de bienes primarios no estarán igualmente bien situadas si difieren en cuanto a sus necesidades en salud, le permite a Daniels abordar la pregunta de qué tienen de especiales esas necesidades.

Su esfuerzo teórico está dirigido a demostrar que, a diferencia de lo que sucede con la satisfacción de los gustos y preferencias, la satisfacción de las necesidades en salud no es irrelevante para las cuestiones de justicia. Recordemos que Rawls descarta la escala completa (*full range*) de satisfacción para definir la mejor o peor situación de una persona en la sociedad, porque esa escala nos plantearía el problema de la inconmensurabilidad entre los bienes elegidos por las personas moderadas o extravagantes, cuestión que ya traté anteriormente. Se pronuncia en cambio a favor de utilizar la escala truncada o parcial⁹² para hacer las comparaciones interpersonales que permitan ubicar la situación de una persona en la sociedad. Pero se inclina por ella también, y principalmente, para dar apoyo a su argumento de que la sociedad tiene la obligación de satisfacer las necesidades que establece la escala truncada.

⁹² Explicaré más adelante la manera en que Daniels modifica la escala truncada definida por el índice de bienes primarios, tal cual la entiende Rawls, para justificar la inclusión de la atención de la salud entre las instituciones encargadas de proporcionar el marco para que la justa igualdad de oportunidades quede garantizada.

Ahora bien, dado que Rawls no incluye a la atención de la salud en el índice de bienes primarios, ese es el problema con que Daniels se encuentra para extender hasta allí la teoría de justicia distributiva.

En este punto creo conveniente recordar que en *Justicia como equidad* Rawls trata la objeción al empleo de los bienes primarios en una sociedad bien-ordenada de la manera siguiente:

“Puede que alguien diga que cuando tomamos los dos principios de justicia en su forma más sencilla, de modo que renta y riqueza sea el único bien primario con el que tiene que vérselas el principio de diferencia, este principio no puede ser razonable o justo y esto se pondría de manifiesto –diría ese alguien– en las necesidades médicas y sanitarias especiales y la variedad de preferencias entre las personas. En tanto la función de utilidad de los economistas⁹³ es la que resolvería casos de este tipo, si el principio de diferencia se atiene sólo a la renta y la riqueza, este principio es claramente incapaz de hacerse cargo de forma razonable o justa de las diferentes necesidades y preferencias de los ciudadanos.”⁹⁴

Rawls responde a esta objeción diciendo que, si bien hay que hacer una concesión inicial en el caso de las necesidades médicas y sanitarias especiales⁹⁵, dejará de lado ese difícil problema porque su teoría supone que las capacidades físicas y mentales de todos los ciudadanos están dentro de ciertos límites normales, y porque en su teoría, el primer problema de la justicia concierne a las relaciones entre ciudadanos que son miembros de la sociedad normalmente activos y plenamente cooperativos en el curso de toda su vida. Es importante subrayar, recordando el pensamiento de Rawls respecto de la atención de la salud, que no se trata de simplemente ignorar la existencia de las enfermedades, o de enfermos, sino que su esfuerzo teórico está dedicado a establecer cuáles serían los principios que deberían regir una “sociedad ideal”. Así definida, deja abierta la posibilidad

⁹³ En economía se llama utilidad a la capacidad que tiene una mercancía o servicio de dar satisfacción a una necesidad. Se dice que un bien o servicio tiene utilidad para alguien si esta persona prefiere poseerlo a no poseerlo. A partir de esta idea se construye la llamada *función de utilidad* que indica que la utilidad total de un individuo depende de los bienes que consume y de las cantidades consumidas de cada uno. *Diccionario de Economía y Finanzas*, www.eumed.net/cursecon/dic/U.htm

⁹⁴ JCE, op.cit., pág. 195.

de extender su teoría a contextos en los cuales las condiciones son más realistas, donde no toda la gente es normal, ni tiene una salud plena.⁹⁶

Precisamente es Daniels -entre otros- quien trabaja en esa posibilidad planteada por Rawls de la extensión de su teoría de justicia distributiva a la atención de la salud.

En primer lugar, afirma que si bien la escala completa de satisfacción es un criterio imposible de utilizar y acuerda con Rawls en que la escala truncada en cambio da un parámetro razonable para determinar cuáles serían las responsabilidades de la sociedad en relación con la garantía de una justa igualdad de oportunidades, sin embargo, este criterio sigue siendo “demasiado truncado” si se deja caer el supuesto idealizado de que toda la gente tiene una salud normal. Es demasiado truncado, si no tiene en cuenta la importancia de la satisfacción de ciertas necesidades básicas definidas como aquellas que son necesarias para el mantenimiento del funcionamiento normal de la especie. Y es en ese sentido que las necesidades de atención de la salud son paradigmáticas.

En segundo lugar, Daniels relaciona esa escala con las necesidades que tienen que ver con el funcionamiento normal de la especie⁹⁷. Lo que le proporciona la clave para hacerlo es la reflexión sobre la manera en que la enfermedad de un individuo afecta la posibilidad del uso de su porción de rango normal de oportunidad.⁹⁸

⁹⁵ Respecto de necesidades y preferencias distintas a las sanitarias –como ya vimos- J. Rawls considera necesaria su exclusión de una lista de bienes primarios.

⁹⁶ Más aún, en una nota al pie de su artículo *Unidad Social y Bienes Primarios*, Rawls plantea: “Cuando intentamos tratar el problema especial de las necesidades médicas y de salud, será necesaria, creo yo, una noción más comprehensiva que la de los bienes primarios (por lo menos tal como la presentamos aquí); por ejemplo, la noción de Sen de un índice que se centra en las capacidades básicas de las personas puede resultar útil para este problema y servir como un complemento esencial del empleo de bienes primarios.” J. Rawls, *JCE*, op. cit., pág. 195.

⁹⁷ Es importante señalar que existe una definición estadística de normalidad y una funcional o descriptiva. Es importante no tomar lo normal de un modo descontextualizado. Volveré sobre este punto al abordar el tema de enfermedad mental.

⁹⁸ En tanto el *rango normal de oportunidad* se define con relación a los talentos y habilidades de un individuo e incluye los planes de vida que sería razonable que seleccionara, el *rango efectivo de oportunidad* es la porción del rango normal de oportunidad determinado por las elecciones reales de un individuo respecto de qué planes de vida perseguir y qué talentos y habilidades desarrollar. El rango normal refleja hechos básicos de nuestra sociedad, dado que es socialmente dependiente, pero resguarda hechos acerca de los fines particulares de un individuo, de decisiones sociales indebidamente influyentes. En última instancia la defensa de un velo como

Una pregunta que cabe hacerse en el desarrollo de estos argumentos es por qué Daniels no agrega directamente la atención de la salud a la lista de bienes primarios.⁹⁹

Su respuesta es que esto traería problemas espinosos acerca de cómo sopesar el peso relativo de los ítems en el índice de bienes primarios. En el caso de incluir entre ellos la atención de la salud, deberíamos evaluar el peso relativo de la atención de la salud comparado con la oportunidad, el ingreso, los poderes, y otros bienes sociales del índice. Si esto fuera así no podríamos evitar las comparaciones interpersonales de utilidad, rechazadas por Rawls.

Para explicar mejor este punto, y poder plantear los inconvenientes que traería incluir a la atención de la salud como bien primario, Daniels recuerda los dos problemas que Kenneth Arrow planteó al respecto en 1973: a) por un lado, a raíz de la fuerza del segundo principio de justicia de Rawls —el principio de diferencia— que establece que las desigualdades resulten en ventajas para los individuos peor situados: incluir la atención de la salud como bien social primario implicaría un excesivo drenaje de recursos hacia la satisfacción de las necesidades especiales de las personas con necesidades extremas de atención de la salud, con la consecuencia de que el resto de la sociedad podría quedar sumida en la pobreza; y b) por otro lado la inclusión supuesta y la posibilidad de negociarla con el ingreso y la riqueza, forzaría a las comparaciones interpersonales de utilidad mencionadas.

Otro problema que menciona Daniels es que si tratamos a los servicios de atención de la salud como un bien social primario especial, abandonamos la útil generalidad de la noción misma y se corre el riesgo de generar una larga lista de tales bienes, uno para satisfacer cada necesidad importante. Por último, se niega a aceptar que no existan temas especiales de

dispositivo se apoya en la teoría de la persona, que subyace en la explicación, en particular sobre la visión de Rawls de los agentes morales como esencialmente libres e iguales. *JHC*, op.cit., pág. 47.

⁹⁹ Tal como —entre otros— lo hace Ronald Green. “No puede negarse que la salud tiene una incidencia importante en la prosecución exitosa de los planes de vida. Ésta es una razón de peso para incluirla entre los bienes sociales primarios en base a los cuales se discute en la posición original. Tal es el punto de partida adoptado por Green, quien considera posible fundamentar un derecho a la atención de la salud de carácter

justicia en la distribución de la atención de la salud, que es lo que hacen quienes, con la triquiñuela de suponer que se usarán porciones justas de bienes primarios para comprar un seguro de salud razonable, aceptan poner a los servicios de salud como un bien más en el mercado, con las consecuencias nefastas que ese argumento ha tenido y está teniendo en todo el mundo. Como si correr riesgos con la propia vida si no se tiene dinero para comprar un servicio médico pudiera considerarse una cuestión voluntaria, que se decide únicamente por fuera de las determinaciones socio-económicas.¹⁰⁰

Recién después de responder a estas objeciones Daniels afirma que la estrategia más prometedora para extender la teoría de Rawls a los temas sanitarios es simplemente incluir a las instituciones y prácticas de atención de la salud entre las instituciones básicas necesarias para asegurar una justa igualdad de oportunidades.¹⁰¹ Las instituciones sanitarias, así concebidas, ayudarán a proveer el marco de libertades y oportunidades dentro del cual los individuos pueden usar sus porciones justas de renta para perseguir sus propias concepciones del bien.

Es justamente porque la asistencia de las necesidades en salud tiene un efecto importante sobre la distribución de las oportunidades, que las instituciones sanitarias deben estar reguladas por un principio de justa igualdad de oportunidades. Daniels insiste en que la atención de la salud no es un bien social primario –como no lo es la comida, el vestido, la vivienda, u otras necesidades básicas que se suponen satisfechas adecuadamente por porciones justas de ingreso y fortuna.

La importancia especial y la desigual distribución de las necesidades de atención de la salud, así como la de las educacionales, son reconocidas por su conexión con otras instituciones

igualitario, adaptando los razonamientos que Rawls emplea para justificar las decisiones de los contrayentes.” Vidiella, op. cit., pág. 45.

¹⁰⁰ Esto lo analizaremos más en detalle al tratar el tema de la equidad y, en especial, el abordaje llamado de mercado. Ver páginas 85-102.

¹⁰¹ JHC, op.cit., pág. 45.

que proporcionan una justa igualdad de oportunidades. Pero es la oportunidad, no la salud o la educación, el bien social primario.¹⁰²

Daniels y Rawls coinciden en la necesidad de dar pasos positivos para compensar las desventajas de la lotería natural y/o social. Si esto es así –dice Daniels- es igualmente importante usar recursos para contrarrestar la desventaja natural producida por la enfermedad. Y aquí el autor hace una reflexión muy importante acerca de su concepción de enfermedad: dado que las condiciones sociales -que difieren según la clase- contribuyen significativamente en la etiología de la enfermedad, esto nos recuerda que la enfermedad no es solamente el producto de un componente de la lotería natural.

Sin embargo, para defenderse de las posturas igualitaristas a ultranza, plantea claramente que el objetivo de la atención de la salud no es nivelar todas las diferencias naturales entre las personas, y que tiene como meta el normal funcionamiento de la especie.

Este objetivo limitado -pero enormemente exigente si quiere cumplirse a conciencia- es el que contribuiría a garantizar una justa igualdad de oportunidades.¹⁰³

De manera coherente con su explicación de por qué hay una relación estrecha entre la necesidad de garantizar una justa igualdad de oportunidades y la atención de la salud, Daniels distingue cuatro tipos básicos de instituciones –todas necesarias si se quiere garantizar una justa igualdad de oportunidades- que actúan en distintos niveles:

- 1- Instituciones sanitarias preventivas: son aquellas que actúan para minimizar la probabilidad de que los individuos se alejen del supuesto de la normalidad. Incluye aquí a las instituciones que proveen salud pública, limpieza del medio ambiente, servicios médicos personales preventivos, salud y seguridad ocupacional, protección de la comida y los medicamentos, educación nutricional, y medidas educacionales e

¹⁰² JHC, op.cit., nota al pie, pág. 45.

¹⁰³ JHC, op.cit., pág. 46.

incentivos para promover la responsabilidad individual por comprometerse con estilos de vida saludables.

- 2- Instituciones curativas: son aquellas que actúan en el caso de que los individuos se alejen de la situación idealizada: o sea son instituciones asistenciales que se ocupan de aquellos casos en que la distancia respecto del funcionamiento normal (de la especie) no pudo ser prevenido y fue alterado por distintas circunstancias. Brindan servicios médicos y de rehabilitación que restauran el funcionamiento normal
- 3- Instituciones reparadoras: son aquellas que se ocupan de mantener tan cerca como sea posible del funcionamiento normal a aquellas personas que no pueden curarse y ofrecen servicios más extendidos de soporte social y médicos para los moderadamente enfermos crónicos y discapacitados y para las personas mayores frágiles
- 4- Instituciones terminales: son aquellas que ofrecen servicios de atención de la salud y servicios sociales relacionados para aquellas personas que no pueden de ninguna manera mejorar su acercamiento a un funcionamiento normal. Aquí ubicamos las instituciones de cuidado terminal y de atención para las personas seriamente perturbadas mentalmente y las físicamente inválidas.

Según Daniels, en las instituciones de cuarto nivel son necesarias virtudes distintas a la justicia.¹⁰⁴ Pero todas corrigen de una manera particular el alejamiento de los individuos de

¹⁰⁴ Esta afirmación es controvertida. Para iluminar su complejidad es interesante la disculpa que ofreció Howard Brody, Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Michigan: "En un escrito anterior, lancé una propuesta que surgió de un congreso que realizamos en la Universidad Estatal de Michigan sobre temas de discapacidad y bioética. Entonces, sugerí que el Estado de Michigan debía disculparse por los numerosos ciudadanos que habían sido esterilizados contra su voluntad por motivos eugénicos en instituciones estatales entre los años 1930 y 1970. Hacia el final del escrito, deslicé que yo mismo debía una disculpa, emergente de los debates durante el congreso citado. Aquí va. Ahora quiero disculparme públicamente por mis escritos y por las clases que di sobre casos que involucraron a personas con discapacidad que solicitaron su "derecho a morir", rehusando terapias de sostén de vida. Hubo varios casos, entre los que se destacó el de Elizabeth Bouvia de Riverside, California, quien sufría de parálisis cerebral y quiso morirse de hambre. Pero, en el ámbito local, en Michigan, tenemos el caso más cercano de David Rivlin. Rivlin estaba paralizado en los cuatro miembros y no podía respirar por su cuenta sin la asistencia de un respirador. En los años 80 vivía en un hogar de ancianos cerca de Detroit. Solicitó ante la corte municipal que lo dejaran morir desconectándole el respirador. Un psiquiatra determinó que estaba mentalmente

la idealización rawlsiana que considera que todas las personas son funcionalmente normales para su propósito de establecer una teoría distributiva de justicia ideal.¹⁰⁵

Ahora bien, esta derivación que hace Daniels del derecho a la atención de las necesidades sanitarias¹⁰⁶ partiendo de cuestiones de justicia —específicamente conectado con el segundo principio de Rawls— ha tenido distintas objeciones. Reseñaremos brevemente las cuatro que el autor comenta.

- 1- La primera de ellas se refiere a que la atención de la salud es especial por razones distintas a las que el autor subraya. Para algunos, sólo el hecho de que la atención de las necesidades en salud reduzca el dolor y el sufrimiento es suficiente para —

facultado para tomar esa decisión. En concordancia con la doctrina legal relativamente nueva de que los pacientes tienen el derecho a rechazar terapias médicas que prolonguen su vida, el juez ordenó que se cumplieran los deseos de Rivlin. Para quienes trabajábamos sobre bioética en Michigan, esta decisión judicial local fue estimulante, siguiendo en los pasos de decisiones más famosas como la de Quinlan en Nueva Jersey. Entonces, muchos médicos no aceptaban el derecho de los pacientes a rechazar terapia y seguían insistiendo que ellos podían imponer tratamientos a pacientes moribundos y en contra de su voluntad, ya que lo contrario equivaldría a matarlos. Yo me consideraba un defensor de los derechos de los pacientes, al acordar con la decisión de la corte municipal en el caso Rivlin. A la fecha del dictamen Rivlin, algunos militantes a favor de las personas con discapacidad objetaron esta decisión judicial, porque Rivlin jamás había hablado con ellos para conocer qué otras posibilidades existían para una persona cuadripléjica usuaria de un respirador, aparte de morir y de permanecer en un hogar de ancianos. Entonces, me preguntaba ¿qué se creían estos mequetrefes? Rivlin no les había solicitado asistencia. ¿Por qué se metían con su vida y en sus decisiones personales? Hoy me avergüenza darme cuenta cuán limitadas eran las bases sobre las que fundamenté mis decisiones acerca de David Rivlin. En retrospectiva, se ha documentado muy bien que no existían razones médicas para que Rivlin permaneciera efectivamente encarcelado en un hogar de ancianos. Si Rivlin hubiera tenido acceso a un conjunto razonable de recursos comunitarios, del tipo que otras personas con discapacidad utilizaban entonces, podría haberse mudado del hogar de ancianos y tal vez podría haber tenido su propio departamento. Podría haber tenido mejores oportunidades de verse con amigos, salir un poco, y en general disfrutar de una vida más interesante y estimulante. Las razones que esgrimió para querer morir justamente tenían que ver con cuán aburrido y sin sentido era vivir. Y esto es la lección que los militantes de la discapacidad intentan enseñarnos. Analizando el caso desde un punto de vista, pareciera que el problema radica en la discapacidad física de la persona. Pero, si cambiamos de enfoque, nos damos cuenta que el problema no radica en la discapacidad, sino en la resistencia de la sociedad por realizar ajustes razonables y no demasiado onerosos. En retrospectiva, hay razones más que convincentes para pensar que David Rivlin murió innecesariamente, y que quienes hemos declarado estar preocupados por sus “derechos” debíamos haber reclamado que contara con los servicios que precisaba en vez de dejarlo morir. Como alguien que argumentó equivocadamente en el pasado, pido disculpas por mi falta de perspicacia.” Howard Brody, en “Un bioeticista ofrece sus disculpas”, en *Newspaper for The Rest of Us*, www.lansingcitypulse.com/041006/features/health.asp, Editor, Berl Schwartz, 6 de octubre de 2004.

¹⁰⁵ JHC, op.cit., pág. 48.

¹⁰⁶ Es conveniente aclarar la traducción de cuatro términos: traduje “health care needs” como necesidades sanitarias; “medical necessity” como necesidad médica, pero cuando se refiere a salud mental aclaro que la necesidad de tratamiento (excepto en el caso de ser necesaria medicación o para ordenar internaciones) en la Argentina es cubierta también por otros profesionales matriculados —tal es el caso de los psicólogos; traduje “clinician” como clínico que es un concepto que abarca tanto al médico como al psicólogo clínico que se dedica a salud mental; y finalmente, traduje “physician” como médico.

teniendo en cuenta el principio de utilidad¹⁰⁷ - justificar la decisión de distribuir recursos en las instituciones sanitarias. Para otros –por ejemplo para la Comisión Presidencial para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina e Investigación Biomédica y del Comportamiento- la atención sanitaria es especial porque reduce el dolor y el sufrimiento, y también porque nos recuerda los límites de la existencia humana, porque en muchas culturas la solidaridad y el cuidado de quienes están enfermos tiene un significado moral y religioso muy profundo, porque la gente quiere saber qué es lo que en ellos no está bien y qué es lo que puede mejorarlos. A esta objeción responde que si bien es cierto que la atención de la salud hace muchas cosas por nosotros y por mejorar la calidad de vida, la manera en la cual esa calidad de vida es mejorada por las instituciones sanitarias es el factor crítico por el cual estimamos su importancia. Según Daniels, aplicando el principio de utilidad no se puede distinguir entre la manera en que la atención de la salud o la posesión de un cuadro bello mejora nuestra calidad de vida, y eso es un problema. La explicación de Daniels –reitero- señala dos objetivos de las instituciones sanitarias: el mantenimiento de la organización funcional típica de la especie y su efecto central en la distribución de las oportunidades. Ese es el resultado general más relevante desde el punto de vista de la justicia distributiva.

- 2- La segunda objeción es la supuesta vaguedad de la noción de “relación entre instituciones sanitarias y justa igualdad de oportunidades”. El ejemplo que Daniels expone –desde el punto de vista de quiénes harían esa objeción- es que según ellos, proveer de un auto a los que no pueden comprarlo puede hacer tanto por disminuir

¹⁰⁷ “La respuesta inicial -del propio Bentham, a su vez prestada de los proto-utilitaristas Hobbes y Hume- fue identificar la utilidad con la utilidad para fomentar el placer y evitar el dolor. Este es el utilitarismo «hedónico» (o bien «hedonista»).” (...) “La versión moderna más común sustituye la psicología hedonista del propio Bentham, por la noción de ‘satisfacción de la preferencia’. Según esta idea lo que se maximiza -y, para dar mordiente ética a la noción, los utilitaristas de la preferencia tienen que añadir «y debe maximizarse»- no es el equilibrio de placeres sobre dolores, sino más bien la satisfacción de las preferencias en sentido más general.

el deterioro del rango normal de oportunidad como suministrar servicios de atención de la salud a aquellos que lo necesitan. Frente a esa objeción, Daniels responde que él no niega que ciertas desigualdades en los ingresos y la riqueza entran en conflicto con la justa igualdad de oportunidades¹⁰⁸, y que garantizarla puede así restringir las desigualdades aceptables en esos bienes. Le interesa ocuparse específicamente de ciertas instituciones encargadas de satisfacer determinadas necesidades –en su caso, las encargadas de satisfacer las necesidades de atención sanitaria- que tienen un impacto claro en la posibilidad de hacer uso de las porciones individuales del rango normal de oportunidad. Y que es por ese motivo –como dijimos- que deben ser gobernadas por el principio de oportunidad.

- 3- La tercera objeción: –que la apelación a la justa igualdad de oportunidades en cuestiones de salud es demasiado fuerte- tiene dos formas: 1) plantea que igualar las oportunidades requeriría eliminar las diferencias individuales entre las personas. Daniels dice que en la contraposición de la igualdad *justa* a la igualdad *formal* de oportunidades reside la clave para responder a esta objeción. Para los propósitos de la justicia distributiva en salud, la oportunidad es igual (justa) cuando todas las personas son igualmente atendidas en los casos en los cuales tienen cierta clase de impedimentos que les impiden gozar de sus porciones del rango normal de oportunidad, sobre todo de aquellas prácticas discriminatorias en los lugares de

Esta última subsume a la primera...”. Robert E. Goodin, “La utilidad y el bien”, en *Compendio de Ética*, Madrid, Peter Singer (ed), Alianza Editorial, 1995, pág. 339.

¹⁰⁸ Queremos consignar la interesante observación que hace el autor acerca de la objeción marxista estándar – a la que evidentemente da relevancia- a la noción de justa igualdad de oportunidades. La objeción es que tales nociones son ideológicas y engañosas, porque no puede haber una igualdad real de oportunidades sin eliminar las desigualdades de clase. Por ejemplo, dice, las apelaciones a la igualdad de oportunidades han jugado históricamente un papel conservador, engañoso, cegando a la gente frente a las injusticias de las desigualdades de clase y de raza en cuanto a las retribuciones. Históricamente, las apelaciones al ideal de la igualdad de oportunidades han servido para justificar relaciones individuales fuertemente competitivas. Más concretamente, agrega, a menudo encontramos instituciones como el sistema educativo de Estados Unidos, que orgullosamente muestra un compromiso de palabra con la igualdad de oportunidades, mientras que hay fuertes evidencias de que el sistema funciona primariamente replicando las desigualdades de clase. JHC, op.cit., nota al pie, pág. 51-52. Daniels no tiene una respuesta a esa objeción –por lo menos en los textos que examiné- pero le interesa señalarla.

trabajo o de daños en aquellos aspectos de su salud que hacen al funcionamiento normal de la especie¹⁰⁹. 2) Otra forma en que se presenta esta objeción es la siguiente: dado el avance de la tecnología, las necesidades sanitarias en sí mismas podrían ser tan expansivas y caras, que crearían un agujero sin fondo. Daniels señala dos puntos respecto de esta objeción: a) acepta el riesgo que esto implica y la vigencia de la preocupación, pero dice que existe la herramienta para distinguir las necesidades sanitarias genuinas de las que no lo son. Y esto depende de los recursos de los cuales cada sociedad disponga, y de tener en cuenta el objetivo de mantener el normal funcionamiento de la especie.¹¹⁰ Aunque es evidente que los recursos científico-tecnológicos para cumplir con ese objetivo variarán históricamente; b) en segundo lugar se ocupa de la preocupación de aquellos que plantean que postular un derecho individual fundamental a la atención de la salud podría implicar la imposibilidad de cumplir con cualquier otro objetivo social, porque todos los recursos se tendrían que destinar a las instituciones sanitarias. Daniels aclara que justamente no postula ningún derecho fundamental en ese sentido, sino derivado indirectamente de aplicar el principio de justa igualdad de oportunidades a las instituciones sanitarias básicas, lo cual requiere –para decidir qué necesidades deben ser satisfechas y qué recursos deben dedicarse para ello- de un cuidadoso análisis moral y gran riqueza de conocimiento empírico acerca de los efectos de asignaciones alternativas. Para realizar ese análisis deben sopesarse unas contra otras las varias instituciones que afectan las oportunidades, así como también deben sopesarse los recursos requeridos para ofrecer una igualdad de oportunidad justa

¹⁰⁹ Insisto que es importante señalar que –como dije en una nota al pie en la página 60- existe una definición estadística de normalidad y una funcional o descriptiva. Es importante no tomar lo normal de un modo descontextualizado. Volveré sobre este punto al abordar el tema de enfermedad mental.

contra lo que es necesario para proveer recursos para otras instituciones sociales importantes. En síntesis Daniels plantea que las instituciones sanitarias capaces de proteger la justa igualdad de oportunidades pueden mantenerse sólo en aquellas sociedades donde dicho gasto no mine sus capacidades productivas.¹¹¹

- 4- La cuarta objeción es la referida a la circularidad de la explicación que deriva la atención de la salud de la justa igualdad de oportunidades. Si el cuidado de la salud está definido por referencia al rango normal, que a su vez está afectado por las instituciones sanitarias que en efecto existen, esto –según algunos autores- sería un razonamiento circular. Sin embargo, afirma Daniels, se puede responder a esta objeción destacando que precisamente un principio distributivo debe hacer lugar a las variaciones de la importancia que tiene una enfermedad en una u otra sociedad, porque ella depende a su vez de hechos acerca de esa sociedad que están en la posición original tras el velo de la ignorancia. En segundo lugar, lo que la enfermedad afecta es la *distribución* de las porciones del rango normal de oportunidad, no el rango en sí mismo. Este último tiende a ser el efecto de otros factores, entre ellos, el nivel de desarrollo tecnológico y la estructura social. Y aunque todos los miembros de una sociedad dada padecieran la misma enfermedad, que afectaría por lo tanto la oportunidad para todos de la misma manera, sería razonable que las instituciones sanitarias en una sociedad justa se hicieran cargo de esa enfermedad porque afecta a todos en la organización funcional normal de la

¹¹⁰ No niega que idealmente una sociedad pueda tener tantos recursos, que se pueda disponer de ellos para – por ejemplo- retardar el envejecimiento, o realizar la preservación criogénica de los muertos con el objetivo de esperar los avances científicos. *JHC*, op.cit., pág. 53.

¹¹¹ Respecto de esta objeción, señalo que si bien el criterio de Daniels no provee una solución para ese problema, porque finalmente depende de los recursos disponibles en una sociedad y del estado de salud de una población, como veremos más adelante, y si bien Daniels concede la importancia de procedimientos democráticos para la toma de decisión, también es crítico sobre la posibilidad de fiarlo todo a eso (como en el caso del plan Oregon) para establecer prioridades en salud. Por supuesto que decidir qué necesidades cubrir en general requeriría una teoría mucho más ambiciosa que lo que se propone Daniels, que es delinear una teoría de justicia en salud.

especie, sea cual fuere el plan de vida que los distintos individuos quisieran seguir, utilizando su rango normal de oportunidad.¹¹²

En síntesis, Daniels considera que una teoría de atención de las necesidades en salud debería servir, tanto para averiguar qué entendemos cuando afirmamos que las necesidades de cuidado de la salud son especiales, como por otro lado debería proporcionar una base para distinguir cuáles son los efectos más importantes que la atención de la salud produce en las personas.

Necesitamos esa teoría para guiar las decisiones de macroasignación de recursos con el objetivo de tener un criterio para establecer prioridades entre las distintas necesidades en salud,¹¹³ si se supone que existe alguna escasez –mayor o menor- en los recursos en salud, y si se parte de la base de que una sociedad regida por los principios de justicia planteados por Rawls y retomados por Daniels, no puede ni debe apoyar las instituciones encargadas del cuidado de la salud en general y de la salud mental en particular en mecanismos de mercado para asignar esos recursos. Esta última cuestión se expondrá a continuación.

Éstas son las limitaciones claras que impone a su teoría o –en otras palabras- el marco normativo elegido por el autor que estoy considerando.

III. 5. a) Equidad en el acceso: distintas maneras de definir la equidad en el acceso a la salud.

Después de fallidos intentos¹¹⁴ para aplicar la teoría de justicia como equidad de Rawls al diseño de instituciones sanitarias, Daniels reconoce que una de las dificultades conceptuales con las que se ha encontrado, es el problema de explicitar y analizar qué clase de bien

¹¹² JHC, op.cit., pág. 50-57.

¹¹³ Daniels afirma que, en general –en la búsqueda de un marco apropiado dentro del cual aplicar principios de justicia a la atención de la salud a nivel macro- será más importante prevenir, curar, o compensar por aquellas condiciones mórbidas que implican una mayor reducción del rango normal de oportunidad. [AJ], op.cit., pág. 188.

¹¹⁴ N. Daniels, “Rights to Health Care and Distributive Justice: programmatic worries”. *Journal of Medicine and Philosophy* 4:2:174-91

social es la salud. Como expliqué en el apartado anterior, necesitamos saber cuáles son sus funciones y efectos, y por qué podemos pensar que los servicios de atención de la salud difieren en cuanto a su importancia moral de otras cosas que mejoran nuestra calidad de vida. Es claro para él que el análisis de este problema no puede ser provisto por una apelación a las teorías de justicia mismas, ya que, lo que para una teoría determinada puede parecer la manera natural de derivar de ella una aplicación en salud, presupone, precisamente, una toma de posición previa acerca de qué la clase de bien social es la salud. Y esta posibilidad de ver cuál es un punto de dificultad central, permite entender la magnitud de las diferencias entre quienes consideran que la atención de la salud es un servicio público y quienes la ven como cualquier otro *commodity* que acordamos comprar y vender en el mercado.

En relación con la controversia sobre el acceso a los servicios de salud –uno de los ejes sobre los que gira el esfuerzo de Daniels- la pregunta central es si debemos permitir que las desigualdades en el acceso varíen en consonancia con cualquiera de las otras desigualdades económicas que son permisibles, de acuerdo a principios de justicia distributiva más generales.¹¹⁵

Vimos en el apartado anterior que la respuesta negativa de Daniels a esta pregunta se relaciona directamente con la función, los efectos y la importancia moral de la atención de la salud en la justa igualdad de oportunidades.¹¹⁶

Ahora bien, para explicar cuándo se considera que el acceso a los servicios de salud es equitativo, Daniels comienza por explicar cuáles son los tres factores que hacen difícil la definición del término en sí mismo: 1) El primero se relaciona con la estrecha ligazón entre

¹¹⁵ Es claro que esa controversia se da en un marco histórico concreto, complejo, en el que se debaten muchas otras cosas, entre otras, si es justo o no que el estado cobre impuestos y los destine –por ejemplo- a programas sanitarios y educativos. Ver, *JHC*, op.cit., págs. 11-13.

¹¹⁶ Porque –como ya se dijo- Daniels define con mucha fuerza cuál debe ser la *función moral* de un sistema de salud: ayudar a garantizar precisamente una justa igualdad de oportunidades. Daniels, *JHC*, op.cit., págs. 41 y 42.

las consideraciones de equidad y el papel que éstas juegan en los juicios acerca de la igualdad, 2) el segundo: los servicios de salud no son homogéneos –algunos salvan o prolongan la vida, otros mejoran su calidad, algunos son más básicos o más urgentes que otros-, y 3) el tercero y fundamental es que la divergencia en cuanto a lo que se considera acceso equitativo¹¹⁷ tiene que ver con una divergencia acerca de cuestiones morales más básicas, específicamente las relacionadas con la justicia distributiva.

Precisamente, esas divergencias más profundas, son las que Daniels analiza a partir de la exposición de tres maneras diferentes de entender el *acceso equitativo*, que reseñaré a continuación. Aclara que su objetivo no es hacer una evaluación empírica sistemática de ellas, sino señalar sus implicaciones éticas. Pero antes de exponer cada una de las maneras de entender el acceso equitativo, es importante seguir paso a paso al autor en el razonamiento sobre los problemas que plantea decidir cuándo podemos considerar que el acceso a un bien es igual para todos, y también cuándo un acceso es equitativo, pese a ser desigual.

i) **Acceso equitativo: Igualdad y equidad.** Es tentador –dice Daniels- pensar que podemos dar una definición completamente incontrovertida de un “acceso igual” a la atención de la salud tal como lo hacemos al definir la igualdad de ingresos; y reservar la polémica para los debates sobre qué apartamientos de la igualdad se ajustan a principios de justicia aceptables. Para ilustrar su pensamiento da el siguiente ejemplo:

“Supongamos que gano \$10.000 menos que usted. Para algunas personas esa desigualdad puede considerarse equitativa si usted trabajó más tiempo o más duro que yo, para otras será

¹¹⁷ Daniels aclara que hay dos usos del término equidad, uno en sentido amplio, casi equivalente a distributivamente justo, y otro en sentido restringido, en el cual la equidad es un concepto intersticial, que plantea cuestiones de justicia solamente contra un trasfondo de instituciones cuyo ajuste a los principios de justicia no está en cuestión. A pesar de preferir el uso en sentido restringido, aplica sin embargo la noción más amplia porque es el uso habitual en la literatura sobre acceso a la atención de la salud. *JHC*, op.cit., pág. 60.

equitativa si sus habilidades tienen un valor de mercado mayor que las mías, y para otros si usted necesita más que yo.¹¹⁸

Es claro que en este ejemplo los desacuerdos sobre principios distributivos apropiados ponen en evidencia desacuerdos sobre cuál es una distribución del ingreso justa o equitativa, aunque no hay controversia respecto de si los ingresos de las personas del ejemplo son iguales ya que obviamente no lo son. Ahora bien, para comprender la noción de “acceso igual” la situación es para Daniels razonablemente diferente, ya que para llegar a ella se tomaron ya varias decisiones sobre qué se debe tener en cuenta al juzgar cuándo un acceso es igual. Y considera que esas decisiones reflejan nuestro propósito o interés en hacer que los juicios sobre igualdad y algunas de esas discriminaciones sean en sí mismos moralmente apropiados. Y esto muestra que las consideraciones morales están ya enclavadas en la especificación de la igualdad, y muestra también que esas consideraciones no son puestas en evidencia hasta que nos desplazamos hacia decisiones de equidad y no simplemente de igualdad.

Daniels proporciona un segundo ejemplo para entender qué cuestiones están en juego cuando se habla de igualdad de acceso. He elegido transcribirlo en toda su extensión porque le permite analizar luego la complejidad implicada en la noción de “acceso igual” y de justa igualdad de oportunidades en la atención de la salud.

“Consideremos el problema en un contexto algo diferente. En un salón no muy lejos de mi oficina hay una máquina de café. ¿Cuándo se considera que el café es igualmente accesible entre mis colegas? Algunos casos parecen claros: si el salón está abierto sólo para los colegas masculinos, entonces las colegas de sexo femenino pueden quejarse de no tener un “acceso igual” al café. Si el salón está arriba de una escalinata y no hay rampa para silla de ruedas, entonces mi colega parapléjico puede tener fundamentos para quejarse por un acceso desigual al café. Después de todo, tiene que pedirle a alguien que se lo busque, cosa que no sucede con ninguno de los demás. (¿Desaparece esta queja si

¹¹⁸ Daniels, *JHC*, op. cit., pág. 60-62.

de hecho él bebe tanto café como nosotros?) Otros factores tienen un impacto menos claro sobre la igualdad de acceso. ¿Deberíamos preocuparnos sobre el hecho de que no todas las oficinas están equidistantes de la jarra? (...) ¿Tiene importancia la manera en que fueron asignadas las oficinas –al azar, por elección, o por jerarquía? ¿Tiene importancia si la distancia se correlaciona negativamente con el uso del café? ¿Debería preocuparnos el hecho de que algunos colegas usan más calorías que otros para caminar hasta la jarra de café? Supongamos que el salón está pintado de verde brillante, un color que me disgusta tanto que conlleva un esfuerzo psicológico mayor para mí la búsqueda del café que lo que conlleva para mis colegas, que eligen ese color. ¿Puede decirse que nuestro acceso al café es desigual? Supongamos que en un trabajo anterior tuve experiencias poco placenteras en el salón de café y que el recuerdo de ellas me inhibe de buscar café; mis colegas tuvieron experiencias placenteras en el salón de café. ¿Tenemos acceso igual al café?”¹¹⁹

El autor plantea que, lejos de querer trivializar el problema, el ejemplo le permite poner en evidencia que se inclina a decir que el acceso al café es igual a pesar de las variaciones en la distancia entre la oficina y el salón de café, en el uso de las calorías, en la preferencia del color del salón, o de las experiencias pasadas que influyen en las preferencias. Cuando nos encontramos con algo que es meramente una “amenidad”¹²⁰, variables que meramente impactan sobre los órdenes de preferencia son ignoradas al juzgar la igualdad en el acceso, en cambio factores tales como “salón sólo para varones” o el tramo de escalinata tienen un impacto de un modo independiente de efectos sobre los órdenes de preferencias. Si sintiese de manera diferente sobre la importancia del café, por ejemplo porque pienso que satisface una necesidad básica (dejando de lado si es un hábito o una adicción), sería más sensible a los factores que afectan las preferencias y querría hacer distinciones más finas, especialmente en los casos en que eso redunde en efectos sobre el uso de la jarra de café.

¹¹⁹ Daniels, *JHC*, op. cit., págs. 61-62.

¹²⁰ Amenidad es un término que designa los varios detalles que hacen al confort en la provisión de los servicios, que, según algunos autores, hacen al grado de calidad de los mismos.

La evaluación que hace Daniels sobre la importancia del café, está conectada con otros puntos de vista que sustentan sobre cuáles de las variables que afectan el acceso o el uso son relevantes en temas de equidad. “Esto es, permito que mi noción de igualdad de acceso sea determinada, en parte, por juicios anteriores sobre equidad de acceso.” Por temor a que el ejemplo de la jarra de café sea sospechoso por su trivialidad, propone que se considere el mismo punto en un contexto no trivial como el de la igualdad de oportunidades. Así, una tradición en nuestra sociedad juzga que la igualdad de oportunidades se consigue si no existen barreras formales legales o cuasi legales para las personas de razas o sexos diferentes que compiten por un trabajo u oficio. Otros argumentan que se deben dar pasos positivos para compensar algunas de las variaciones naturales y sociales entre las personas, que es razonable pensar que confieren ventajas “injustas” o al menos inmerecidas. Desde este punto de vista, a menos que la sociedad tome medidas para compensar el impacto de esa “lotería natural”, tal como Rawls lo plantea en su *Teoría de Justicia* y -como ya vimos en el capítulo II- no se puede hablar de la existencia de una justa igualdad de oportunidades, sino de una igualdad meramente formal de las mismas.

Es evidente para Daniels que esta diferencia en el juicio sobre qué es lo que tiene relevancia en el momento de juzgar si en una situación dada existe igualdad de oportunidades es en sí mismo el producto de otras evaluaciones morales, y eso hace que la noción de igualdad de oportunidades sea en sí misma controvertida. Ese es el motivo por el cual no puede servir como punto de partida o línea de base no controvertida que se pueda usar para debatir la equidad de la desigualdad en las oportunidades. Daniels sugiere que ocurre lo mismo en el caso del “acceso igual” en la atención de la salud.

El autor observa que este punto no parece concordar con el hecho de que en un amplio espectro de escenarios, los individuos legisladores hablan como si hubiera un acuerdo sobre lo que se considera “acceso igual”. Para confirmar esto último, Daniels da el ejemplo del

Acta de Planeamiento de Salud de Estados Unidos (US Health Planning Act) de 1974 que dice que un objetivo importante de la política Federal es proveer de un “acceso igual al cuidado de calidad a un costo razonable”. Probablemente es justo decir –según Daniels– que lo que la mayoría de la gente tiene en mente cuando habla de “acceso igual” es un criterio negativo, específicamente que ciertas restricciones tradicionales en el acceso, principalmente geográficas y financieras, deberían jugar un papel mínimo al determinar si la gente que necesita la atención sanitaria la obtiene. Y señala que es obvio que debe existir un ideal positivo implícito en esta caracterización negativa –por ejemplo, “cualquiera de dos personas con un estado de salud comparable que necesite cuidado apropiado tiene una oportunidad igual de obtenerlo.” Esa afirmación trasunta una queja moral contra una desigualdad particular y no la negación absoluta de la existencia de todo tipo de desigualdades en la realidad empírica. Si hay acuerdo sobre lo que se llama “acceso igual” es solamente porque hay acuerdo en no aceptar una clase particular de desigualdad.

Una vez que aclaré la posición de Daniels respecto de la diferencia entre igualdad y equidad estoy en condiciones de exponer cada una de las maneras de entender el acceso equitativo

ii) Acceso equitativo a la atención de la salud, entendido como “utilización de acuerdo a la necesidad”. En pocas palabras, la estrategia consiste en la medición de las variables de *acceso potencial* a los servicios de atención de la salud¹²¹, en los distintos subgrupos de población, para ver si existe un efecto sobre el *acceso realizado*, que se mide con el índice de utilización de los servicios. Los subgrupos de población se pueden construir usando distintos criterios, pero uno de los más útiles para llegar a conclusiones

¹²¹ Daniels considera, en primer lugar, dos *factores de acceso potencial*, y después incluye un tercero: a) algunas características estructurales del sistema de atención de la salud, tales como la disponibilidad de médicos u hospitales en las diferentes áreas geográficas, factor medido, por ejemplo, por la proporción médico-habitante, b) características de los individuos en la población, tales como edad y nivel cultural, nivel de ingresos o nivel de la cobertura de seguro que determinan su *status* sanitario y, c) características del proceso sanitario –un factor particularmente importante– tales como tiempo de espera, tiempo que el clínico le dedica a cada paciente, etcétera. JHC, op.cit., págs. 63-71.

significativas es el que los divide por nivel de ingreso. También pueden usarse los criterios de género, raza, edad, nivel cultural, etcétera.

Daniels reconoce que este abordaje –representado principalmente por L. A. Aday y R. Andersen¹²²– tiene una *importancia analítica* y otra *normativa*. La primera, es la de proveer de un instrumento para decidir qué variaciones son las importantes –entre los muchos elementos que ejercen influencia en el *acceso potencial* a los servicios– y tienen efectiva importancia para determinar los factores que contribuyen a marcar las diferencias en el acceso a los servicios de salud.

No nos podemos extender aquí en la aclaración de todos los términos que se usan para fundamentar esta concepción, pero lo esencial es que ellos ponen a prueba la importancia de esas variables de acceso potencial –disponibilidad de médicos, edad, estado de la salud, nivel de ingreso, etcétera– determinando su efecto en las medidas del acceso *efectivamente* realizado, que es el *output* del sistema. Las medidas de acceso efectivo, pueden ser *subjetivas* –en el caso de reflejar la satisfacción con el tratamiento– u *objetivas* –interesadas en los índices diferentes de uso. Un vez que se realiza la comparación entre los grupos de población –que puede reflejar similitud o diferencia intergrupales¹²³ respecto del índice de

¹²² Aday, L. A. y Andersen, R., *Development of Indices of Access to Medical Care*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1975; y Aday, L. A., Andersen, R y Fleming, G. V., *Health Care in the US: Equitable for Whom?*, Beverly Hills: Sage, 1980.

¹²³ Diferencia intergrupales es la que se obtiene al medir la “utilización por necesidad” y comparar los índices obtenidos en los grupos armados previamente a los efectos de la investigación, de acuerdo, por ejemplo, al criterio de “nivel de ingreso”. Daniels considera que aún en el caso de preferir las medidas *objetivas* del acceso realizado, es importante elegir cuidadosamente cuál se va a usar porque, por ejemplo, los índices de utilización entre los grupos separados por “nivel de ingreso” en los Estados Unidos no han variado de manera significativa luego de la introducción de los sistemas Medicare y Medicaid. Pero –sigue el razonamiento– si el status sanitario de los grupos de bajo ingreso es más deficiente que el de los grupos de ingreso alto, puede sin embargo haber una variación en la cantidad de veces que se usa el servicio, que no se deba a la inexistencia de una necesidad real de ser atendido sino a los perjuicios que se podrían derivar de su uso. Por ejemplo es el caso del uso medido según los días por discapacidad (*use per disability days*) o el uso por días por discapacidad en cama (*use per bed-disability days*).

Creo oportuno comentar un caso relatado recientemente por un colega, que es un ejemplo elocuente en ese sentido: una persona recientemente operada del corazón luego de un infarto, volvió a trabajar –al contrario de lo que su médico había indicado– a los pocos días después de la operación, dado que hacía dos meses había conseguido el trabajo actual luego de un largo periodo de desocupación. En sus palabras “no se podía dar el lujo de que lo echaran”. A los pocos días falleció. En un país como el nuestro donde la desocupación –sin red– afecta a casi todos los “niveles de ingreso” ¿es posible apelar a la “libre elección” del paciente de seguir o

“utilización de los servicios de salud”- se puede averiguar la importancia de la variable de acceso potencial que se está midiendo, usando el siguiente método:

“Supongamos que nuestra teoría de trabajo sobre el proceso a través del cual se busca atención de la salud sugiere que cierta variable, por ejemplo: tiempo de espera en los turnos para los distintos servicios, tendrá un efecto en el acceso al servicio. Aday y Andersen proponen un método para poner a prueba esa afirmación: las variables de acceso potencial son importantes sólo si producen un efecto intergrupar en el acceso realizado (índice de uso). Si una variable del proceso, por ejemplo el tiempo de espera para un turno, no tiene efecto en los índices de uso por subgrupo de población, entonces no es causalmente significativa de acuerdo a su criterio. Así, la prueba por índice de uso (critica Daniels) es una manera de decir que la prueba de que la torta está lista radica en que efectivamente alguien la come; la prueba de acceso es el uso.”¹²⁴

Por otro lado, las consecuencias normativas del abordaje de Aday y Andersen, se derivan del test analítico —que expliqué anteriormente- utilizado para averiguar la importancia causal de una variable de *acceso potencial*, test que se presenta como una definición de la equidad en el acceso. Como resultado de esta reformulación, los autores argumentan que existe la mayor equidad de acceso posible, cuando la determinación de quién entra en el sistema de salud está dada por la necesidad de su uso y no por factores estructurales (por ejemplo, disponibilidad de médicos), o individuales (por ejemplo, nivel de ingreso familiar).

Este tipo de definición de “equidad en el acceso” ha recibido dos objeciones importantes: 1) que algunas desigualdades en las variables de acceso potencial entre los subgrupos, aunque no afecten los índices de utilización del sistema, dan lugar a cuestiones de equidad. Si las condiciones de uso son distintas, las personas pueden verse afectadas en otros aspectos de sus vidas, por ejemplo, en la oportunidad de hacer otra cosa con su tiempo o su dinero.

no las indicaciones de su médico?, ¿es posible pensar, en este como en otros casos, sólo en la responsabilidad individual? Considero que no.

¹²⁴ JHC, op.cit., pág. 63-64.

2) una segunda objeción plantea que algunas variaciones en los subgrupos, que se correlacionan con diferencias en los índices de uso del sistema, pueden reflejar diferencias en la actitud hacia el cuidado de la salud. O sea que, para quienes sustentan esta objeción, la uniformidad entre los subgrupos en los índices de uso (también llamados “índices por necesidad”) no es una condición necesaria para definir un acceso equitativo. Esas variaciones pueden ser debidas a razones religiosas, estéticas, culturales; o pueden reflejar distintas actitudes y usos del rol de enfermo.¹²⁵

En este sentido se podría argumentar que son inequitativas sólo aquellas variaciones en los indicadores de uso del sistema que reflejan diferencias en las funciones preventivas, curativa y de cuidado de los servicios de salud. Se puede insistir en que algunas diferencias en los indicadores de uso del sistema, aún cuando afecten los resultados en el estado de salud de las personas, reflejan elecciones informadas acerca de cuán libres de riesgos quieren estar. Para Daniels, es necesario diferenciar entre aquellas actitudes hacia la salud basadas en la ignorancia, que la sociedad tiene la responsabilidad de corregir, y aquellas basadas en una elección informada.

Aunque analíticamente cabe hacer esa diferencia, se puede pensar que, en nuestra región – y quizás no sólo en ella- es muy peligrosa esta última idea. En realidad, no es la idea lo peligroso, sino las consecuencias que se pueden derivar de ella en el diseño de políticas públicas. Son muchos los obstáculos en el acceso a los servicios de salud debidos a diferencias de nivel socio económico; son muchos los excluidos del sistema; son muchos los que carecen de agua potable y servicios de salud cercanos. Tantos, que es casi obsceno, o por lo menos inoportuno, apelar al concepto de “elección informada”, sin tener en cuenta cuestiones adicionales.

¹²⁵ JHC, op.cit., pág. 67.

iii) Acceso equitativo a la atención de la salud entendido como igualdad en las variables de proceso. Los defensores de esta manera de concebir la equidad – principalmente F. Sloan y J. D. Bentkover¹²⁶ – objetan que el índice de utilización del sistema sea el criterio único o más importante para definir la equidad de un acceso. Se interesan por aquello que denominan, la *humanidad* de un servicio de salud, o sea la preocupación por la manera en la cual ciertas variables, llamadas de proceso, como el tiempo de viaje o de espera para acceder al servicio, se comportan en los subgrupos según el nivel de ingreso, o la raza, o al área geográfica.

Esas variaciones pueden reflejar diferencias en la dificultad asociada a la búsqueda del servicio de salud. Aunque no afecten a los índices de uso del servicio. Y esto implica desigualdad en las cargas que acompañan la búsqueda.

En otras palabras, desde esta perspectiva, el acceso a los servicios de salud no puede considerarse equitativo si es mucho más difícil conseguirlo para algunos que para otros y – esta salvedad es importante-, aún cuando la gente se adapte a lo pesado del proceso y obtenga la cantidad de cuidado que necesita.

Sloan y Bentkover agrupan como factores de calidad en atención de la salud –también denominados amenidades¹²⁷-, a aquellos que impactan en la facilidad o dificultad del acceso a los servicios.

Algunos autores consideran que esta forma de concebir la equidad es justamente la opuesta a concebir la equidad desde el punto de vista del mercado.

El argumento que estoy presentando plantea que, para estar seguros que las variaciones en el índice de utilización de acuerdo a la necesidad sean en efecto el resultado de elecciones o preferencias informadas respecto del uso de los servicios de salud, debemos estar seguros

¹²⁶ Sloan, F. y Bentkover, J. D., *Access to Ambulatory Care and the US Economy*, Lexington, MA: Lexington Books, 1979.

de que las decisiones de utilizarlo no sean mucho más duras para algunos, a raíz de los cambios en las variables de proceso (amenidades o factores de calidad). Para justificar estas preocupaciones acerca de la igualdad entre las variables de proceso, se invocan, por lo general, posiciones de justicia distributiva fuertemente igualitaristas.

En mi opinión, Daniels deja aquí de lado el debate con ellas, no por un desacuerdo de fondo, sino a raíz de un interés primordial contrapuesto. Se trata de ganar posiciones - punto por punto- en la discusión acerca de qué diseño de políticas públicas en salud es justo. Y aquí, Daniels está muy interesado en discutir con quienes proponen la opción de mercado y están en la posición de poder que les permite imponerla. No es que no considere atinada la objeción de los “igualitaristas radicales”, sino que considera imperioso encontrar una solución igualitaria, aunque no sea tan radical. Una discusión en la que, los oponentes con poder de decisión, son quienes no están interesados en reivindicar, ni un derecho a la salud, ni en pensar en lo justo o injusto de su acceso. Una discusión entablada –en realidad- con quienes defienden otra forma de entender la equidad: con quienes defienden la equidad actuarial, regulada por el mercado.¹²⁸

iv) Acceso equitativo a la atención de la salud entendido como disponibilidad en el mercado de un *decent minimum* básico. Este criterio de equidad es el que Daniels denomina abordaje de mercado. Es un concepto construido a partir de conceptos propios de la literatura económica o de planificación en salud.

Su interés reside en que pone límites muy distintos a los criterios ii) y iii) y también al de equidad como justa igualdad de oportunidades, y a la noción de acceso equitativo, y

¹²⁷ Como aclaré en una nota al pie anterior, Amenidad es un término que designa los varios detalles que hacen al confort en la provisión de los servicios, que, según algunos autores, hacen al grado de calidad de los mismos.

¹²⁸ No quiero dejar de asentar una posición que enfoca la cuestión de la atención de la salud relacionando la noción de respeto, con la noción de vulnerabilidad. Daniels cita a R. Dickman (1983) quien dice que desde un principio que requiere que mostremos ‘igual respeto por las personas’, sumado al hecho de que las personas que necesitan de los servicios de atención de salud, son especialmente vulnerables a las afrentas a su auto-respeto, requiere de nosotros prestar una atención especial a la distribución (aproximadamente) igual de -al menos- un conjunto razonable de amenidades. *JHC*, op.cit., pág. 71.

también en que en este abordaje subyace un punto de vista de atención en salud y justicia distributiva muy diferente.

La explicación de las más importantes corrientes filosófico-políticas contemporáneas en disputa, que ya desarrollé, allana el camino para entender este concepto de equidad y sus implicaciones prácticas. Más adelante, cuando esboce algunos de los problemas que plantea una posición como la que estoy trabajando, me detendré más en detalle en la crítica a esta manera de concebir la equidad. Por ahora, expondré las consideraciones que hace Daniels al respecto.

Cuando expliqué una posible objeción al concepto de equidad, entendido como índice de utilización del servicio de salud, o “uso por necesidad”, dije que una similitud intergrupala puede no ser una condición necesaria para considerar que un acceso es equitativo. Algunos de sus críticos sostienen que los servicios de salud son un *commodity*, como cualquier otro. Desde este punto de vista, no hay nada tan ‘especial’ en estos servicios. Puede obtenerse resultados similares si se permite un mercado que pueda responder a las preferencias que las personas manifiestan por ellos.¹²⁹ Para esa forma de ver las cosas –continúa Daniels- la equidad del acceso está asegurada si se cumplen tres condiciones principales: (1) el *commodity* debe estar disponible a algo parecido a un costo social verdadero; (2) los individuos deben ser capaces de tomar decisiones racionales (informadas) respecto al uso del sistema; (3) la distribución del ingreso deber ser equitativa (aproximadamente).

Cada una de estas condiciones presenta problemas que analizaré más adelante, cuando considere las objeciones más importantes que se hacen al abordaje de Daniels.¹³⁰

Pero el presupuesto común de quienes proponen el mercado es que las transferencias de ingreso deben ser adecuadas como para poder comprar un paquete de servicios mínimos

¹²⁹ JHC, op.cit., pág. 72.

¹³⁰ Ver páginas 194-200.

básicos de salud (*decent basic minimum*). Si la transferencia es menor, hay acuerdo en que esa transferencia es inequitativa. Es decir, existen límites definidos acerca del tamaño de la transferencia necesaria para asegurar que tenga lugar el suministro de un acceso financiero equitativo al mercado médico. Es claro que esta posición de defensa del mercado como regulador de los *commodities* de salud no es la posición libertaria pura, que rechaza todo tipo de transferencias¹³¹. Son posiciones más moderadas, en donde hay una aceptación implícita de lo que se puede caracterizar vagamente como derechos de bienestar, que comportan ciertas demandas morales de importancia.

Según este abordaje, la distribución desigual de atención de la salud, tanto en cantidad como en calidad, puede considerarse simplemente como la expresión de diferentes curvas de preferencias.

El ejemplo que da Daniels es que, según esta concepción de equidad -que él no comparte-, ocurre con los servicios de salud lo mismo que con los presupuestos para la comida: la cantidad de dinero que se tiene para gastar, y los productos que efectivamente se compran pueden variar según alguien sea el obrero de una fábrica o un industrial acaudalado. Para reafirmar este punto podemos hacernos también la siguiente pregunta: ¿Es comparable estar descontento porque no se tiene salud que estar descontento porque no se tiene un auto? Si se considera moralmente aceptable la distribución del ingreso que subyace en ese ejemplo, los seguidores del modelo de mercado para distribuir los servicios de salud consideran que tampoco debería considerarse inequitativa la expresión de esa distribución en términos del uso del servicio de salud. La pregunta que deja como estela este argumento

¹³¹ Si se trata de analizar dicho modelo - el de asistencia sanitaria del neo-liberalismo privatizador- desde un punto de vista ético, debería tratarse en el seno de la Cámara de Empresas de Medicina Prepaga. Coincidió con el médico sanitarista José Carlos Escudero, quien dijo en un reportaje publicado durante el gobierno de Menem que: "El hecho de tener como ministro de Salud a un ex dueño de privadas prepagas, como Mazza, no pasa en ningún lado." Diario *Página 12*, 11 de marzo de 1995.

¿son equivalentes desde un punto de vista moral el descontento, la insatisfacción por estar enfermo que la que produce querer un auto y no tenerlo?

En síntesis, según este abordaje de mercado, un acceso a la atención de la salud es equitativo si, y sólo si, no hay barreras en la información, ni barreras financieras, o anomalías en la oferta que impidan el acceso a un *decent* básico mínimo, o bien *decent* básico razonable.

El problema aquí es que, si queremos basar las demandas de equidad sólo por su referencia a algunas características de algunos de los servicios de salud, debemos saber cómo determinarlos. Daniels expone tres maneras de entender un '*decent minimum* básico': (1) el que provee un criterio general por referencia al cual podemos decir si determinados servicios están dentro o por encima del mismo; (2) la descripción de un procedimiento justo para determinarlo; y (3) la lista de los tipos de servicios incluidos.

Aunque no es el objetivo de esta tesis extenderme en el análisis de estos tres modos, señalo que es Charles Fried –entre otros- quien intentó el primero. Sugiere que el '*decent minimum*' debería reflejar alguna concepción de lo que constituye, en general, una perspectiva de vida tolerable. Son evidentes los problemas que derivan de intentar definir esto último.¹³²

¹³² Al respecto es interesante el análisis que hace Vidiella de los distintos problemas que plantea un *decent minimum*. Respecto de Fried, señala que, su rechazo a la tesis de un derecho igualitario a la salud, se funda en que demandaría solventar un gasto de proporciones excesivas, a expensas de otros bienes sociales importantes. Asimismo, según él, un derecho igual para todos llevaría a bajar la calidad de la atención y atentaría contra la libertad de consumidores y prestadores. Según Vidiella, Fried logra superar el fuerte supuesto individualista de los liberales más conservadores al admitir que la idea de persona autónoma no excluye, sino que presupone, su dimensión social, soporte de la legitimidad de los derechos básicos. Nos parece muy atinada la crítica que hace Vidiella a la forma en que Fried fija un límite a las necesidades que dan origen a reclamos legítimos, porque, como bien dice la autora, si es verdad que subordinar los planes individuales a las demandas de los otros, por más urgentes que estas resulten, lesionan la autonomía, ya que una radicalización de esta tesis llevaría a considerar el ideal del buen samaritano como el único modelo de vida valioso, para rechazar esa posibilidad Fried conduce con su razonamiento, a un resultado paradójico. Dice Vidiella: "En efecto, en tanto que el límite a los reclamos legítimos está fijado –para Fried- por los derechos negativos, materializados en el derecho a la propiedad, la consecuencia es la siguiente: con el fin de impedir que los planes de vida de los más favorecidos queden cautivos de las necesidades de los más pobres, se convierte a los proyectos de estos últimos en cautivos de los de aquellos." Vidiella, *op.cit.*, pág. 32 -33.

Daniels comenta también la propuesta de otro defensor del *decent basic minimum*, Enthoven, quien plantea que un plan de seguro debe –para calificar para obtener crédito, para pagar los impuestos, vouchers, o pagos del Medicare- cumplir el requisito de cubrir como mínimo la lista de los servicios llamados “servicios básicos de salud”¹³³ que determina el Acta del año 1973, de la Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization -HMO). Denomina a su propuesta Plan de Elección de Salud del Consumidor (Consumer Choice Health Plan). Por problemas de costos plantea comenzar con una lista menor, que deja indeterminada, pero el requisito es que los planes ofrezcan un plan de opción de nivel más bajo que se sume a cualquier opción más alta con las cuales puedan comerciar. Si bien no me detendré en ellos, es cierto que la forma en que difieren los planes bajos y altos, plantea cuestiones de equidad. Sin embargo, desde el punto de vista del mercado, las diferencias entre ellos pueden considerarse distintas preferencias de compra de un grado de libertad mayor o menor frente al riesgo de tener problemas con su salud.

v) Crítica al *decent minimum* y equidad en el acceso a la atención de la salud entendida como justa igualdad de oportunidades: Como señala Daniels con acierto, el pragmatismo sanitario del mercado corre el peligro –como ya explicaré en detalle- de incorporar en el *decent mínimo* básico todo aquello que está ya distorsionado en el sistema sanitario.¹³⁴

El objetivo de Daniels es buscar fundamentos más sólidos para una caracterización, tanto de la equidad como de lo que es una atención de la salud justa. Esa es la razón por la que

¹³³ La lista incluye: servicios médicos, servicios hospitalarios externos e internos, servicios de emergencia, servicios externos de salud mental de corto plazo (hasta 20 consultas), tratamiento y referral por abuso de drogas y alcohol, laboratorio, rayos-X, servicios a domicilio, y ciertos servicios preventivos.

¹³⁴ Daniels considera que esas distorsiones pueden ser el resultado de las características básicas del mercado médico, tal como es la incertidumbre. Ella incluye la falta de pericia del paciente, que implica una dependencia de los médicos, que actúan como agentes; la incertidumbre de quien provee el servicio acerca de los resultados del uso mismo, que alienta una ‘medicina defensiva’ bajo la amenaza de los juicios por mala praxis. Puede también haber prejuicios contruidos dentro del sistema en términos de las necesidades que el sistema

critica que el abordaje de mercado utilice una noción intersticial de equidad,¹³⁵ que piensa que el diseño básico del sistema en su totalidad es moralmente aceptable. Lo que hace el abordaje de mercado es dar vuelta la cuestión: Con el argumento que afirma que se usarán porciones justas de bienes primarios -en parte- para comprar un seguro de salud razonable, lo que hace en realidad, es poner en duda la existencia de temas especiales de justicia en la distribución de la atención de la salud. Para Daniels, por el contrario, en cuestiones de atención de la salud se trata de necesidades -para mantenerse lo más cerca posible de un funcionamiento normal- y no de preferencias; por lo tanto para analizar si un sistema de salud es éticamente aceptable desde el punto de vista moral se debe analizar según ese criterio.

Esto nos permite comprender que lo que en nuestros países se ha presentado como inevitable con fuerza inusitada en la década del 90 -la necesidad de someter todos los bienes, incluidos salud y seguridad social, a la mano invisible de mercado- es en realidad una posición entre otras, la posición del sector que hoy es hegemónico en la economía mundial.

Las críticas que hace Daniels al abordaje de mercado en general y en particular en su país, Estados Unidos, se pueden agrupar de la siguiente manera:

- a) Críticas a las nociones de justicia distributiva que subyacen en este abordaje. Se trata de necesidades que deben ser satisfechas por una sociedad para que pueda considerarse justa, necesidades en este caso, de atención de la salud que surgen cuando la enfermedad aparta a la persona del funcionamiento normal de la especie, afectando así el uso de su rango normal de oportunidad. No se trata de preferencias -como por ejemplo un auto más lujoso o una arruga menos.

pretende cubrir -quizás las necesidades de los usuarios de ingresos más altos que las necesidades de los más pobres. *JHC*, op.cit., pág. 77.

¹³⁵ Ver nota al pie en página 76.

- b) El mercado médico no es el ideal de un mercado verdaderamente competitivo. Pueden existir varias distorsiones del lado de la oferta que alcanzan a los servicios que el mercado no ofrece a su “costo social verdadero”¹³⁶
- c) Desde el punto b) el problema es que el mercado es insensible a las preferencias del consumidor del lado de la oferta y son necesarias intervenciones -dirigidas a problemas estructurales en políticas capitales de gastos- para corregir el problema.
- d) Otro problema central es la manera en el que la elección del plan de seguro de salud depende de características del empleo y de que no hay disponibles un adecuado rango de planes –por ejemplo uno que cubra a la gente entre un trabajo y otro.
- e) El abordaje de mercado –sea cual fuere la forma que tome- no da una explicación confiable de cómo dibujar las líneas que incluyen o no determinados servicios de atención de la salud. Hay muy poco intento de dar un criterio general o describir un procedimiento justo o apropiado a las necesidades de la población.
- f) Cuando el abordaje de mercado –por ejemplo el de Enthoven- dice que para que un plan pueda calificar para ser aceptado, y para que por consiguiente el estado le reembolse gastos, debe ofrecer un plan opcional de bajo costo que consiste en proveer nada más que los servicios básicos o un subconjunto aceptable de ellos, además de un plan de costo más alto, plantea una discusión en un plano empírico y no la discusión fundamental que es la pregunta ¿acceso a qué puede considerarse un acceso equitativo?¹³⁷ En este punto crítico aparece otra vez la dificultad de no tener

¹³⁶ “Por ejemplo, algunos grupos –poblaciones rurales o ciudades minoritarias del interior del país- pueden no ser capaces de obtener el cuidado que quieren y pueden pagar. Pueden no ser capaces de obtenerlo en las cantidades deseadas, o en el tiempo deseado con las características deseadas.” Daniels, *JHC*, op. cit., pág. 72.

¹³⁷ “¿En virtud de qué criterio se elabora el orden de la lista? ¿En virtud de qué podemos dejarlas afuera? La atención odontológica, por ejemplo, no está incluida en el Acta HMO de 1973; ¿podemos también dejar fuera de la cobertura la atención de la salud mental?” Norman Daniels, op. cit., pág. 76. Para ampliar el tema ver también Michael Teitleman, “The Medical, the Mental, and the Dental: Vicisitudes of Stigma and compassion” en *Medicine and Social Justice: Essays on the Distribution of Health Care*, Rosamond Rodhes, Margaret P. Battin, Anita Silvers, Oxford, Oxford University Press, 2002.

ni un principio ni un procedimiento justo para construir una lista de servicios incluidos.¹³⁸

- g) El abordaje de *decent basic minimum* –denominado por Daniels de mercado- podría significar para algunos que simplemente establece un grado de libertad frente al riesgo respecto del cual es “decente” estar protegido. Cualquier servicio de salud por encima de ese *decent* puede considerarse una cuestión de preferencias y considerarse un *commodity* que debe flotar en el mercado. Pero –esta es la síntesis de todas las críticas de Daniels al abordaje de mercado en salud- no es claro que tengamos alguna idea de un *decent minimum* ya que no hay ninguna duda de que algunas variaciones en las opiniones sobre qué servicios de salud están contemplados dentro del *decent* y cuáles no, tienen que ver con recortes presupuestarios que tienen en cuenta los costos por juicios por mala praxis, litigios que claramente no son para él el foro apropiado para decidir estos temas de políticas sanitarias.
- h) Otra crítica central que hace a este abordaje es que el *decent minimum* se define por referencia al criterio de “uso promedio” que puede construirse de manera prejuiciosa utilizando como parámetro antes las necesidades de los usuarios de ingresos altos que las de los pobres. Entonces corre el riesgo de incorporar en el *decent* todo lo que ya está desviado en el sistema de salud (se refiere obviamente al estadounidense).¹³⁹
- i) Este abordaje fomenta una medicina “a la defensiva” porque, como en ese campo muchas veces los resultados de los servicios practicados son inciertos, la amenaza

¹³⁸ Cabe señalar que si bien el procedimiento puede no ser justo, tiene otra “virtud” cual es la de la claridad: se basa en leyes de mercado y no de justicia

¹³⁹ Cuando analiza el Informe de la Comisión Presidencial de 1983, “Securing Access to Health Care”, señala en él una sensibilidad a los problemas de apelar a la noción de “uso promedio” para definir el *decent basic minimum* y aclara que es por eso que en ese informe se apela en cambio a la noción de “cuidado adecuado” que no conlleve cargas excesivas. Norman Daniels, JHC, op. cit., pág. 77-78.

de los juicios por mala praxis elevan los costos e inhiben de proveer determinados servicios que de todas maneras serían beneficiosos para una alta cantidad de pacientes.

- j) Otra crítica importante es que las distorsiones del sistema de salud que se incorporan en el *decent* no serían un problema si se quisiera tomar el concepto de equidad sólo en relación al sistema existente, con lo cual la preocupación sobre la equidad radica en que el sistema trate a todos los grupos dentro de él de forma equitativa.

Daniels apuesta por una noción de equidad menos débil, y lo que le importa es encontrar una explicación de equidad que indique cuáles son las necesidades que un sistema de atención de la salud debe satisfacer. O sea, no toma como algo moralmente aceptable sin más al sistema existente –lo que conllevaría sustentar una noción intersticial de equidad– sino que busca una caracterización más fundamental de equidad que, como vimos, se basa en la noción de justa igualdad de oportunidades que es la noción que opone a las otras tres maneras de entender qué es un acceso equitativo a la atención de las necesidades sanitarias: equidad en el acceso entendido como utilización de acuerdo a la necesidad, equidad en el acceso entendido como igualdad en la variables del proceso, y acceso equitativo entendido como disponibilidad en el mercado de un *decent minimum* básico. Con esas tres maneras de entender el acceso equitativo plantea coincidencias y disidencias.

Ahora bien, como se deduce de todo lo que hasta aquí expuse, el esfuerzo de Daniels por extender la teoría de Rawls al campo de la salud –fundado en consideraciones de justicia relacionadas con la distribución del bien oportunidad de acuerdo al principio de diferencia– concluye necesariamente en su afirmación de que no podemos apoyarnos en mecanismos de mercado para asignar los recursos en salud en general y en salud mental en particular.

Su posición, tiene cuatro consecuencias importantes. A saber:

1. Aunque no implica necesariamente un sistema de salud de varios niveles, es compatible con él. El abordaje de mercado, por el contrario, requiere necesariamente por lo menos dos niveles, el alto que provee el mercado, y el bajo que provee el *decent minimum*, aunque no explica sobre qué base se establece la obligación para este último. En cambio, Daniels es claro precisamente en eso: el nivel básico debería incluir aquellos servicios que satisfacen las necesidades en salud o al menos las más importantes, juzgadas según el impacto que produzcan en el rango normal de oportunidad. Comparte con los seguidores del mercado la idea de que sólo algunos de los servicios de salud dan lugar a la obligación social de proveerlos. Se debería decir, para ser más precisos, que a pesar de no compartir en sus núcleos centrales la posición de quienes defienden el abordaje de mercado para el diseño de la atención en salud, su concepción de cuáles deben ser las necesidades que deben ser cubiertas por las instituciones sanitarias en una sociedad que distribuye el bien oportunidad siguiendo los principios de justicia de Rawls, puede convivir en ese aspecto –el de que no es obligatorio cubrir todas las necesidades en salud- con el abordaje de mercado.

2. Tiene criterios para discriminar cuáles son los servicios de salud que deben contemplarse en el nivel garantizado por la sociedad: son aquellos necesarios para mantener, restaurar o compensar por la pérdida del funcionamiento normal de la especie, que, a su vez, contribuye de manera sustancial a definir la porción de rango normal de oportunidad abierta a los individuos.

No debería haber obstáculos de ningún tipo –financieros, raciales, geográficos, etcétera- para acceder al nivel básico, cualquiera sean los niveles superiores.

El nivel básico tiene la función uniforme y central de proteger la justa igualdad de oportunidades. Precisamente en este punto hay una coincidencia con el abordaje de Aday y

Andersen, ya que estos autores suponen una atención de la salud homogénea, que no es problemática en el contexto del nivel básico.

Por último, el punto de vista de la justa igualdad de oportunidades no se pronuncia sobre lo que hay que hacer con la demanda de estricta igualdad respecto de algunas amenidades, ni con los requisitos de equidad de acceso de los niveles superiores, si es que hay algunos. Y eso ayuda, por un lado, a concretar definiciones y a establecer alianzas y, por otro, a dejar sin argumentos a los verdaderos oponentes, permitiendo así que muestren su verdadero juego.¹⁴⁰

Antes de concluir esta explicación sobre la concepción de mercado como una de las maneras de concebir la equidad en el acceso, y las críticas que Daniels le hace, es importante destacar lo que María Julia Bertomeu dice en su artículo “Equidad y Mercado en Salud”,¹⁴¹ en el que señala de manera precisa los aspectos económico políticos que están en juego en esa posición y que expondré en el punto vi).

vi) Crítica a los supuestos del sistema de mercado en la atención de la salud. A las críticas que hace Daniels al abordaje de mercado que expuse en el apartado anterior (v) Bertomeu suma un análisis enfocado especialmente en la crítica de sus fundamentos filosófico políticos. Sigo su análisis con el objetivo de anclar por esa vía el análisis de este

¹⁴⁰ Para entender el contexto histórico en el que Daniels trabaja, es interesante el relato de su colaboración, y diferencias en el enfoque, con la Comisión Presidencial que redactó el informe titulado *Asegurando el Acceso a la Atención de la Salud*, en 1983. Allí señala también que las diferencias que allí se desplegaron eran el reflejo de fuertes presiones políticas en la confección del informe, especialmente provenientes de las últimas designaciones de Reagan. JHC, op.cit., págs. 81-82.

Antoni Domènech confirma nuestra interpretación de cuáles son las diferencias entre las posiciones que Daniels señala, al observar que, “Al mismo tiempo, a contrapelo de la estólida retórica a favor de mercados supuestamente competitivos, los gobiernos favorecían con todo tipo de iniciativas e intervenciones el proceso de concentración empresarial y de oligopolización de la interdependencia económica: Reagan (fecha) prácticamente derogó toda la legislación antimonopolios, y el tipo más elevado de impuesto pasó del 70% al 20%. Las subvenciones estatales norteamericanas directas a las grandes empresas suman hoy más de 75.000 millones de dólares anuales, pero el 20% de los trabajadores norteamericanos trabaja por salarios inferiores al nivel de la pobreza (los malhadados *working poors*) y el salario real de los varones norteamericanos con estudios medios ha descendido desde 1973 en un 28%... Para ampliar el tema, consultar la entrevista político-filosófica a Antoni Domènech, realizada por Salvador López Arnal para la revista digital *Espai Marx*, dirección web: www.espaimarx.org/130604aa-2.htm, publicada en Bertomeu, María Julia, Domènech, Antoni, De Francisco, Andrés, *Republicanism y Democracia*, Buenos Aires, Editorial Pedro Miño, 2005.

abordaje, porque tiene una importancia central para entender el proceso privatizador de los servicios que en un momento fueron estatales y que -como tendencia- es hegemónico en el mundo y ha tenido a nuestro país como ejemplo paradigmático. Como se recuerda, este punto fue el eje del desarrollo en el capítulo I.

Es que para los defensores de la alternativa del mercado como modelo equitativo para la atención de la salud -muchos, mejor dicho pocos pero con mucho poder de decisión en materia económica- se trata del modo más eficiente de lidiar con los costos altos y en aumento que implica la satisfacción de las necesidades sanitarias¹⁴² si se quiere a su vez respetar la denominada “libertad de elección” de los individuos. Libertad de elección entendida, por supuesto, de determinado modo.

El propósito central que la autora persigue en ese texto es el de “elaborar una serie de argumentos destinados a mostrar que la ‘equidad actuarial’ no es un concepto de justicia social que garantice la igualdad, sino un concepto destinado a repartir cargas y beneficios dentro de una institución -el mercado- que selecciona como principio distributivo el mérito, entendido como “capacidad de pagar”.

La palabra “persigue” denota con justeza el clima de acción rastreadora de las raíces filosóficas, históricas y políticas que crea la autora al exponer la tríada normativa que conforman los conceptos de libertad de elección, equilibrio de mercado y eficiencia

¹⁴¹ Bertomeu. “Equidad y Mercado en Salud”, op. cit.

¹⁴² Existe también una posibilidad de preocuparse por los altos costos de la medicina que no está motivada por el afán de lucro, sino por no seguir la corriente crítica del consumismo creciente del capitalismo. Un ejemplo de esa posibilidad es la preocupación que expresa Aldo Neri, a cargo del Ministerio de Salud de 1983 a 1986, sobre la dilapidación de recursos en prestaciones costosas de cuya eficacia no hay pruebas científicas suficientes. Estima que, “si buena parte de nuestra costosa y compleja medicina sólo cumple en realidad, la función de otorgar esperanza al afligido y calma al ansioso,” pero no tiene una incidencia real en el mejoramiento o la cura de la enfermedad, “deberíamos tener la cordura de buscar modalidades más económicas y humanizadas de ofrecerlas, conscientes de que tales excedentes de recursos resultarán mucho más redituables socialmente si los canalizamos hacia una investigación médica inteligente, por una parte, y por la otra”, en una línea ligada a la corriente sociopatogénica que analizaremos con mayor detalle más adelante, “a remover las iniquidades e irracionalidades de nuestra sociedad, donde asienta la causalidad última de muchas enfermedades.” Aldo Neri, *Salud y Política Social*, Buenos Aires, Hachette, 1982, pág. 25-26.

económica en los que se respalda la propuesta de mercado, y de los cuales hace un análisis crítico.

En las citas se han respetado las notas al pie de la autora.

Libertad de elección. La crítica más frecuente a los sistemas nacionales de salud e incluso a cualquier forma de intervención regulatoria sobre la prestación de servicios médicos, consiste en presentarlos como una interferencia injustificada en la libertad de elección de los individuos.¹⁴³ La libertad entendida como no interferencia es el argumento central para impugnar cualquier intervención del gobierno destinada a blindar derechos sociales y excluirlos del mercado. Los liberales de derecha¹⁴⁴ creen que la autorregulación y el equilibrio de los mercados son una respuesta adecuada para respetar y fomentar las distintas concepciones de la buena vida de los ciudadanos. Creen, además, que cualquier intervención redistributiva para asegurar derechos sociales es una interferencia injustificada que viola la neutralidad del Estado. No reconocen, por ignorancia o por hipocresía, que los gobiernos invierten sumas descomunales en la protección del derecho de propiedad y de los contratos que se celebran en la sociedad civil y que tales gastos se hacen en virtud de una determinada concepción de la sociedad “justa”, cosa que está lejos de abonar la tesis de la neutralidad del Estado como garante pasivo de derechos negativos de libertad.¹⁴⁵

En cuanto a las causas del éxito y fuerza categórica de esos argumentos las ubica en el hecho de que “apelan a un ideal político y social –la libertad- que pocos pueden rechazar, incluso aquellos liberales preocupados por la igualdad, la solidaridad y la cohesión social.” No me extenderé en las distintas concepciones que se alojan en el polisémico término libertad, sólo quiero concluir este tema señalando que “... la libertad como no interferencia hace imposible expresar los agravios de quienes sufren inseguridad, falta de

¹⁴³ Esta crítica también fue propia de la izquierda frente a los sistemas contributivos del Estado de Bienestar. El carácter obligatorio de la contribución se veía como una intromisión injustificada o paternalismo. Pero la crítica de la derecha a la obligatoriedad se funda en argumentos distintos, esto es, en que el aporte obligatorio sin discriminación de riesgos individuales obligaba a algunos a subsidiar a los otros. Las críticas de izquierda, en cambio, rechazan los sistemas contributivos por ser ciegos a la “oportunidad de contribuir” y porque miden el esfuerzo en términos del dinero que se aporta. (Nota al pie, de Bertomeu.)

¹⁴⁴ Uso la palabra liberales de derecha para referirme a aquellos pensadores que, como R. Nozick, consideran que las regulaciones de los gobiernos destinadas a garantizar la igualdad de las personas son interferencias injustificadas a la libertad. (Nota al pie, de Bertomeu).

oportunidades e incluso indignación porque se ven privados de los derechos sociales básicos imprescindibles para tener un derecho a la existencia social”¹⁴⁶ El concepto que Bertomeu analiza en segundo lugar es el de equilibrio de mercado y eficiencia, y dice:

Equilibrio del mercado y eficiencia: La norma que generalmente utilizan los economistas para hablar de la eficiencia del mercado en general, y de la salud en particular, es la de un “mercado competitivo”. Su objetivo central consiste en demostrar que los equilibrios competitivos del mercado tienen la propiedad de la eficiencia, que los hace deseables¹⁴⁷. Los argumentos para preferir el mercado en la atención de la salud son conocidos: En los planes Nacionales de Salud (de Estados Unidos, donde más se defiende este modelo) las cuotas que se pagan y los impuestos que se utilizan tienden a redistribuir o a subsidiar la demanda, los que tienen riesgos menores subsidian a quienes tienen mayores posibilidades de enfermar; todos los planes tienen beneficios comunes y, por tanto, no hay libertad de elección; el gobierno se inmiscuye en todos los asuntos y tiene poder de decisión sobre todo tipo de consumos, esto es, domina el mercado de la salud, y al subsidiar la demanda crecen los costos y, entonces, es imperioso regularlos; no hay precios de mercado genuinos y las decisiones no se toman en forma democrática, los pacientes no son conscientes de los costos, no pueden negociar, no son consumidores. En los mercados de salud, en cambio, la función del gobierno se limita a regular una relación entre un comprador y un vendedor y el comprador recibe incentivos para controlar los gastos.¹⁴⁸

Bertomeu analiza en tercer lugar el discurso de la eficiencia económica y plantea que no es un criterio de equidad distributiva, porque no tiene en cuenta la desigual distribución de recursos de los individuos que concurren al mercado. Y refuerza su posición al decir:

¹⁴⁵ Para este punto: S.Holmes and Cass Sunstein: *The cost of rights. Why Liberty depends on Taxes*, New York and London, Norton Company, 1999. (Nota al pie, de Bertomeu).

¹⁴⁶ María Julia Bertomeu, op. cit.

¹⁴⁷ Esta eficiencia se interpreta como “óptimalidad paretoiana”, esto es, un estado es un óptimo de Pareto si nadie puede mejorar su situación en términos de utilidad sin reducir la de otro, quien vetaría el cambio. Una asignación es óptima en el sentido de Pareto cuando ninguna de las partes prefiere ninguna otra reasignación viable. (Nota al pie, de Bertomeu).

¹⁴⁸ Véase en este punto: Daniel Shapiro, “Why egalitarians should favor market Health Insurance” en *Social Philosophy and Policy*, vol. 19, N 2, Summer 1998. (Nota al pie, de Bertomeu).

Como ha señalado Ronald Dworkin con acierto, los economistas conservadores dicen que debemos crear un mercado libre para el cuidado de la salud, eliminando todas las exenciones impositivas y los subsidios a fin de que las personas puedan obtener exclusivamente la atención que pueden pagar. Se trata de una solución inaceptable, por distintas razones: Primero, porque la riqueza está distribuida de un modo tan injusto en la mayoría de los países, que muchas personas serían incapaces de adquirir un plan de salud aceptable a los precios del mercado. Segundo, porque la mayor parte de la gente tiene información inadecuada sobre los riesgos en salud y la tecnología médica; no saben, por ejemplo, cuál es el riesgo del cáncer de mama antes de los cincuenta años o cuántos años de vida es posible sumar cuando se realizan estudios mamográficos antes de esa edad. Tercero, porque en un mercado no regulado, las compañías aseguradoras impondrían primas mayores a las personas con riesgos más altos (como lo hacen actualmente muchas compañías de seguros) de modo que quienes tienen una mala historia clínica, o pertenecen a grupos étnicos particularmente susceptibles para contraer determinadas enfermedades, o viven en sitios en los cuales el peligro de violencia es grande, deberían pagar costos prohibitivos.¹⁴⁹

Luego de un extenso análisis del cual vertimos en esta tesis sólo algunos conceptos, Bertomeu rechaza a la equidad actuarial como criterio de equidad, si de lo que se trata es de considerar a la salud como un problema de justicia social –posición con la que Daniels coincidiría- y plantea tres aspectos –con las cuales concluimos este apartado- que deben guiar la búsqueda de esos criterios: 1ª) si es legítimo confinar la atención de la salud a la relación social de mercado, mérito y proporcionalidad, 2ª) desmontar la falsa creencia de que los mercados histórico-reales son tan eficientes como suponen los “papers” de la economía neoclásica del equilibrio general y 3ª que aunque los mercados reales fueran perfectamente competitivos, aún persisten los problemas de las dotaciones iniciales de los agentes económicos, es decir, desde el punto de vista de la justicia meritocrática y proporcional, el problema de la línea de base desde la que se hacen las negociaciones y los contratos.

¹⁴⁹ Véase Ronald Dworkin, *Sovereign Virtue. The theory and practice of equality*, Cambridge, Harvard University

Desde una línea que al igual que la de Bertomeu cuestiona al mercado como regulador de las instituciones sanitarias, pero enfocando el caso concreto de la relación entre la comunidad psiquiátrica y los laboratorios farmacéuticos, la doctora Wendy Rogers, junto con Melissa Raven y Jon Jureidini, escribe una carta en una revista científica cuestionando un artículo anterior donde los autores –Singh et al.- elogian la asociación entre la psiquiatría académica y la industria farmacéutica. En ese escrito, que por su densidad argumentativa y profundidad teórica es un artículo de primer nivel antes que una carta, Rogers et al. señalan el claro conflicto de intereses que subyace en el corazón de las cuestiones no orientadas desde el punto de vista ético.

“Una de las justificaciones principales para la investigación clínica es su valor potencial, en términos de mejoramientos, ya sea en la salud o en el bienestar humanos. El apoyo comercial para la investigación introduce inmediatamente conflictos potenciales, porque las actividades de las compañías comerciales están justificadas en términos de mejorar las ganancias antes que en mejorar la salud o el bienestar.”¹⁵⁰

Las autoras admiten la posibilidad que alguna investigación farmacéutica pueda cumplir con ambos requisitos, pero aquellos que lo afirman son los que deberían demostrarlo porque –dicen- hasta ahora se tienen todas las razones para sospechar de los efectos del financiamiento de la industria sobre la naturaleza y dirección de la investigación que así se financia, aunque acuerdan en que la investigación en muchos países –en su caso Australia- está sub-financiada, consideran problemática la financiación vía mercado farmacéutico. Esta línea de análisis –tanto la de Bertomeu como la de Rogers et. al- converge en sus preocupaciones con lo planteado en el capítulo I sobre los efectos del neoliberalismo y su concepción del mercado que intenta penetrar prácticamente todas las actividades de la sociedad.

Press, 2000, Parte II, Capítulo 8. (Nota al pie, de Bertomeu).

¹⁵⁰ Wendy Rogers, Melissa Raven y Jon Jureidini, en “Partnerships between academia psychiatry and the pharmaceutical industry” en *Australian Psychiatry*, Vol. 13, N° 1, Marzo 2005.

Es claro –a mi juicio- que el interés empresario es el de crear un mercado para sus productos, para lo cual tiene que hacer inteligibles las necesidades que cubren los mismos, pero también puede crear necesidades “ficticias” en los clientes potenciales.¹⁵¹ Por ese motivo es importante distinguir esos intereses de los del sistema público de atención de la salud. En un caso se piensa de hecho en necesidades de los clientes; en el segundo se piensa, o debería pensar, en las necesidades sanitarias de la población en general, y –si se pretende ser coherente con los principios de justicia de Rawls- teniendo en cuenta las prioridades que contemplen su vigencia, en especial la de la segunda parte del segundo principio: las desigualdades sociales y económicas se encararan de manera que permitan los mayores beneficios para los menos aventajados.

III. 5. b) Necesidades sanitarias: cómo definir a la salud y a la enfermedad

Ante la obvia necesidad de definir qué se entiende por salud y qué por enfermedad, para poder especificar cuáles son las necesidades sanitarias, Daniels opta por el denominado “modelo biomédico” porque, a pesar de ser controvertido, es una herramienta útil a la hora de necesitar un criterio para definir ambos términos. La idea básica en ese modelo es que la salud es la ausencia de enfermedad, y que las enfermedades son desviaciones de la organización funcional natural de un miembro típico de la especie. Agrega que la tarea de caracterizar esta organización funcional natural le compete a las ciencias biomédicas, y que éstas deben incluir la teoría evolucionaria, ya que las afirmaciones acerca del diseño de las especies y su adecuación para satisfacer objetivos biológicos subyacen en al menos algunos atributos funcionales relevantes. Señala que, aún siendo similar la tarea tanto para el humano como para el animal, en el caso del ser humano se requiere una explicación de las

¹⁵¹ Respecto de este problema en nuestro país, consultar también Maña Teresa Lodieu, “La infancia empastillada”, en Sorokin, P. (comp.): *Drogas. Mejor hablar de ciertas cosas*, Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales.UBA, 1997.

funciones típicas de la especie que nos permiten perseguir objetivos biológicos, en tanto animales sociales. Por eso debe haber una manera de caracterizar el aparato típico de la especie, que subyace en funciones tales como la de la adquisición del lenguaje, la comunicación lingüística o la cooperación social. El hecho de que debe agregarse la noción de salud y enfermedad mental a este panorama, lo complica aún más, dado que la teoría está mucho menos desarrollada en ese campo: el que refiere a las funciones mentales típicas de la especie y su organización funcional.¹⁵²

Vale la pena señalar que existen, según Daniels, dos rasgos controversiales en ese modelo.

- a) Como las desviaciones que juegan un papel en la definición de enfermedad son desviaciones de la organización funcional típica de la especie, algunos tratan a la salud como un nivel idealizado o de funcionamiento plenamente desarrollado, tal como lo hace la Organización Mundial de la Salud en su definición de salud.¹⁵³ Otros insisten en que la noción de enfermedad es estrictamente normativa y que las enfermedades son desviaciones de las normas funcionales preferidas socialmente. Respecto de esta controversia, Daniels dice que, a pesar de que existen evidencias históricas que demuestran que el funcionamiento desviado ha sido medicalizado y considerado como una enfermedad, esto no da por cierta la tesis normativa fuerte,

¹⁵² JHC, op.cit., pág. 185.

¹⁵³ “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental, y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o debilidad.” Del Preámbulo a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Off. Rec. Wld. Health Org. 2, N°100.

Vicente Galli –director de salud mental en el primer gobierno democrático después de la dictadura de 1976-1983-, dice respecto de la definición de salud de la OMS: “Interesante es estudiar el ‘cronotopo’ al que pertenecían los que construyeron esa definición de salud. Lo que se pudo hacer a partir de trabajar los borradores que quedaron de su elaboración. La OMS se organizó como parte de las Naciones Unidas, inmediatamente después de terminada la Segunda guerra Mundial. Los organizadores de la OMS eran mayoritariamente médicos que habían luchado desde sus países contra el nazismo, algunos desde las ‘resistencias’ a los invasores de sus países. ¿Qué entendían por completa salud física? La que daba la aptitud para seguir luchando contra el enemigo. Por completo bienestar psíquico entendían el estar seguros de estar luchando por ideales por los que era válido entregar la vida. Completo bienestar social le llamaban al estar seguros que si morían, las familias de los compañeros cuidarían de la esposa y los hijos. (...) Por lo que no estoy discutiendo la validez de las críticas de utopía que se le realizan; sólo quería marcar lo útil que puede ser conocer los contextos fundacionales, para entrever el sentido que tuvo algo que se originó en otras épocas, dado que hasta pueden servir para discutir algunas de esas mismas críticas.” “Algunas problemáticas identificatorias, éticas y epistemológicas para trabajadores de salud mental”, Vicente Galli, Barcelona,

que entiende al desvío de normas sociales de funcionamiento como una enfermedad. Sin embargo no excluye de este modelo los juicios normativos acerca de las enfermedades que nos permiten considerar cuáles son indeseables o cuáles nos excusan de un comportamiento normalmente criticable, y que justifican nuestra ubicación en el “rol de enfermo”.

- b) Otro rasgo controversial de este modelo es que en su forma pura implica una afirmación más profunda, esto es, que la organización funcional normal de la especie puede en sí misma caracterizarse sin invocar juicios normativos o valorativos.¹⁵⁴

Lo útil de este modelo –que toma como base la organización funcional típica de la especie– es que la línea entre enfermedad y ausencia de enfermedad es en la mayoría de los casos no controvertida, y posible de averiguar mediante métodos aceptables y públicos, primariamente a través de los que proporcionan las ciencias biomédicas. Ya veremos en el capítulo V, que en el caso de la salud mental la línea entre enfermedad y ausencia de enfermedad es mucho más compleja de trazar.

Más adelante, describiré en detalle los tres modelos para abordar el concepto de necesidad médica: el de funcionamiento normal, relacionado con el modelo biomédico que acabo de describir; el basado en la capacidad; y el basado en el bienestar. Aunque el análisis se hace a partir de seis casos investigados en el área de salud mental –tema de mi tesis– de un programa sanitario, es válido para definir necesidad médica en cualquier área de salud.

Pero sea cual fuere el modelo elegido para determinar cuándo estamos ante un caso encuadrable como necesidad médica, lo cierto es que es necesario intentar una definición

Biblioteca del Centro de Atención, Docencia e Investigación en Salud Mental de Barcelona, conferencia pronunciada en ocasión de su fundación, en 1994.

¹⁵⁴ Daniels plantea que este rasgo se inclina sobre temas muy complejos de la filosofía de la biología que por cierto son muy interesantes pero no puedo tratar aquí. *JAJ*, op. cit., pág. 186. Para una crítica de los supuestos naturalistas en la definición de enfermedad y del supuesto consenso en la normalidad natural como criterio de

porque es una herramienta indispensable –aunque de fronteras a veces difíciles de discernir- para establecer prioridades explícitas para asignación y racionamiento, ya que según Daniels éstas guiarán la práctica para un futuro, que en realidad ya está aquí.

Un modelo de necesidad médica claro y bien fundado será crucial para el diseño de un sistema de salud justo y práctico. Es mejor discutir modelos y criterios y aceptar sus límites- considera Daniels- que tener que aceptar que los criterios se incorporen subterráneamente a nuestra práctica. Hubo una época en que el criterio era el *laissez-faire* con relación a los gastos en salud. Pero en la práctica eso colaboró únicamente a darle argumentos a los que se niegan a otorgarle a la atención de la salud el carácter de derecho.

De manera coherente con la concepción de salud y enfermedad, Daniels puede definir entonces a las necesidades sanitarias como aquellas necesarias para mantener, restaurar, o proveer de equivalentes funcionales –cuando esto sea posible- al funcionamiento normal de la especie. Las enumera así:

- (1) nutrición adecuada, albergue
- (2) condiciones de vida y trabajo que sean salubres, seguras, no contaminadas
- (3) ejercicio, descanso, y otras características de estilos de vida saludables
- (4) servicios médicos personales preventivos, curativos y de rehabilitación
- (5) servicios de apoyo personales y sociales, no médicos¹⁵⁵

Daniels no deja de notar que esta lista parece muy exigente, porque cuando pensamos en la atención de la salud tenemos en cuenta la concepción estrecha de la misma, ligada sólo a los servicios médicos personales. Señala que la lista se confeccionó precisamente para

acceso al sistema de salud en Daniels, ver Graciela de Ortúzar, *Justicia en Salud y Genética*, Tesis de Doctorado de Filosofía, capítulo VII, Universidad Nacional de la Plata (UNLP), 2005 (inédito).

JAJ, op.cit., pág. 186.

¹⁵⁵ Más adelante volveremos sobre este tema, al abordar los problemas que una concepción de este tipo tiene para nuestros países, pero adelantamos que en nuestra opinión esta lista es lo suficientemente exhaustiva y elocuente para pensar en la dramática situación que padece en ellos la mayor parte de la población, desde la concepción amplia que propone Daniels para definir las necesidades sanitarias.

advertir sobre la relación funcional entre bienes y servicios muy diversos y las distintas instituciones responsables de proporcionarlos.¹⁵⁶

III. 5. c) Necesidades sanitarias¹⁵⁷: ¿cómo definir salud mental y enfermedad mental?

Aplicar la definición de salud que indica una relación con el funcionamiento normal de la especie tiene sus propias complicaciones en el área de salud mental. Por un lado, porque el modelo biomédico que utiliza Daniels –en sus formas puras- implica que la organización funcional normal de la especie podría caracterizarse sin invocar valores o juicios normativos. Y esto –que es un ideal que compartimos, y que es fundamental a la hora de definir cualquier enfermedad- es muy difícil de lograr en las denominadas enfermedades mentales, cuestión en la que me extenderé más adelante¹⁵⁸. De todas maneras no es imposible, y sí es indispensable, si queremos avanzar en la comprensión del funcionamiento altamente complejo de nuestra especie. Aún sabiendo que las clasificaciones serán provisionales y en muchos casos teñidas de prejuicios que se remueven o aparecen en el transcurso histórico. Por otro lado, esto es así en muchos otros campos de la ciencia.¹⁵⁹

Una de las dificultades con la que nos encontramos al definir salud mental y enfermedad mental en relación con el funcionamiento normal de la especie es que si elegimos una definición estadística de normalidad –que conlleva el problema de caracterizar como anormal o patológico todo comportamiento que se aparte de la norma estadística- se

¹⁵⁶ *JAJ*, op.cit, pág. 187.

¹⁵⁷ Cuando Daniels habla de necesidad médica en el caso de salud mental, traduciremos como necesidades de atención en salud mental, o necesidades sanitarias en salud mental, o cualquier otra similar para dar cuenta de la inclusión de los psicólogos en ese campo. Cabe señalar que esto se hace teniendo en cuenta que en la legislación existente es el médico el que en las instituciones públicas debe hacer la derivación a un psicólogo y teniendo en cuenta también que es cada vez más frecuente que las derivaciones a especialistas se hacen por derivación del médico clínico. Si se dice “necesidad médica” irá entre comillas.

¹⁵⁸ Entender por qué la enfermedad mental supone un estigma para aquellos/as que la padecen, no siendo así en el caso de la mayoría de las enfermedades físicas, es un tema de sumo interés y corresponde a la historia social de la medicina, a la antropología médica, a la medicina evolucionaria, la sociología, etcétera.

contribuye seguramente a crear las condiciones para confundir salud mental con adaptación al *statu quo*. Más adelante en el capítulo V –al tratar el complejo problema de la multicausalidad de la enfermedad mental- me detendré brevemente en este problema y presentaré también una definición funcional o descriptiva de salud mental.¹⁶⁰

Otra de las dificultades con las que nos encontramos al definir salud mental y enfermedad mental, es la diferencia entre la posibilidad de evaluación de los rasgos llamados físicos y los llamados psicológicos. Los primeros son más fáciles de medir y -en principio- están menos teñidos de las influencias sociales. En ellos es más evidente su influencia en el uso del rango normal de oportunidad. Los segundos, por el contrario, están mucho más sujetos a las variables histórico-sociales, son menos visibles y más dependientes de la subjetividad del observador. La valoración negativa o positiva de ciertos rasgos psicológicos es altamente dependiente de las características de una sociedad dada. Por ejemplo, en una sociedad altamente competitiva como la nuestra, pueden valorarse positivamente aquellos rasgos que pueden ser provechosos para desempeñarse en el mercado, en tanto que esos mismos rasgos pueden valorarse negativamente en sociedades más solidarias y menos competitivas. Es fácil medir cómo la falta de destreza para correr, descarta a alguien para acceder a la profesión de corredor; pero no es tan claro cómo la timidez o las inhibiciones inciden en el acceso a cargos u oficios.

Estas características hacen que sea más difícil entender, entonces, cómo inciden los rasgos psíquicos en el acceso al rango normal de oportunidad.

A esta dificultad se agrega otra. Tiene que ver ya no con la distinción entre rasgos psicológicos y rasgos físicos, sino con la diferencia entre enfermedades psicológicas y

¹⁵⁹ Más adelante –en el capítulo V- analizaré otras definiciones de salud mental y los problemas a los que se enfrenta la posición de Daniels.

¹⁶⁰ Agradezco a la Dra. Alicia Gianella y a la profesora Graciela de Ortúzar sus aportes para el esclarecimiento de este punto. Para una crítica de la definición bioestadística unicausal en la definición de enfermedad de Boorse- Daniels ver Graciela de Ortúzar, *Justicia en Salud y Genética*, Tesis de Doctorado de Filosofía, capítulo VII, Universidad Nacional de la Plata (UNLP), 2005 (inédito).

rasgos psicológicos. Porque así como, por ejemplo, la característica física de tener menos energía que otros, no siempre implica padecer una enfermedad; tampoco lo implica ser menos inteligente, o menos popular, o menos elocuente – características todas que podríamos calificar, provisionalmente al menos, como psicológicas-.

Así como lo dijimos al plantear las dificultades para definir la enfermedad mental, consideramos que esta tarea de distinguir entre rasgos psicológicos y enfermedades mentales no es imposible, y sí es necesaria si queremos avanzar en la comprensión del funcionamiento altamente complejo, bio-histórico-social, de nuestra especie. Y también, como en aquel caso, sabiendo que los resultados de este análisis pueden ser provisionales.

A modo de conclusión, quiero dejar planteados tres problemas que –a mi juicio- aparecen en el campo de la salud mental. Los dos primeros a partir de la posición de Daniels al respecto; y el último, ya directamente relacionado con la vulnerabilidad.

En primer lugar, el problema que plantea el término “necesidad médica” respecto de los profesionales idóneos para cubrirla en el campo de la salud mental. Es sabido que existe una larga controversia en nuestro país y en el mundo acerca de quiénes son los profesionales idóneos para atender los casos de padecimiento mental. Los profesionales médicos, y entre ellos los especialistas en psiquiatría, tienen un lugar que casi no ha sido objeto de discusión. Pero, en parte debido a la caída del paradigma naturalista en psiquiatría, la disciplina psicológica ha hecho un recorrido controvertido desde principios del siglo XX, desde Janet hasta Freud, pasando por la psicología cognitiva, por nombrar sólo algunos hitos. Los psicólogos también aparecen –en una historia compleja- como profesionales aptos para abordar el campo de lo mental.¹⁶¹

¹⁶¹ El tema de si es adecuado o no el programa de estudios de la carrera es una cuestión que no debiera confundirse con la pertinencia de la práctica clínica.

En segundo lugar, el problema relacionado con el anterior, cual es el que plantea el modelo biomédico en salud mental.¹⁶² No es mi objetivo extenderme más allá del planteo de la cuestión. Es necesario analizar críticamente este modelo a la luz de la historia de la psiquiatría y la psicología, que en nuestro país y en el mundo tiene una larga historia. En el modelo biomédico aprecian algunos la sacralización del paradigma naturalista que impide ver los condicionamientos socio-históricos de la enfermedad mental¹⁶³. Otros autores consideran cualquier explicación “psicológica” de la enfermedad mental, que se aparte de una causalidad orgánica, como la expresión de una reacción anticientífica y espiritualista.¹⁶⁴ Y por último, y ligada estrechamente con el tema de vulnerabilidad, debo hacer una distinción que creo indispensable, entre sufrimiento y enfermedad en general, y en particular respecto de la enfermedad mental.

El sufrimiento en general, y el sufrimiento psíquico en particular, están ligados –aunque no unívocamente- a las condiciones en que se desarrolla una vida dentro de un grupo determinado en una sociedad. Pero a pesar de que hay una relación entre sufrimiento y condiciones mejores o peores de vida, y que por otro lado el padecimiento es inherente a la vida en general y a la vida humana en particular, existe un tipo de sufrimiento que podemos aislar como propio de la enfermedad, como consecuencia de ella.

¹⁶² Respecto de esta complejidad, leemos en el *Manual diagnóstico y estadístico de ...* (DSM-IV): “A lo largo de la historia de la medicina ha quedado clara la necesidad de confeccionar una clasificación de los trastornos mentales, pero siempre ha habido escaso acuerdo sobre qué enfermedades deberían incluirse y sobre cuál sería el método óptimo para su organización. Las muchas nomenclaturas que se han creado durante los últimos dos milenios se han diferenciado en su distinto énfasis sobre la fenomenología, etiología y curso, como rasgos definitorios.” Y más adelante, “A pesar de que este volumen se titula MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, el término “trastorno mental” implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos “mentales” y “físicos” (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de “físico” en los trastornos “mentales” y mucho de “mental” en los trastornos “físicos”. el problema planteado por el término trastornos “mentales” ha resultado ser más patente que su solución, y, lamentablemente, el término persiste en el título del DSM-IV, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo.” *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Editorial Masson, Barcelona, 1997, págs. 16 y 21.

¹⁶³ Consideramos un tema de suma importancia el analizar las razones de la crisis del paradigma positivista encarnado en lo que algunos autores consideran una “profesión de fe” científico-natural. Así como lo es también el análisis de los paradigmas que lo sucedieron. Pero eso excede los límites de este trabajo.

Una primera distinción, entonces, es entre sufrimiento y enfermedad. Entre el sufrimiento producido por malas condiciones de vida, y el sufrimiento producido por una enfermedad. Aunque en muchas ocasiones se potencien ambos.

En el plano físico, se puede sufrir hambre y frío y no necesariamente estar enfermo. Lo evidente es que la vulnerabilidad a que expone no estar cubierto ante las inclemencias del mundo externo es enorme, y seguramente aumenta en gran medida el riesgo de padecer enfermedades. Se puede padecer sufrimiento físico y no estar enfermo, y se puede estar enfermo sin padecer situaciones de vulnerabilidad en cuanto a la cobertura ante los rigores de la sobrevivencia en el mundo externo.

En cuanto al sufrimiento psíquico, es importante destacar en el mismo sentido que, si bien es cierto que la falta de cobertura de las mínimas situaciones vitales expone en altísimo grado al padecimiento psíquico, no todo sufrimiento o padecimiento psíquico expresado - por ejemplo- en sentimientos de humillación, desesperanza, o rebelión contra la injusticia, puede considerarse enfermedad. También puede entenderse que la vulnerabilidad a que expone no estar cubierto ante las inclemencias del mundo externo es enorme, y seguramente aumenta en gran medida el sufrimiento psíquico. Lo que no está rigurosamente establecido es que esa vulnerabilidad lleve necesariamente a padecer enfermedades mentales. Quizás sí a que predomine epidemiológicamente cierto tipo de enfermedades -y no otras-, en una determinada clase social.

Hacer esta distinción interesa, en principio, porque creo que es un error tanto patologizar la pobreza como reducir el concepto de enfermedad a un problema sociológico.

Hacer esta distinción interesa también, entonces, para establecer reflexivamente un orden de prioridades en las políticas públicas en general, y en las políticas públicas en salud y salud

¹⁶⁴ Al respecto consultar: Hugo Vezzetti, *Freud en Buenos Aires 1919/1939*, Buenos Aires, Argentina, Editorial Puntosur S.R.L., 1989; Emiliano Galende, *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*, Buenos Aires/Barcelona/México, Paidós, 1994.

mental en particular –pero esto es casi la conclusión- en lo que atañe a reducir las consecuencias de una sociedad desigual.

La distinción conceptual entre sufrimiento y enfermedad permite pensar que, si bien es posible que aún en una sociedad ideal no se eliminen definitivamente ninguno de los dos, esa distinción permite sí arriesgar hipótesis sobre qué sufrimientos están en todo caso más ligados a la desigual distribución de los recursos vitales y, por lo tanto, se pueden atenuar o eliminar actuando sobre esa desigual distribución.

En el próximo apartado, dedicado a exponer cuándo considera Daniels que un padecimiento mental puede calificarse –desde consideraciones de justicia- como de “necesidad médica” (nosotros diríamos de necesidad de atención en salud mental), volveremos sobre la importancia de la distinción entre rasgos psicológicos y rasgos físicos por un lado, y entre enfermedades mentales y rasgos psicológicos por otro.

Se puede considerar a esta altura del desarrollo de la tesis -ya planteada la situación socio-económica de la Argentina y de la salud pública, y mental pública en especial- que ante la falta de una definición acabada de sufrimiento debido a enfermedad mental, que permita diferenciar en muchos casos el sufrimiento motivado por una enfermedad y el que no lo está, se puede pensar que el riesgo de cerrar el acceso a los servicios públicos de salud mental a la población que los demanda –en el caso de que no esté debidamente probada la existencia de enfermedad- es mucho mayor que el riesgo de tener a algunas personas cuyo sufrimiento psíquico no esté motivado por una enfermedad distinguible de forma precisa. Si se niega la atención se corre el riesgo de empeorar la situación del que reclama el servicio.

Al respecto, es interesante señalar que a partir de una experiencia en el estado rural de Iowa¹⁶⁵, en marzo de 1994, que culmina en el llamado Plan de Acceso a Salud Mental; y luego de una licitación cuyo resultado fue apelado, la compañía Merit, proveedora de servicios médicos, fue la que quedó a cargo de proveer los servicios para Medicaid. El departamento de servicios Humanos de Iowa y Merit acordaron que, como la primitiva implementación había sido muy ambigua y el estado llegó a quedar casi sin recursos, debían discutir principalmente el conflicto entre el criterio de necesidad médica del sector privado y las funciones del sector estatal de defender el erario público. Finalmente, el estado y Merit se pusieron de acuerdo en cambiar el concepto de necesidad médica del sector privado, agregando el concepto de necesidad psicosocial para evitar que en la fase de implementación inicial, los niños y adolescentes que no satisfacían más el criterio de necesidad médica para seguir internados eran, a veces, externados antes de que estuviera disponible una alternativa satisfactoria a la internación. Luego del conflicto, Merit definió “necesidad psicosocial” como “...una extensión de la noción de ‘necesidad médica’ que analiza los factores ambientales que inhiben u obstaculizan la efectividad de un tratamiento a menos que se trabaje con ellos. La necesidad psicosocial incluye servicios de apoyo y rehabilitación, además de los servicios clínicos tradicionales.” Merit agrega que los administradores del seguro deben considerar “el potencial de los servicios para permitir al asociado mantener la mejoría de su funcionamiento mental obtenida a través del tratamiento.” La inclusión del criterio de necesidad psicosocial –que Daniels defiende– permite, así, atenuar el impacto de la salida del sistema sanitario a las personas que no tienen las condiciones mínimas para asentar la mejoría conseguida con el tratamiento realizado. Más adelante, en el capítulo V, retomaré este concepto porque considero que refleja uno de los dualismos que es necesario dilucidar: el dualismo individuo/sociedad.

¹⁶⁵ James E. Sabin y Norman Daniels, “Managed Care: Public-Sector Manager Behavioral Health Care: V. Redefining ‘Medical Necessity’-The Iowa Experience”, *Psychiatr. Serv.*, 51:445-459, Abril 2000.

Desde el punto de vista asistencial y preventivo, se ganaría más, promoviendo cursos de perfeccionamiento constantes que agudicen la pericia de los profesionales de la salud mental en ayudar a los pacientes a encontrar lugares de referencia social más apropiados que aquellos que los anclan en el rol de enfermo. Entendemos por “lugares de referencia social más apropiados”, por ejemplo, el caso de todas las referencias comunitarias – comedores, merenderos, organizaciones barriales- también llamadas de militancia social. Pero lo ingenuo de este planteo es el supuesto que todos los profesionales del campo de la salud comparten la idea de que muchos sufrimientos de la vida en general y en particular frente a las injusticias, tienen que ver con la naturaleza social de la especie, y por lo tanto pueden tramitarse de la mejor manera en instituciones sociales y comunitarias entendidas en el más amplio sentido: partidos políticos, agrupaciones para defensa de intereses concretos, organizaciones barriales, mutuales, redes solidarias, etcétera.

Por todo lo que se dijo anteriormente, en el campo de la salud mental, el trabajo interdisciplinario –con sociólogos, antropólogos, médicos, psicólogos- es ineludible. Más adelante me referiré nuevamente a cuáles son las condiciones institucionales que deberían existir para aceptar a la enfermedad como criterio de acceso al sistema sanitario.

III. 6 NECESIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. ALGUNAS REFLEXIONES

Como señalo a lo largo de este trabajo, doy por sentado que la atención de la salud es un tema de justicia, ya sea que se encare como derecho a la salud (Green, Bertomeu-Vidiella), o como un derecho a un *decent minimum*, etcétera. Sin embargo, y ante la creciente escasez de los recursos y el encarecimiento de la tecnología médica, es necesaria una discusión responsable e informada acerca de los criterios en juego para la asignación de recursos. Esto es indispensable para obtener una gestión transparente, fundada en la explicitación y elucidación pública de dichos criterios que hoy por hoy están siendo utilizados sin la

suficiente reflexión, tanto en las sociedades más afluentes, como en las que no tienen recursos suficientes, o tienen una pésima distribución, en uno u otro caso.

Si bien los criterios puestos en juego en los casos que luego comentaré, y las preguntas que se hacen Daniels y Sabin acerca de la pertinencia de la cobertura, se refieren a un sistema de salud muy diferente al de la Argentina, esas preguntas valen, en lo esencial, para nuestro sistema. Tanto en el hospital público como en una obra social, aparece siempre la disyuntiva de resolver problemas de asignación de los fondos públicos o de los afiliados. Se trata de recursos que, si se otorgan a uno pueden faltarle a otro, y el miedo a la discusión pública favorece a la oscuridad y no a la seriedad en la adopción de criterios.

No hace falta abundar sobre el celo que la medicina prepaga pone en cuidar tanto la aceptación de los clientes, como el reconocimiento de cobertura.

Si bien no es tema de esta tesis la discusión sobre la microasignación de recursos de salud en general, ni tampoco de las microasignaciones en salud mental, en particular, sí lo es, en cambio, exponer las cuestiones normativas de justicia distributiva que retoma Daniels para fundamentar la derivación de la atención de las necesidades sanitarias en general y en particular las de atención de la salud mental; así como lo es marcar sus logros, sus problemas y sugerir algunos posibles caminos de solución.

Esta exposición es lo que permite dar los lineamientos para las macroasignaciones en salud. Ahora bien, ¿qué clase de sufrimiento mental crea un reclamo legítimo de asistencia por parte de otros a través del seguro de salud? ¿Cuándo deben los individuos ser responsables de corregir por sí mismos sus propios déficits de felicidad o bienestar, o por las desventajas que sufren? Estas preguntas evidencian que la gestión de los recursos en salud da origen a cuestiones morales en la cobertura pública en salud mental¹⁶⁶, que muchas veces, como se verá, se presentan como un desacuerdo acerca de hechos médicos y del diagnóstico,

¹⁶⁶ JAJ, op.cit., pág. 232.

cuando muchas veces, en realidad, refleja desacuerdos morales no reconocidos sobre los objetivos de la intervención clínica y los objetivos últimos del tratamiento psiquiátrico. A la lista de desacuerdos no reconocidos habría que agregar el relativo a los fines de cualquier tratamiento “psi” –sea psicoanalítico, psicoterapéutico, psiconeurolingüístico, psicocognitivo, etcétera-, siendo un tema no menor su discusión pública en los foros adecuados, aunque sea discutible su lugar en la agenda de salud mental.

La noción de “necesidad médica” funciona en la práctica como un principio de asignación y como barrera (*gatekeeping*).

El criterio de barrera es atractivo para muchos administradores de seguro, que piensan que los juicios acerca de “necesidad médica” en salud mental son menos precisos que juicios similares en otras áreas de la medicina. Argumentan que, si se les diera paridad con otros servicios médicos –como propugna la Asociación Psiquiátrica Norteamericana- los fondos de seguro serían tirados dentro de un “barril sin fondo”.

Seis casos paradigmáticos: consideraciones preliminares

En lo que sigue presentaré los casos expuestos en el trabajo conjunto de Daniels y James E. Sabin, utilizados para ilustrar decisiones difíciles de cobertura de seguro de salud, aportados por clínicos en salud mental y supervisores.

Sabin y Daniels exploraron estos casos con elementos del “abordaje socrático”, haciendo explícito los puntos de vista de los clínicos y supervisores, variando componentes cruciales del caso, y examinando los efectos sobre su razonamiento sobre la necesidad médica. Este proceso les permitió llegar a reconocer un conflicto recurrente entre lo que se puede llamar línea dura (*hard line*) y puntos de vista expansivos (*expansive line*) de la necesidad médica. Conflicto que a menudo, aparece como un desacuerdo acerca de hechos médicos y del diagnóstico aunque, advierten Daniels y Sabin, frecuentemente refleja desacuerdos morales

no reconocidos sobre los objetivos de la intervención clínica y los objetivos últimos del tratamiento psiquiátrico.

El desarrollo que hice anteriormente sobre las diferencias entre rasgos psicológicos y enfermedad mental permite entender ahora la preocupación de los autores por distinguir entre lo que es enfermedad -y, por lo tanto, pasible de necesidad médica- y lo que puede mejorarse aunque no siempre se trate de una patología.

Todo esto puede apreciarse en seis casos, que toman de la comunidad de Harvard (Harvard Community Health Plan -HCHP), un equipo y grupo modelo del HMO que asiste a 550.000 miembros en Nueva Inglaterra. Desde Enero de 1991, ese Plan de Salud ha ofrecido cobertura ilimitada ambulatoria (“beneficio extendido”) a pacientes con desórdenes psiquiátricos severos y desórdenes por abuso de sustancia para tratamientos médicamente necesarios, definidos como dirección del caso, dirección de la medicación, intervención en crisis, y asistencia grupal permanente. El “beneficio moderado” comprende otras formas de tratamiento para esos pacientes y todo tratamiento, excepto la administración de la medicación para aquellos pacientes en condiciones menos severas, se realiza con un co-pago creciente después de 8 sesiones y honorarios completos después de las 20 sesiones.

Respecto de este co-pago, debo señalar que, a pesar de que es obvio que cualquier sistema sanitario -por más insertado que esté en una red de instituciones transparentes en su manejo del dinero público y por más democrática que sea en su funcionamiento- se encuentra siempre con la necesidad de tener un criterio para asignar recursos. Como dice Berlinguer

“La idea de culpa, del enfermo como reo de una transgresión, se representa continuamente en nuevas formas. Existe sobre todo en los Estados Unidos una amplia opinión, difundida a través de libros y artículos, que acusa a aquellos que tienen *life styles* morbígenos (estilos de vida que pueden llevar a contraer enfermedades) y que alcanzan a menudo la *victim blaming* (culpa a

las víctimas). La crítica se dirige a comportamientos malsanos, como fumar, entregarse al alcohol o las drogas, la vida demasiado sedentaria, (...) los comportamientos familiares, etcétera. Se va abriendo también camino la idea motivada por la necesidad de restricciones económicas, de que cuando hay una 'complicidad' del enfermo en el origen de la enfermedad, el Estado debería suspenderle la asistencia, porque si así no fuera, aquel recibiría servicios que no le corresponden. Hablaré aún sobre la relación entre estilo de vida y salud, porque es compleja e intensa, hoy más que en el pasado; y porque el *victim blaming* no tiene en cuenta los condicionamientos y las presiones que determinan -aun dejando mucho espacio a las elecciones personales- el estilo de vida o el impulso autodestructivo de cada uno. Las acusaciones dirigidas sólo a los individuos muestran cómo la relación entre enfermedad y culpa reaparece continuamente en la historia, en formas siempre variadas, y por ello está muy enraizada en el ánimo popular."¹⁶⁷

Esta digresión no tiene la intención de invalidar en todo momento el co-pago, sino de complejizar el análisis de los problemas y advertir que las cuestiones en juego son múltiples. Los casos clínicos que describiré ¹⁶⁸ se armaron desde dentro de ese contexto de seguro de salud. Expondré los casos tal cual lo hacen Daniels y Sabin.

Podrá apreciarse en los dos primeros casos la complejidad resultante de la necesidad de distinguir entre el tratamiento que supone una enfermedad, y el mejoramiento o realzamiento de una capacidad no suficientemente desarrollada, que no supone necesariamente una patología. En los casos tercero y cuarto a la vez, se hace elocuente que la responsabilidad por el temperamento y el carácter es a veces del individuo y, en cambio, puede en otras ocasiones considerarse una patología. Los dos últimos casos ubican la cuestión de modo pleno en la controversia que surge cuando hay ambigüedad desde el punto de vista clínico. En todos ellos se hace evidente, sin duda, que el concepto de "necesidad médica" también en el caso de la atención de la salud mental nos coloca en la

¹⁶⁷ Giovanni Berlinguer, *La enfermedad*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1994, pág. 39.

¹⁶⁸ *JAJ*, op.cit., págs. 232 – 241.

encrucijada sobre si un tratamiento es o no necesario desde el punto de vista médico,¹⁶⁹ o sea si, desde consideraciones de justicia, tiene una demanda legítima, porque la dolencia existente recorta en gran medida el uso del rango normal de oportunidad de la persona que solicita asistencia.

Los casos

1 y 2: El Tímido Bipolar y el Marido Insatisfecho

El Tímido Bipolar. En el primer caso (*the Shy Bipolar, SB*) se trata del mayor de dos niños de una familia de clase media. Se dice de él que ha sido un niño sociable y feliz hasta el segundo grado, cuando su padre desarrolló una condición depresiva y su madre focalizó la atención en él. TB se convirtió en un niño aislado y muy tímido. La escuela recomendó evaluación psicológica que lo llevó a una psicoterapia intermitente hasta sexto grado. Durante los estudios secundarios, hasta el primer año del terciario, TB siguió siendo tímido, aislado, y no mostró ninguna rebeldía adolescente. No salía con chicas. Al final del primer año del terciario, estuvo involucrado en un accidente vehicular, en el cual sufrió daños abdominales que requirieron múltiples cirugías. Durante el año de su recuperación desarrolló un episodio maniaco, por el cual fue hospitalizado. Se lo estabilizó con litio y completó el terciario. A partir de los 20 años trabajó como analista financiero. Vivió con sus padres, continuó con el litio, y participó en una psicoterapia externa, una o dos veces por semana. El esfuerzo por disminuir o suspender el litio condujo a recurrentes signos potencialmente maniacos. En 1987, TB llegó a ser miembro del HCHP. En un momento de los cuatro años siguientes TB y su médico trataron de disminuir el litio, debido a lo que se pensó era un letargo inducido por ese medicamento. Los síntomas hipomaniacos aparecieron dentro de los dos meses siguientes. Se agregó Fenelizina al régimen de litio, y con eso se atenuó el letargo. Después que la medicación se estabilizó, el tratamiento

¹⁶⁹ Dado que existen distinto tipo de profesionales capacitados para la asistencia en salud mental creo que sería mejor decir, desde el "punto de vista de la necesidad de atención en salud mental", en lugar de "desde el

individual se enfocó en el aislamiento social de TB. Junto con su doctor¹⁷⁰ identificaron un patrón de sensibilidad personal y aislamiento defensivo, y TB aceptó ser referido a una psicoterapia de grupo semanal (no pagada por el seguro), fuera del HMO (Health Maintenance Organization). Durante el curso de los siguientes tres años y medio, TB extendió gradualmente su desempeño social. Se mudó a un departamento propio. Comenzó a participar en clubes y otros grupos sociales, y a tener citas por primera vez. Su desempeño laboral, que había sido siempre aceptable, mejoró de tal manera que fue promovido a una posición senior, y recibió un aumento de sueldo sustancial. En ese momento, y a raíz de un nuevo beneficio del plan del HCHP para pacientes externos, TB preguntó a su médico cuánto de ese tratamiento debería pagar él ante ese nuevo beneficio.

Ahora bien, ¿Cuál es el problema en este caso? Es claro que la administración de medicación es necesaria desde el punto de vista médico, porque tiene presumiblemente una enfermedad orgánica, diagnosticable como un desorden bipolar en términos del DSM-IV¹⁷¹. El litio controla los síntomas maníacos y si se quita lleva a una manía recurrente. La

punto de vista médico”.

¹⁷⁰ Cabe señalar que cuando en este capítulo sobre salud mental se utiliza clínico, éste puede ser médico o psicólogo clínico aunque también en la Argentina el diagnóstico debe ser revisado siempre por un médico.

¹⁷¹ *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Según explica Grob en su artículo “Origins of DSM-I...”, la primera versión del Diagnostic and Statistic Manual, data de 1952. Según informa allí, la historia de la nosología psiquiátrica en Estados Unidos surge en los primeros años del siglo diecinueve y el primer DSM, el I, aparece en 1952. Cuenta que hasta la primera guerra mundial, los psiquiatras no estaba interesados en la clasificación sistemática, aunque estaban preocupados por el diagnóstico. La primera nosología oficial, adoptada en 1918, reflejó la necesidad de recolectar datos de los hospitales mentales. La Oficina Federal del Censo (The federal Bureau of the Census) tuvo un rol en el desarrollo de esta nosología dado que pidió esos datos. La publicación del DSM-I marcó una transformación interna que reflejó el dominio creciente de la psiquiatría psicoanalítica y psicodinámica y la relativa debilidad de la tradición biológica. Esta transformación ocurrió en gran medida como resultado de las lecciones aprendidas por los psiquiatras durante la segunda Guerra mundial. El argumento básico de Grob es que la nosología reflejó no solamente la ideología psiquiátrica sino también otros determinantes externos en cualquier tiempo dado. G. N. Grob, “Origins of DSM-I: a study in appearance and reality”, *American Journal of Psychiatry*, 148: 421-431, 1991. El DSM II se publicó en 1968, el III en 1980, el III-R en 1987, el IV en 1994 y el IV-TR (text revision) en 2000. El DSM-IV tiene “un sistema de evaluación multiaxial que implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes: Eje I: Trastornos clínicos. Otros problemas que puede ser objeto de atención clínica; Eje II: Trastornos de la personalidad. Retraso mental; Eje III: Enfermedades médicas; Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales; Eje V: Evaluación de la actividad global. El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar inadvertidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para

Fenelizina alivia el letargo depresivo. La condición del TB es plenamente análoga a un fallo cardíaco, diabetes, o lupus, que requieren gastos por administración medicamentosa ambulatoria y que cubren la mayoría de los planes estándar de seguro.

En la medida en que el seguimiento del caso se focaliza en disfunciones que vienen de la enfermedad bipolar, tales como monitoreo de los estados de ánimo o de la manera de enfrentar la desmoralización, las sesiones de psicoterapia son análogas a aconsejar ejercicios y nutrición para un paciente con una enfermedad cardíaca o diabetes.

Bajo los términos del beneficio extendido del HCHP, el médico del TB determinó que el seguimiento del caso era médicamente necesario y sería cubierto, sin ningún límite arbitrario.

A medida en que el médico revisó el caso con Daniels y Sabin –quienes dirigieron el estudio- se dio cuenta que se podría haber esgrimido un argumento fuerte para cubrir la psicoterapia de grupo, bajo el beneficio extendido de la misma manera en que se lo hizo con la administración de medicación y la administración del caso. En retrospectiva, el patrón del aislamiento, que comenzó cuando el TB estaba en segundo grado, podría considerarse posiblemente como la manifestación más temprana del desorden bipolar. El argumento para la cobertura hubiera sido que él había sido un chico sociable hasta que el comienzo de la enfermedad afectiva distorsionó su desarrollo. El episodio maniaco y sus secuelas interrumpieron cualquier oportunidad del desarrollo durante los años de *collage*, para perder la timidez con la edad.

La terapia de grupo fue indicada para ayudarlo a alcanzar el potencial social natural que había sido desbaratado por la enfermedad bipolar. Visto bajo esta luz, el grupo de psicoterapia está siendo indicado para combatir déficit interpersonales causados por la

organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. Además, el sistema multiaxial promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación.” DSM-IV, Editorial Masson, S.A., Barcelona, España, 1997, pág. 27.

enfermedad, igual que la medicación combate la inestabilidad humoral biológicamente basada. Sin embargo, como una manera de resguardarse del “riesgo moral” (que explicaré más adelante), el beneficio extendido del HMO cubrió solamente la el grupo de cuidado continuo (*continuing care group*), diseñado para pacientes mucho más perjudicados que el TB, y no para la clase de psicoterapia de grupo interpersonal a la cual había sido referido (no cubierta por el plan).

Marido Infeliz (MI). El segundo caso (*the Unhappy Husband, UH*), trata de un profesional exitoso, inteligente, casado, padre de dos niños; buscó tratamiento a raíz de una severa infelicidad asociada con una aflicción marital. Su esposa sufría un desorden en el Eje II,¹⁷² que hacía muy difícil vivir con ella. El MI se comprometió a mantener el matrimonio. Se hizo un diagnóstico como Eje V¹⁷³. En 26 sesiones de psicoterapia, el MI fue capaz de clarificar algunos de los temas dinámicos pertinentes en su matrimonio, y desarrolló varias estrategias adaptativas para disminuir su aflicción. Las 26 sesiones fueron altamente productivas. El MI deseaba que la continuación de su tratamiento fuera cubierto por el seguro, pero admitió que no estaba sufriendo de una enfermedad, por lo que era justo que se esperara que él lo pagara.

El MI estaba, probablemente, sufriendo más que muchos de los miembros del HMO que están siendo tratados por enfermedad, y la psicoterapia definitivamente realizó y mejoró su bienestar. Por eso Daniels se pregunta qué razón posible podría haber para no cubrir su tratamiento. La primera respuesta es que la decisión del médico dependió de la cuestión acerca de cuál era el motivo del sufrimiento del MI: ¿De qué sufría?

¹⁷² En términos del DSM-IV el eje II refiere a desórdenes del desarrollo y desórdenes de la personalidad. El primer tipo de desórdenes incluye el autismo y retraso mental, desórdenes que se hacen evidentes por primera vez en la niñez; el segundo tipo de desórdenes incluyen aquellos que tienen síntomas más resistentes y acompañan la manera en que el individuo interactúa con el mundo, tales como desórdenes de la personalidad tipo paranoide, antisocial y borderline (Un patrón persistente de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la auto-imagen, y de los afectos y una marcada impulsividad que comienza en la adultez temprana y presente en varios contextos). Ver DSM-IV, op. cit., pág. 28-29.

¹⁷³ Condiciones no atribuibles a un desorden mental que fuese motivo de tratamiento

Mediante el criterio expuesto en el DSM-III-R (entonces en vigencia), el MI no tenía una enfermedad. Su sufrimiento deviene del hecho de que, aunque la condición inmodificable de su esposa le causa gran dolor, sus valores le impiden divorciarse. El médico creyó que bajo los acuerdos previos que gobiernan el seguro, los individuos como el MI deberían ser responsables de algunos, o todos, los costos de rectificar la infelicidad asociada con una situación existencial desafortunada. Paradójicamente, si el MI hubiese expresado su sufrimiento a través de síntomas somáticos y se hubiese presentado a un médico clínico general (*internist*) antes que a un clínico de salud mental, el seguro hubiera cubierto rutinariamente la investigación médica y el tratamiento, que hubiese probablemente sido menos efectivo, pero más costoso que la psicoterapia.¹⁷⁴

Como decía, en estos dos casos -1 y 2- se puede apreciar la necesidad de distinguir entre el tratamiento que supone una enfermedad, y la estimulación (realzamiento) de una capacidad no suficientemente desarrollada, que no supone necesariamente una patología.

En la población adulta hay seguramente muchos tímidos, o socialmente inhibidos, como TB; pero, en su caso la timidez está causada, como se diagnosticó en una segunda instancia, por una enfermedad. Por eso su clínico, aunque estaba dispuesto a autorizar una cobertura para psicoterapia de grupo, no lo hizo porque el HMO no la cubría bajo su beneficio extendido. La pregunta es cómo pueden razonar los clínicos acerca de la cobertura de seguro para gente normalmente tímida.

En síntesis, se puede ver que los clínicos que usan una definición de línea-dura de necesidad médica, como lo hizo el terapeuta del MI, no aprobarían la cobertura de terapia de grupo por el seguro para gente que sufre de timidez normal. Argumentarían que la adaptación social está formada a lo largo de una curva de distribución normal.

¹⁷⁴ Daniels señala que una investigación de 1989 de empresas medianas y grandes demostró que solamente el 2 por ciento de los empleados asegurados tiene cobertura para servicios de salud mental ambulatoria equivalente a otros servicios médicos. *JAJ*, op. cit., pág. 236.

Mucha gente es tímida e introvertida, mientras que otros son inusualmente sociables y proclives a hacer relaciones. En tanto que esto último puede ser ventajoso, los seguidores de la línea dura creen que el seguro de salud no está diseñado para rectificar la distribución normal de capacidades sociales, por más desventajas competitivas que conlleve, y por más dolorosa que sea la falta de estas habilidades.

Los seguidores de los criterios expansivos pueden argumentar que la timidez normal podría ser cubierta porque surge de factores psicodinámicos.¹⁷⁵ Los de línea-dura responderán, sin embargo, que mientras las interpretaciones psicodinámicas de la timidez pueden proveer una autocomprensión valiosa y una asistencia para cambiar patrones de comportamiento, todo comportamiento presumiblemente refleja antecedentes psicodinámicos. La presencia o ausencia de determinantes psicodinámicos no establece, por sí misma, si el desorden mental tipo DSM-IV está presente.

Casos 3 y 4: la Víctima Irritable y la Gerente Perdida

¹⁷⁵ El psiquiatra francés Henry Ey reseña así el surgimiento del término “factores psicodinámicos”, y el aporte y los riesgos que conlleva la concepción sobre lo mental que tiene la psiquiatría dinámica: “La presión que la hipnosis ejerce sobre la conducta y las tendencias del sujeto implica la liberación de sus fuerzas inconscientes. Este hecho (la hipnosis) ha sido genialmente explotado (Breuer y Freud) para proponer una teoría del inconsciente patógeno en psiquiatría. Toda la obra de Freud, todo el cuerpo doctrinal edificado por él y que su escuela psicoanalítica ha desarrollado (Abraham, Ferenczi, Jones, etc.), constituyen una teoría psicogenética de las neurosis, consideradas como el efecto de fuerzas inconscientes, que, progresivamente, se ha extendido al campo de la psicosis. Ya se trate de los psicoanalistas ortodoxos o de los disidentes (Steckel, Jung, Alexander, Melanie Klein, etc.), el modelo teórico que define este movimiento doctrinal es sensiblemente el mismo. Se apoya en dos puntos esenciales: 1º, el inconsciente representa un sistema de fuerzas afectivas reprimidas que no se manifiestan clínicamente sino por una distorsión simbólica de su sentido (síntomas neuróticos, obsesiones, ideas fijas, delirios, alucinaciones, trastornos de la conciencia, etc.), de tal manera que la formación simbólica del pensamiento onírico constituye el modelo de los mecanismos psicopatológicos; 2º, el inconsciente está constituido por fuerzas instintivas (Ello) o represivas (Supero-Yo) que, en el curso del primer desarrollo libidinal del niño, cuando se establecieron sus primeras relaciones objetales, formaron sistemas afectivos (complejos de frustración, de Edipo, de castración, etc.). El conflicto de estas fuerzas inconscientes con el Yo y la realidad es el que determina las enfermedades mentales. En tanto que en los primeros tiempos del movimiento psicoanalítico se ponía en primer término el papel patógeno de los acontecimientos de la vida infantil (traumatismos sexuales de la infancia), desde hace 50 años el psicoanálisis ha evolucionado hacia una acentuación de las nociones de fijación o regresión a los estadios arcaicos de las primeras relaciones objetales. El psicoanálisis se ha ido interesando cada vez más, de una parte por los estadios pregenitales (sádico-anal, oral), por los fantasmas de fragmentación del cuerpo, de introyección de ‘objetos malos’ (Melanie Klein), y de otra, por las funciones del Yo (Egopsychology). Desde otro punto de vista se ha podido llegar a definir al Yo ya sea como una cosa sin importancia (Freud), ya a través de un sistema de defensas (Anna Freud), o ya como poseedor de cierta autonomía (Hartman, Federn, etc.). Henry Ey, P. Bernard-CH. Brisset, *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona-México, Editorial Masson, 1987, págs. 62-63.

Como se dijo, los casos 3 y 4 se relacionan con la dificultad de distinguir cuándo alguien es responsable por su temperamento o carácter, o cuándo se trata de una enfermedad.

Es sabido que los clínicos tienen una especial dificultad en acordar acerca de si algo es pasible de “necesidad médica”, cuando la gente sufre de lo que es coloquialmente denominado temperamento o carácter –condiciones que el DSM-III-R clasifica bajo el Eje II que, como se explicó en una nota al pie, en términos del DSM refiere a desórdenes del desarrollo y desórdenes de la personalidad.¹⁷⁶

En estos casos, la pregunta es cómo decidir si ese sufrimiento justifica el reclamo sobre recursos del seguro, o si es responsabilidad del individuo pagar por el tratamiento. Los casos –del mismo clínico que dio los ejemplos anteriores–, plantean si el clínico puede hacer una justificación clínica válida por tomar una posición línea-dura en el caso 3 (VI, Víctima Irritable) y, a la vez, una posición expansiva en el caso 4 (GP Gerente Perdida).

La víctima irritable (VI) (*the Cranky Victim, CV*). Es un hombre solitario e infeliz, soltero, en sus cuarenta. Siente que ha sido tratado en forma injusta desde su niñez cuando, por razones no claras para él, lo molestaban en la escuela. Se da cuenta que ha actuado de una manera demandante e irascible toda su vida adulta, y que esos comportamientos han contribuido a una vida infeliz y a una tendencia a perder amigos. Cree, sin embargo, que sus acciones representan una respuesta natural a la manera en que el mundo lo ha tratado a él. Su hermano, padre, y un tío son también de carácter irascible. Aunque un poco más lento que los demás, VI completó los estudios secundarios, y un programa vocacional en tecnologías audiovisuales. Hace trabajos *free lance* porque prefiere trabajar de manera independiente, lo que apenas le provee ingresos adecuados.

En el pasado, VI ha tenido varias psicoterapias, la más útil fue durante 18 meses, en un tratamiento de grupo, diez años atrás. VI, sin embargo, prefirió la terapia individual.

¹⁷⁶ Ver página 120.

Aunque no lo condujo a ningún cambio identificable, se sintió más feliz en el transcurso de esa terapia y afirmó que la terapia individual lo había ayudado a comprenderse mejor a sí mismo. Siendo miembro del HMO, VI pidió tratamiento individual a raíz de su continuo aislamiento e infelicidad.

En este caso, el clínico no autorizó esa cobertura, aún cuando creía que VI se sentiría más feliz y menos solo mientras estuviera en terapia individual. La decisión se basó en que la historia del tratamiento de VI sugería que mientras la terapia de grupo había producido un cambio, la terapia individual no. De autorizar alguna, sobre la base de la eficacia, hubiera elegido la grupal. Diagnosticó la condición de VI como un problema interpersonal (código V), no como un desorden de personalidad porque, aunque el comportamiento de VI era “inadaptado” (en lenguaje del DSM-III-R), no era “inflexible”. El clínico creyó que -por más intensa que fuera la infelicidad de VI- a menos que fuera causado por una enfermedad, el seguro de salud no debería cubrir el tratamiento.

Los clínicos, sin embargo, han experimentado con antidepresivos y estabilizadores del carácter para indicaciones no aprobadas por el *Food and Drug Administration* (FDA)¹⁷⁷.

Si en una prueba con fluoxetina o carbamazepine VI mostrara resultados aparentemente positivos, podría suponerse que debe tener una enfermedad, ya que la medicación lo está ayudando. Ahora bien, se hace poco claro si el seguro de salud pagaría por la medicación en esas circunstancias y, si así lo hiciera, ¿por qué no debería pagar también por la psicoterapia que VI quiere?

Más aún, el padre, tío y hermano de la VI tienen una irritabilidad similar, surgiendo la posibilidad de una base genética para los rasgos que le causan tal dificultad. Es fácil imaginar que el Proyecto Genoma Humano podría finalmente identificar “defectos” genéticos que subyacen en esta clase de irritabilidad. ¿Se debería entonces considerar a VI

¹⁷⁷ Organismo norteamericano de control de aptitud sanitaria de comidas y medicamentos.

como la víctima de su temperamento antes que responsable por él, y por las consecuencias que surgen del mismo?

El siguiente caso provee más luz dentro de cómo el clínico razonó acerca del temperamento, el diagnóstico y la cobertura de seguro.

Caso 4: La Gerente Perdida (GP) (*the Lost Administrator, LA*). Es una mujer de 35 años, soltera, exitosa en su trabajo como gerente y querida por sus muchos amigos. Aunque parece confiable y exitosa, se siente intensamente “perdida” y “vacía”. Es especialmente infeliz respecto de su vida amorosa. GP ha estado involucrada con una serie de hombres que estaban comprometidos en otras relaciones, o no deseosos de hacer un compromiso, y no se sentía atraída por hombres que podrían haber sido más confiables. Los amigos, sin embargo, le decían “tenés todo lo que necesitas para ser feliz. ¿Por qué no te permitís disfrutar tu vida como es?”. En una psicoterapia ambulatoria, siete años antes, se había empezado a sentir cada vez más atemorizada, hasta que la interrumpió precipitadamente después de un año y medio.

GP es la única hija mujer de una familia con cinco hijos. Al momento de su nacimiento su padre ya estaba sufriendo de una diabetes severa. A lo largo de la niñez de GP, él experimentó progresivas complicaciones incluyendo amputación, enfermedad cardíaca, falla del riñón, y pérdida de visión. Murió cuando ella tenía 16 años. GP fue severamente crítica de sí misma, y sintió que su madre –que había estado agobiada por la enfermedad y las cargas financieras de su marido-, no estaba emocionalmente disponible para ella.

La madre confirmó que GP había sido una niña precozmente responsable, no demandante, y que ella misma, en realidad, se había sentido agobiada y no disponible durante el crecimiento de GP. El clínico de GP hizo un diagnóstico código V de problema interpersonal y en el Eje I diagnosticó una depresión presuntiva atípica. Recomendó la

consideración de psicoterapia psicodinámica (individual y/o grupal) y una prueba con medicación antidepresiva (que GP no aceptó).

Contrariamente a VI, se le ofreció a GP psicoterapia subsidiada parcialmente bajo el beneficio regular del HCHP. La pregunta es por qué el mismo clínico tiene decisiones que difieren entre sí; y si se trata de dos personas que experimentan infelicidad, sobre qué base se distinguen ambas circunstancias.

El clínico reconoció que sintió decididamente mayor simpatía por GP que por VI, y que estaba preocupado acerca de cómo esa simpatía podría haber influido en su decisión.

Admitió rotundamente que creyó que VI tenía una “mala actitud” y llevaba “un chip sobre su hombro”, y que aunque sufría de los efectos de su irritabilidad, seguía justificándolo por la manera en que el mundo lo trataba a él. El clínico consideró que VI era una persona capaz de revisar sus actitudes y comportamiento, pero que no quería hacerlo.

En comparación, el clínico veía a GP como una víctima de su temperamento. Aunque sus amigos cuestionaban si ella también sufría de una mala actitud y estaba rehusando a disfrutar placenteramente una vida que “tiene todo lo que se necesita para ser feliz”, el clínico consideró que ella estaba en realidad *tratando* de encontrar satisfacción en su vida pero era *incapaz* de hacerlo, y no –ejemplifica– como la princesa caprichosa de la fábula que rehusaba sentirse comfortable porque distinguía una arveja en su colchón.

Los autores plantean que, en el transcurso de la discusión del caso con ellos, el clínico comenzó a temer haber mezclado razonamiento moral y razonamiento diagnóstico en su pensamiento acerca de VI y GP. Y, como consecuencia, se sintió inseguro acerca de si su diagnóstico DSM-III-R de VI (código V: problema interpersonal) y su diagnóstico de GP (Eje I: presuntiva depresión atípica) *explicaba* su juicio de necesidad médica, o si él había invocado los diagnósticos DSM-III-R para *justificar* su evaluación moral de que la GP “merecía” tratamiento porque estaba tratando de vencer su condición, mientras que VI no

“merecía” tratamiento porque no tomaba responsabilidad por sí mismo y simplemente culpaba a otros.¹⁷⁸

Afirman con razón, que no todas las preguntas incómodas son posibles de responder con certeza. La práctica clínica en salud mental es, por excelencia, un lugar donde es muy importante estar advertidos de que los problemas científicos están indisolublemente ligados a problemas de valoración moral. Para poder trabajar con ellos es necesario hacer el esfuerzo de distinguirlos.

Casos 5 y 6: La madre abandonada (MA) y la Niña Abusada (NA).

Tal como anticipé, estos dos últimos casos nos colocan de lleno en la controversia que surge cuando hay ambigüedad desde el punto de vista clínico.

La Madre Abandonada (MA) (*the abandoned mother, AM*). Se presenta en dos momentos.

Parte I: MA es una madre divorciada de 50 años con dos hijos. El año anterior había perdido su trabajo, se había mudado a un nuevo departamento, y su amiga más cercana se había ido de la zona donde vivían. Poco antes de iniciar el contacto con el servicio de salud mental, la hija con la cual había vivido una relación más cercana se comprometió, y le hizo saber que cuando visitara el vecindario se quedaría con sus futuros suegros y no con MA.

Se puso muy turbada y llorosa. Se le diagnosticó un Desorden de adaptación con humor depresivo. La cobertura fue provista bajo el beneficio regular, con co-pago incrementado después de 8 sesiones, y pago completo después de la sesión 20. MA no desarrolló un vínculo, sin embargo, con ninguno de los tres terapeutas que vio, y las pruebas con imipramine, fluoxetina, y fenelzina no produjeron ninguna mejoría. MA se sintió desesperada y comenzó a pedir hospitalización.

¹⁷⁸ Es importante destacar que este tipo de situaciones y dudas respecto de la influencia de la simpatía o antipatía que los distintos pacientes (y distintas momentos en un mismo paciente) provocan en el terapeuta, son habituales en la práctica psicoterapéutica y son a su vez un material con el cual se debe trabajar en el sentido de intentar comprender sus causas. Puede resultar simpática una persona que en realidad tiene una actitud complaciente debida a una posición inconsciente de sometimiento que puede ser justamente su

Once meses después de comenzado el tratamiento, su situación fue revisada con un consultor. El consultor preguntó de qué estaba sufriendo esta paciente y si tenía un tipo de depresión mayor. Cuestionaba si en realidad no se trataba de problemas normales en la mediana edad, sumados a su situación de divorciada, privada de sus hijos, sin trabajo, y si no sería eso lo que la hacía sentir sola y enojada.

El consultor está planteando una pregunta característica de línea-dura.¹⁷⁹ Si bien la historia de MA es perturbadora, en este punto de su condición no coincide plenamente con el criterio del DSM III R (en uso en ese entonces) para una depresión mayor, o distimia.

Si la realidad presenta zonas grises, la decisión debe ser una, y clara. Porque, si se aplica el diagnóstico de Desorden Depresivo a su condición ambigua, se pone a MA en el marco de enfermedad, paciente, doctor, tratamiento médico, y cobertura potencial de cuidado bajo seguros de salud. Pero, si se llama a su condición “vida”, no sería conveniente desde el punto de vista terapéutico aplicar los paradigmas de enfermedad, paciente, doctor, tratamiento médico, y cobertura.

Como lo que se tiene que resolver es si asignar o no recursos y, para ello, se debe saber si un caso determinado es posible de englobarse bajo el rubro “necesidad médica”, se está constreñido a plantear las cuestiones en un modo O-O (o una cosa o la otra): el tratamiento es o no es médicamente necesario. Situaciones clínicas como la de la MA, sin embargo, son a menudo mucho más ambiguas, por lo que no está de más aclarar que, al igual que Daniels, opino que es indispensable la posibilidad de revisar las decisiones. No otra cosa es

problema. En cierto psicoanálisis esos sentimientos del lado del analista se denominan contratransferencia y, como dije, son material de trabajo y no de aceptación sin más.

¹⁷⁹ Desde una perspectiva de línea blanda, una terapia podría ayudar a esa mujer a aceptar las características de ese ciclo vital. La cuestión de todas maneras es si los costos corren por su cuenta o si el seguro debe pagarlo. Y en el caso de nuestro país, tanto en los servicios públicos de atención de salud mental (hospitales, centros de salud, etcétera) como en las obras sociales y sistemas pre-pagos de atención de la salud, se plantea también el problema de cuál es el criterio de admisión en el sistema.

el método del equilibrio reflexivo en funcionamiento, que expuse someramente en el capítulo II.¹⁸⁰

En un segundo momento (Parte II), al seguir la consulta, MA continuó terapia ambulatoria con otro terapeuta. Cuando su hija la visitó otra vez sin quedarse en su casa, las preocupaciones suicidas se incrementaron, y ella habló de planes para matarse. Dijo que no podía pagar por un tratamiento ambulatorio, y nuevamente pidió hospitalización. La administración del seguro revisó su caso y cambió el diagnóstico por el de Desorden Depresivo (forma atípica) con riesgo significativo de suicidio, y autorizó dos media hora por semana de manejo del caso sin co-pago creciente (“beneficio extendido”)

Pese a ese cambio, queda aún espacio para la controversia. Como ahora se ve que MA está realmente sufriendo de una depresión atípica, y no de una reacción de ajuste o de una rabieta existencial, el clínico de línea expansiva podrá decir que su verdadera condición ha llegado a aclararse con el tiempo. Pero también será posible para el clínico de línea dura decir que, en realidad, MA aprendió ahora cómo se toman las decisiones del seguro con lo que puede burlar al sistema y obtener el resultado que pretende.¹⁸¹

La Niña Abusada (NA). En el caso anterior, entonces, la controversia en cuanto a la necesidad médica surge de la inseguridad sobre el diagnóstico de MA –si ella está sufriendo de un desorden afectivo o está en un momento duro de su vida. En cambio, en el caso siguiente (*the Abused Child, AC*), la pregunta acerca de lo que constituye un tratamiento necesario médicamente surge de la inseguridad acerca de si existe un tratamiento disponible y efectivo para NA. Y si es así, cuál es.

¹⁸⁰ Página 36-37.

¹⁸¹ Y desde una perspectiva que no tiene por qué optar entre la característica de ‘o blanda’ ‘o dura’, se puede pensar que justamente los profesionales formados para la atención de la salud mental tienen elementos suficientes para distinguir esas cuestiones. Se trata de ver qué sistema hace que uno u otro riesgo sea más pronunciado y también de elegir qué riesgo de abuso de utilización del sistema es preferible correr desde el punto de vista ético.

NA, de seis años, se mudó con su madre a Nueva Inglaterra desde otra parte de los Estados Unidos, y se convirtieron en miembros del HMO. Durante los dos años anteriores había sido abusada sexualmente en forma reiterada por su padrastro, quien había sido juzgado y estaba ahora en la cárcel. Los genitales de NA mostraban signos inconfundibles del abuso, pero ella era una niña de notable apariencia feliz, y se estaba adaptando muy bien a su nuevo medio.

En tanto MA estaba en una constante lucha sobre lo que podría obtener, NA y su madre no pedían nada al HMO.

Es posible considerar a MA como una persona que rehúsa tomar responsabilidad para adaptarse a experiencias de vida relativamente comunes, en tanto NA, claramente, no es responsable de lo que le pasó. Por eso, el HMO estaba plenamente dispuesto a cubrir el tratamiento para NA, pero como su crecimiento y desarrollo parecían desenvolverse bien, no era evidente si había un tratamiento para ofrecerle.

El clínico de salud mental decidió ofrecer una vigilancia atenta, y hacer el seguimiento de NA muy de cerca junto con el pediatra y la madre.

En mi opinión, esta una de las situaciones que muestran la necesidad de que las decisiones en materia de “necesidad médica” sean susceptibles de ser revisadas. En particular, en el campo de la salud mental donde, según el conocimiento profesional que se tiene hasta hoy, muchos desarrollos “normales”, en casos como éste, pueden encubrir una faceta sobreadaptativa al hecho traumático, escenario tanto o más peligroso aún que el que produce síntomas observables.

III. 6. a) Cómo abordar el problema del riesgo moral

El análisis de estos seis casos permite a Daniels y Sabin abordar un problema que, en realidad, se presenta en cualquier otro tipo de seguros, como es el del “riesgo moral”. Por lo mismo, este “riesgo moral” es fácilmente apreciable en otros ramos de la industria del

seguro. Por ejemplo que un asegurado incendie la casa que aseguró, o haga desaparecer, denunciando el robo, a un auto bajo cobertura.¹⁸²

El riesgo moral, en salud, y sobre todo en salud mental, tiene, además otras connotaciones y supone otros riesgos. El sistema de salud puede llegar a cumplir un papel iatrogénico¹⁸³

En el caso de MA, por ejemplo, este papel sería apoyarla en la confusión que resulta de no distinguir qué situaciones son problemas de la vida, y no enfermedades; en apoyarla cuando trata de llamar la atención de los demás, en lugar de acompañarla para que enfrente sus problemas de inmadurez, de interacción con los otros, todo lo cual la fijaría en un rol de enferma.¹⁸⁴

En otras palabras, los programas sociales que ofrecen protección de seguro crean el riesgo de que los individuos alteren su comportamiento para reclamar injustamente beneficios. Eso es lo que temen los aseguradores. Si no se da la debida importancia a la reflexión sobre cómo establecer la existencia o no de “necesidad médica”, se abre una puerta muy ancha para reclamos de cobertura de seguro en salud mental. Insisto en que el establecimiento de dicha necesidad debería hacerse con todos los profesionales habilitados para ejercer la clínica de lo mental. En realidad, para ser más precisos en las decisiones, debería ser una reflexión interdisciplinaria que incluya también a sociólogos y antropólogos.

¹⁸² Respecto del *azar moral*, Bertomeu explica que es un problema de “acción oculta”, que, junto con el problema de *selección adversa* que es un caso de “información oculta”, son los dos aspectos de interés ético para el tema de los seguros. Específicamente respecto del azar moral dice: “Supongamos que alguien contrata un seguro médico con una compañía privada. Supongamos que no hay problema de información oculta porque antes de asegurarlo, la compañía lo somete a un riguroso examen médico para saber exactamente cuál es el riesgo de contraer todas las enfermedades posibles, o al menos aquellas cuyos tratamientos son más caros. Pero, luego de contratado el seguro, esa persona tiene un incentivo para descuidar su salud, la compañía no puede saber a partir de entonces, pero el asegurado sí lo sabe, si fumará más, beberá más, aceptará un trabajo peligroso, etc. Como consecuencia de sentirse seguro y a cobijo de cualquier contingencia médica no es imposible que el asegurado descuide su salud más que antes de contratar el seguro. Lo cierto es que estos problemas de azar moral y selección adversa que afectan a los mercados de seguro no pueden resolverse con pura racionalidad económica.” María Julia Bertomeu, op. cit., págs. 249-262. En mi opinión es especialmente importante tener en cuenta la última afirmación de Bertomeu, (que subrayamos en esta nota al pie) cuando hablamos de atención de la salud mental.

¹⁸³ Iatrogenia es la patología producida por una intervención médica.
http://diccionarios.elmundo.es/diccionarios/cgi/lee_diccionario.html

De lo contrario, se corre el riesgo de asimilar fácilmente timidez (caso 1), situaciones existenciales desafortunadas (caso 2), soledad e irritabilidad (caso 3), falta de satisfacción aún con muy adecuadas oportunidades (caso 4), o a la vida misma (caso 5) con la categoría de enfermedad y discapacidad.

Las empresas de seguro plantean esta preocupación, como una preocupación actuarial, que tiene en cuenta el costo y los recursos que insumen los diagnósticos errados.

Desde el punto de vista ético-clínico, por el contrario, lo que preocupa son los efectos iatrogénicos, cuando por ejemplo, se puede presentar daño potencial no intencional a pacientes mediante la adscripción de una etiqueta diagnóstica –el rol de paciente, con sus implicaciones de patología. Retomaré este problema del diagnóstico en el capítulo V.

El análisis de Daniels y Sabin constituye un elemento valioso para que los profesionales de la atención de salud mental podamos reflexionar sobre las características propias de la materia de su práctica. Se podría, entonces, dirimir –con razones científicas, y no sólo como una actitud corporativa- una serie de objeciones que se plantean, tanto en el ámbito público como en el privado.

Tal como lo plantean los autores, los rasgos fundamentales de campo de la salud mental son:

- 1) Muchos de los síntomas de enfermedad mental son parte de un continuo con formas de aflicción cotidianas;
- 2) El diagnóstico de algunas condiciones –especialmente los desórdenes del Eje II¹⁸⁵- es controvertido e incierto;
- 3) Algunas formas de tratamiento –especialmente la psicoterapia- parecen similares a formas no profesionales de sostén e interacción humanas; y

¹⁸⁴ En realidad la forma más genuina de atenuar ese riesgo es trabajar en equipos de salud mental en permanente formación y actualización y discutiendo periódicamente los criterios en uso. Esto redundará tanto en beneficio del paciente como en el del equipo por la excelencia que comporta el ejercicio de este tipo.

- 4) la demanda de servicios de salud mental ha demostrado ser altamente sensible a la presencia o ausencia de cobertura de seguro.

Estos factores crean la preocupación pública de que la cobertura expandida llevaría a una excesiva utilización de la asistencia. Pero es un problema que no debería simplificarse.¹⁸⁶

Entiendo que, en cuanto a cómo abordar los problemas del llamado riesgo moral, a cómo evitar que los pacientes aprendan a tomar las decisiones del seguro para así poder burlar al sistema y obtener la asistencia que piden, la pregunta pertinente es si no se trata primordialmente de considerar –entre otras cuestiones- qué sistema hace que uno u otro riesgo sea más pronunciado y qué sistema atenúa esa posibilidad.

No se puede eludir la cuestión de elegir también en función de qué riesgo de abuso de utilización del sistema es preferible correr desde el punto de vista ético.

Este último punto es particularmente importante en países donde –como se describe al comienzo de la tesis- la exclusión del sistema es tan acentuada como en el nuestro. Es allí marcado el riesgo que corren los profesionales de salud mental, de ser cómplices de redoblar la exclusión, de romper, como parte de la burocracia sanitaria los pequeños hilos de sostén social que restan todavía sin ser desgarrados.

III. 6. b) “Necesidad médica”: tres modelos posibles para definirla

Según Daniels y Sabin, los tres modelos diferentes para pensar la necesidad médica, son el de “funcionamiento normal”, el de “capacidad”, y el de “bienestar”.

Es oportuno recordar que el objetivo principal de cubrir las necesidades sanitarias –desde consideraciones de justicia- está relacionado para Daniels, con la igualdad de

¹⁸⁵ En términos del DSM-IV el eje II refiere a desórdenes del desarrollo y desórdenes de la personalidad. Ver página 120.

¹⁸⁶ Como dicen Daniels y Sabin, cuando los oponentes a la cobertura expandida en salud mental aplican términos despectivos al tratamiento en salud mental, tales como “alquile-un-amigo”, están en parte expresando preocupación acerca del riesgo moral –que necesidades legítimas tales como la de amistad se enmascaren con necesidades de tratamiento subsidiado, y que la comunidad que paga el seguro de salud incurra en gastos por los que no debería ser responsable. *JAJ*, op.cit., pág 242.

oportunidades. Ya expliqué la dificultad que hay, en salud mental, para definir cuándo la inhibición de usar del rango normal de oportunidad está determinada o no por una enfermedad. Porque el objetivo último del cuidado psiquiátrico -y cabría agregar el psicológico-, es también ayudar al paciente a estar tan cerca como sea posible de la igualdad de oportunidades en la vida. Cada uno de los modelos responde de manera sutilmente diferente a la pregunta acerca de qué clase de igualdad de oportunidades se trata, y para qué cada uno se propone lograrla.

Se verá más adelante que los términos en los cuales los autores formulan los tres modelos provienen de la filosofía moral, y su discusión es otro de los aportes para resolver las controversias prácticas contemporáneas sobre asignación de recursos y cobertura.¹⁸⁷

1.- El modelo de funcionamiento normal. Su uso en Salud Mental. De acuerdo con este modelo, que Daniels defiende, el propósito central del cuidado de la salud es el de mantener, restaurar, o compensar por la oportunidad restringida y la pérdida de función causada por la enfermedad y la discapacidad. Se entiende que un cuidado de la salud exitoso restaura el rango de capacidades que las personas hubieran tenido sin la condición patológica, o previene un deterioro ulterior. Según este modelo, el cuidado de la salud no cambiará la desigual distribución de las capacidades humanas. Prescribe compasión para aquellos que son menos afortunados en la lotería natural que distribuye capacidades, pero convierte al sector salud en responsable de corregir sólo aquellas condiciones –en el área de salud mental en términos del DSM-IV- que pueden ser diagnosticadas como “un síntoma de una disfunción”, esto es, como desórdenes mentales.

¹⁸⁷ Daniels plantea que el fracaso en distinguir entre esos modelos puede contribuir a la dificultad que los abogados encuentran en sus esfuerzos por promover una cobertura de seguro no discriminatoria para los seguros de salud mental. *JAJ*, op.cit., pág 243. En nuestra opinión, hablar de la dificultad de los abogados es un indicio de cómo la bioética en Estados Unidos creció, en parte, ligada a la llamada “industria del juicio”.

Los defensores de este modelo aclaran que el sector salud no es el único agente de responsabilidad social. La educación, el entrenamiento, las familias, religiones y grupos comunitarios, y otras instituciones sociales pueden atender a la gente que sufre de falta de habilidad social. Aunque son objetivos deseables, tanto tratar una enfermedad como ayudar a las personas a desarrollar sus capacidades, no deben confundirse ni los objetivos ni las instituciones encargadas de cumplirlos. Este modelo restringe la aplicación del concepto de necesidad médica, y por lo tanto los reclamos legítimos de cobertura, sólo a las desventajas causadas por la enfermedad y la discapacidad, a menos que la sociedad explícitamente decida usar los recursos para mitigar otras formas de desventajas. Este es el modelo en que se apoyan los clínicos de línea dura, aunque Daniels y Sabin también lo utilizan para definir el acceso y el modo del acceso al sistema de atención sanitaria en general y en particular en el de salud mental.

2.- Modelo basado en la capacidad. Su uso en salud mental. Este modelo, fundado en la teoría de Amartya Sen, prescribe un rol más amplio para la atención sanitaria, ya que sostiene que la distribución de capacidades personales tales como la confianza, la resistencia y la sociabilidad, dadas por la lotería natural, no deben tomarse como dadas.

La atención sanitaria podría tener como objetivo proveer a los individuos capacidades personales iguales o, al menos, dar prioridad a aquellos cuya capacidad disminuida los pone en una desventaja relativa. La causa de esa disminución no es lo que importa. A diferencia del modelo anterior, este modelo no hace una distinción moral entre tratamiento de enfermedad y realzamiento de las capacidades personales desventajosas. En consecuencia, por ejemplo, si la terapia de grupo ayuda a aliviar desventajas significativas causadas por una timidez normal, o si la fluoxetina da “al introvertido las habilidades sociales de un marinero”, el modelo de capacidad sostendría que el seguro de salud debería proveer cobertura.

Daniels y Sabin son claros al marcar las diferencias entre el primer y el segundo modelo. El de funcionamiento normal espera del sector salud que ayude a las personas a convertirse en competidores *normales*; esto es, libres de las desventajas causadas por la enfermedad o la discapacidad. En cambio, el modelo de capacidad, por contraste, esperaría del sector que ayudara a las personas a convertirse en competidores *iguales*, libres de la desventajosa falta de capacidades, sea cual fuese la etiología. Este último modelo tiene como foco central un simple criterio del DSM-IV para diagnosticar un desorden mental: “daño en una o más áreas de funcionamiento”. Pero lo que objeta al DSM-IV es que éste requiera que el daño sea “un síntoma de una disfunción (que subyace al desorden).”¹⁸⁸

3.- Modelo de bienestar. Su uso en salud mental. De acuerdo con el modelo de bienestar, defendido por Arneson, si la gente sufre a causa de actitudes o modelos de comportamiento que no eligieron desarrollar y no son capaces de alterar o vencer esas características de manera independiente, deberían ser considerados como pasibles de necesidad médica.

Este modelo se aprecia claramente en las decisiones del clínico en los casos 3 y 4. Al hacer la distinción entre la Víctima Irritable y la Gerente Perdida sobre la base de si eran capaces y deseosos de cambiar las actitudes y el comportamiento que causaba el sufrimiento, el clínico estaba implícitamente aplicando el criterio del modelo de bienestar. El modelo de bienestar hace de su foco central un criterio del DSM-IV diferente para diagnosticar un desorden mental: “aflicción presente (un síntoma doloroso)”. Pero, como el modelo de

¹⁸⁸ La clase de controversia que surge en psiquiatría acerca de la cobertura de seguro para tratamiento o capacidades personales desventajosas, como la timidez, ocurre también en otras áreas del seguro de salud. Un número reciente de *Crecimiento, Genética, y Hormonas*, por ejemplo, estuvo enteramente dedicado a la cuestión paralela de si un niño de baja estatura que no era deficiente en la hormona de crecimiento debería ser tratado, y si lo era, si el tratamiento debería ser cubierto por el seguro. Los endocrinólogos pediatras expansivos guiados por el modelo de capacidad han argüido que dado que la extrema baja estatura es una condición desventajosa, el seguro debería proveer la hormona a los niños bajos que no tienen una anomalía endocrina. Otros que usan en cambio el modelo de funcionamiento normal limitarían la cobertura de seguro a los niños con una deficiencia en la hormona de crecimiento. *JAJ*, op.cit.,pág 244.

capacidad, difiere del DSM-IV y del modelo de funcionamiento normal al no requerir que la aflicción sea un síntoma de un desorden mental.

Según este criterio, los clínicos de salud mental tienen como objetivo aliviar la desventaja, mejorar las capacidades personales, y reducir el sufrimiento. Consideran, por ejemplo, que ofrecer tratamiento al Tímido Bipolar y no a la persona que es normalmente tímida pero que sufre tanto como él, desnaturaliza el compromiso moral de la institución.

Los seguidores de la línea expansiva están atraídos por los dos últimos modelos. Por el de capacidad, porque les permite argumentar para extender la cobertura de seguro tanto a TB como a una persona normalmente tímida. Por el de bienestar, porque no acuerdan con no ofrecer cobertura de seguro al Marido Infeliz, cuyo sufrimiento fue aliviado por la psicoterapia psicodinámica. No hacerlo es injustificable, tanto desde el punto de vista clínico como desde el punto de vista moral. El sufrimiento personal del Marido Infeliz merece para ellos ser atendido en sus reclamos de asistencia.

Daniels y Sabin concluyen en que los modelos de capacidad y de bienestar proveen a los clínicos expansivos con una razón para interpretar como médicamente necesarias, el tratamiento de las condiciones que el DSM-II llamó “neurosis” y que Astrachan describió como las tareas “humanísticas” de la psiquiatría.

A los efectos de una mejor comprensión de las diferencias entre estos tres modelos, reproducimos el cuadro de Daniels-Sabin.

Modelos de necesidad médica. Tabla 11.1¹⁸⁹

<u>Igual oportunidad para</u>	<u>blanco de la acción</u> <u>clínica</u>	<u>Objetivo último de la</u> <u>asistencia</u>
1-Funcionamiento normal (Daniels)	desviación médicamente definida	Impacto decreciente de la enfermedad o discapacidad
2-Capacidad personal (Sen)	Restricción no elegida de capacidad personal	Realzar la capacidad personal
3-Bienestar (Arneson)	Restricción no elegida de potencial para la felicidad	Realzar el potencial para la felicidad

III. 6. c) Tres modelos de necesidad médica: ¿Tienen consecuencias distintas en la práctica de la salud mental?

El objetivo del estudio de los seis casos –cumplido con éxito según los autores- fue poner en juego y analizar las distintas formas en que razonan los clínicos de salud mental cuando tienen que resolver la pertinencia de tratamiento. Y averiguar si el análisis de los razonamientos que se hacían a partir de la práctica concreta proporcionaba una guía para elaborar políticas en salud mental.

Esos razonamientos que se estudiaron en varias etapas, circulaban alrededor de lo que los autores pudieron aislar como tres modelos diferentes.

Concluyeron que para poder ser elegido como herramienta útil para determinar la “necesidad médica” en cada caso, cualquier modelo debe cumplir las tres condiciones siguientes:

- 1- Hacer distinciones que el público y los clínicos consideren honestas y transparentes
- 2- Poder administrarse en el mundo real y
- 3- Los resultados a los que conduce su uso, deben poder ser afrontados económicamente por la sociedad. Es decir, la institución sanitaria –en el caso de la argentina la pública, en el caso norteamericano su sistema de seguro privado subvencionado en parte con fondos públicos- debe poder afrontarlo con los recursos que se le han asignado a nivel macro, y el uso del modelo elegido le debe servir de guía para establecer prioridades.

Antes de seguir con la fundamentación que dan los autores para apoyar el modelo de funcionamiento normal, considero necesario plantear cuáles son los puntos en juego en el conflicto entre los distintos actores de la práctica en salud mental: los clínicos, los pacientes, los supervisores clínicos, los supervisores del seguro, o los admisores en el ámbito público.

En ciertos casos, el conflicto estriba en la incertidumbre que tienen las partes acerca de la efectividad del tipo de intervención que se propone.¹⁹⁰

En otros, por ejemplo cuando se enfrentan los seguidores de la línea *expansiva* y los seguidores de la línea *dura* en salud mental, su conflicto –que en este caso podríamos llamar filosófico- es acerca de los *finés* u *objetivos* de la asistencia y no tanto acerca de los *medios* para alcanzarlos. Señalan, con acierto, que lo que puede encubrirse como un desacuerdo sobre el diagnóstico de *lo que tiene* el paciente, puede en realidad ser una falta de coincidencia acerca

¹⁸⁹ Norman Daniels, James Sabin, *JAJ*, op. cit., pág. 242.

¹⁹⁰ Daniels plantea al respecto que si bien estos conflictos acerca de la efectividad no podrían resolverse actualmente porque los datos sobre los resultados de los distintos tratamientos psicoterapéuticos son limitados, finalmente intentar resolverlos es lo único que producirá un progreso científico. *JAJ*, op.cit, pág 248. En nuestro país la situación es muy similar y acuerdo con esta posición de Daniels y Sabin. Si además, para este acuerdo sobre la efectividad de las distintas psicoterapias, es claro que hay que acordar sobre qué se entiende por funcionamiento normal de la especie en el área de lo mental, –si la enfermedad como alteración del mismo es el criterio para acceder al sistema sanitario- es evidente la complejidad que conlleva resolver este problema.

de lo que la asistencia en salud mental *debería ser*.¹⁹¹ Esto transcurre en un terreno donde se hace evidente la complejidad de los conceptos de enfermedad y discapacidad, sujetos históricamente a consideraciones críticas filosóficas y sociológicas que consideraré en el capítulo sobre salud mental, aunque no en toda su extensión.

El tercer tipo de conflicto que puede surgir –sea cual fuere el modelo de necesidad médica elegido- es acerca de cuánta asistencia proveerá. Porque aunque haya consenso acerca del modelo elegido, o sea, acerca del criterio a tener en cuenta para admitir o no una demanda de asistencia, el plan de salud –sea estatal, nacional o de otro tipo- podría no estar en condiciones de afrontar la atención de todos los tratamientos elegibles mediante el modelo aceptado, y se vería en la necesidad de establecer prioridades.¹⁹²

Es necesario hacer distinciones claras entre estos tres niveles de conflicto porque en cada uno de ellos se plantean desafíos importantes. No crearemos respuestas útiles si no hacemos el esfuerzo de diferenciarlos.

Es claro que los tres modelos –funcionamiento normal, capacidad y bienestar- son maneras de establecer límites, ya sea entre lo que es o no es enfermedad, o entre lo que es o no es incumbencia del sector salud mental. Sin embargo, la idea que tienen los seguidores de cada modelo difiere en la concepción de cuáles son las posibilidades y los objetivos de la

¹⁹¹ Daniels considera que una de las preguntas que cabe hacer –en el marco de la discusión de los modelos- respecto de qué debería ser la asistencia en salud mental es: ¿Debería estar restringida a las limitaciones creadas por los desórdenes definidos según el DSM-IV de acuerdo con el modelo de funcionamiento normal, o debería administrarse por otras formas de establecer límites también, como la propuesta por los modelos de capacidad y bienestar? *JAJ*, op.cit., pág. 248. En esta tesis se plantea que sí, que el criterio elegido para definir el acceso al sistema de atención de las necesidades sanitarias en salud mental debería incluir aspectos de los tres modelos: el de capacidad, el de funcionamiento normal y el de bienestar. Los riesgos de usar sólo el de funcionamiento normal en una sociedad con tanta exclusión y consiguiente vulnerabilidad son demasiado importantes como para incurrir en ellos sin tener en cuenta varios de los siguientes problemas: la dificultad que conlleva la definición del término enfermedad en el área de salud mental por un lado; sin tener en cuenta las diferencias que tienen respecto de este punto las distintas corrientes en psiquiatría, en psicología y en psicoanálisis que trabajan el tema en nuestro país; y sin faltar a nuestro deber desde el punto de vista de lo éticamente correcto desde el punto de vista profesional.

¹⁹² Daniels comenta el caso del estado de Oregon, en el que el proceso de establecimiento de prioridades incluyó desórdenes de personalidad borderline y esquizotípicos en el paquete básico propuesto, pero los desórdenes de personalidad antisocial quedaron debajo del punto de corte. *JAJ*, op.cit., pág. 247.

asistencia en salud mental. Y por lo tanto, los modelos difieren también en las consecuencias que resultan de su aplicación.

Me interesa introducir aquí un aporte distinto a la discusión. Desde la perspectiva evolucionaria existen ciertos intentos de acercarse a una definición de enfermedad más precisa¹⁹³. En esa corriente se destacan varios autores, pero me detendré en el análisis que de ella hace Jerome Wakefield entendida como “desorden mental”, aunque no lo seguiré en todo su desarrollo. Según Wakefield lo que provoca las disputas más fuertes en el campo de lo mental, es precisamente el término desorden, que se establece en el límite entre el mundo natural dado y el mundo social construido;

“existe un desorden cuando la falla de los mecanismos internos de una persona para realizar las funciones para las que está diseñado impresiona de forma dañina el bienestar de una persona tal como está definido por significados y valores sociales. El orden que es perturbado cuando uno tiene un desorden es entonces simultáneamente biológico y social; ninguno de esos aspectos por sí solo es suficiente para justificar la clasificación de *desorden*.”¹⁹⁴

El autor analiza el concepto de desorden bajo la óptica del término lesión¹⁹⁵ -que define como un concepto esencialmente funcional- y si esto es así tanto las condiciones físicas como las mentales pueden ser desórdenes por la misma razón, esto es, por sus implicaciones funcionales. Un aporte de su análisis es que llega a esa definición después de analizar los aspectos positivos y los límites de varios argumentos para definir el desorden (como enfermedad): el desorden como un concepto puramente valorativo, como todo

¹⁹³ Recuerdo que es precisamente Daniels quien postula que para caracterizar la organización funcional natural de la especie las ciencias biomédicas –a las que se debe recurrir- deben incluir la teoría evolucionaria. Pág. 97 de esta tesis.

¹⁹⁴ Jerome Wakefield, “The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values” en *Ethics of Psychiatry: Insanity, Rational Autonomy and Mental health care*, Rem B. Edwards, Amherst, New York, Editorial Prometheus, 1997, pág. 63.

¹⁹⁵ “Reconocemos una variación en una estructura anatómica como una lesión antes que como una variación normal, si la variación daña la capacidad de una estructura particular para cumplir con las funciones para las cuales está diseñada.” (...) “Reconocemos como desorden una lesión de la disfunción de una parte (part dysfunction/lesion) sólo si la desviación en el funcionamiento de la parte afecta el bienestar de todo el organismo de una manera dañina. Wakefield, op. cit., pág. 68, 1997.

aquello que los profesionales de la salud mental o física tratan, como una desviación estadística, como una desventaja biológica y como un estrés o discapacidad inesperados.

No avanzaré más allá de la definición por él planteada, pero me parece útil agregar –para comprender hasta qué punto llega la complejidad de la tarea de acercarse a una definición de enfermedad mental- la explicación que da Wakefield de las dificultades que tuvo la aplicación del DSM-III-R, que es la versión del manual diagnóstico anterior al DSM-IV que trabaja Daniels. Dice que la concepción inicial, el abordaje que hace el DSM-III-R al concepto de desorden/enfermedad, tiene mucha afinidad con su concepción. La dificultad se presentó ante la necesidad de hacer operativos algunos de los términos de la definición de desorden: como el término “disfunción” en sí mismo requería de un análisis, y era necesario operacionalizarlo para que los términos en el manual fueran claros y aplicables; pero –a su vez- esas definiciones igual son adecuadas sólo en la medida que el análisis de la disfunción contenida en la definición sea el adecuado; es en este último paso donde se presentó la dificultad. En el caso del DSM-III-R el término operativo difirió de manera sustancial del requisito de disfunción que se proponía capturar. El resultado fue que ese manual especifica que un desorden es una respuesta inesperable a un evento particular: “No puede ser meramente una respuesta esperable a un evento particular” (por ejemplo el miedo es una respuesta esperable al peligro, y la pena es una respuesta esperable por la pérdida de un ser querido). El DSM-III-R hace operativo el término “daño” como una lista de daños observables tales como estrés¹⁹⁶ y discapacidad, y finalmente define “desorden”

¹⁹⁶ Estrés, del inglés *stress*, palabra inglesa que en medicina indica agotamiento de los mecanismos de adaptación frente a agresiones intensas o prolongadas. Es interesante el rastreo que Berlinguer hace respecto del uso del término: “A partir del siglo XVII, el conocimiento del hombre sano y del enfermo, progresó notablemente. Fue Giambattista Morgagni (1682-1771), de Forlì, quien creó la anatomía patológica; en efecto, demostró que los síntomas clínicos corresponden a lesiones orgánicas internas, reconocibles cuando se examina un cadáver (autopsia). Luego fue Claude Bernard (1813-1878) quien echó las bases de la fisiopatología; afirmó que si se conoce un fenómeno fisiológico, se debe estar en condiciones de explicar los disturbios que puede sufrir en estado patológico. Subrayó que el conjunto de las funciones, la fisiología humana y animal, que él estudió experimentalmente, está basado en las leyes físicas y químicas, pero tiene también leyes propias. Tiende por ejemplo, a mantener o a recomponer la constancia del ‘medio interno’, sangre o linfa, respecto a las modificaciones del medio externo. Este concepto fue retomado en el siglo XX,

toscamente, como un estrés o discapacidad no esperable: los términos disfunción y daño no aparecen en esos criterios pero sí aparecen los términos “poco probable estadísticamente” y “estrés/discapacidad” que fracasan en capturar la noción de disfunción con el resultado de invalidar no sólo la definición, sino muchos de los criterios diagnósticos que están moldeados sobre ella. El ejemplo que da Wakefield es que con ese criterio de “respuesta inesperable” para definir desorden, muchas reacciones negativas que no constituyen un desorden (por ejemplo respuestas de dolor y estrés) y que están generalmente distribuidas en intensidad –no todos reaccionan con la misma intensidad-, pueden estar lo suficientemente por encima de la media como para considerarse “inesperables” en un sentido estadístico pleno y por lo tanto calificar como desórdenes sin serlo. Da varios ejemplos más pero el concepto es que la operacionalización de los términos disfunción y daño que se usan en el DSM-III-R lleva a confundir variación normal con desorden/enfermedad.

La ventaja de la definición de Wakefield –la enfermedad/desorden como disfunción dañina- es que sirve para categorizar como enfermedad tanto un desorden físico como uno mental. Como vemos, la dificultad es operacionalizar los términos de manera tal que puedan ser usados sin perder su sustancia conceptual. Su aporte e interés reside en el intento de integrar lo fáctico con lo valorativo de manera de tender a universalizar un concepto que puede operar en distintos entornos salvando la objeción que puede caber desde un relativismo cultural –que presentaré más adelante- a la definición de enfermedad mental.¹⁹⁷

con el término homeostasis, con el descubrimiento de los mecanismos reguladores del equilibrio fisiológico (nerviosos y hormonales) frente a los agentes modificadores, y con la teoría del stress.” Giovanni Berlinguer, *La enfermedad*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1994, pág. 14-15.

¹⁹⁷ Es muy interesante la aplicación que hace de su definición de desorden a un concepto de la teoría freudiana, el de represión. Dice que la explicación del desorden neurótico vía represión es un buen ejemplo de cómo su definición se ajusta muy bien a otras teorías del desorden: “Se afirma a veces de manera equivocada que la represión en sí misma es neurótica. Esta posición sería desconcertante como una teoría del desorden mental porque no contiene una explicación de la función de la represión, de cómo llega a convertirse en disfuncional, o de por qué la represión es de por sí dañina. Sin embargo, la teoría de Freud (1915/1957^a,

Implicancias de los modelos de capacidad y bienestar en salud mental. A pesar de capturar intuiciones morales básicas -que desarrollamos cuando vimos cada modelo en particular- los modelos de *capacidad y bienestar* abren una red demasiado amplia y plantean problemas serios de costos y administración. Con acierto se preguntan Daniels y Sabin: ¿Cómo vamos a juzgar cuándo las condiciones para cobertura de seguro de salud se encuentran bajo esos modelos? A la pregunta, agregaría: ¿Cómo vamos a juzgar y “decidir” cuándo las condiciones para cobertura de seguro de salud se encuentran bajo esos modelos? Si los individuos invocan el modelo de capacidad¹⁹⁸ -se plantean los autores- y requieren tratamiento por una timidez discapacitante, ¿tomamos nosotros simplemente su evaluación de necesidad a pie juntillas? Si es así, el asegurador está sujeto a un riesgo moral grande. Si no, ¿cómo investigamos el reclamo? ¿Ha hecho la gente tímida esfuerzos razonables para vencer su condición -participando en eventos sociales, pidiendo a otros consejos sobre cómo socializar, tomando clases de hablar en público, y demás? ¿Se

1915/1957b) es mucho más sofisticada y es bastante consistente con el marco impuesto por el concepto de desorden. Freud sostenía que el mecanismo de represión está diseñado para proveer el beneficio de mantener las ideas y afectos extremadamente dolorosos fuera del alcance de la conciencia y dañar el funcionamiento del organismo. Sin embargo, de acuerdo a Freud, la represión algunas veces fracasa en realizar su función de una manera satisfactoria, especialmente bajo las condiciones que la civilización moderna impone en la que tantos deseos y pensamientos deben ser reprimidos. En consecuencia, las expresiones indirectas del material reprimido algunas veces llegan a ser concientes bajo la forma de síntomas neuróticos. Así, no es la represión *per se* lo que constituye el desorden; eso no tendría sentido porque ni el daño ni la disfunción es necesaria en una represión exitosa. Por el contrario el desorden es el fracaso de la represión en hacer lo que está diseñada para hacer (lo que implica una disfunción) y el hecho de que síntomas dañinos, tales como ansiedad dolorosa, resulten del fracaso. Adviértase que, el enlace vía síntomas con el sentido común del concepto de daño, es esencial para la afirmación de que el fracaso de la represión sea un desorden.” Wakefield, op. cit., pág. 90.

¹⁹⁸ No queremos dejar de advertir -a pesar de que el tema de la tesis no es el análisis de la teoría de Amartya Sen- que más adelante Daniels agrega un *postscriptum* al capítulo denominado *Precisando el concepto de “necesidad médica” en la práctica de la Salud Mental con James E. Sabin*, en el que analiza en detalle si los puntos de vista de Sen -sobre los que se basa el modelo de capacidad- en realidad apoyan un punto de vista más expansivo del rol de la medicina en la persecución de la igualdad de oportunidad, y llega a la conclusión de que no es así. Ya que el abordaje de Sen no implica, estrictamente hablando, un conjunto de capacidades igual, sino que ofrece un abordaje para ordenar las diferencias en las capacidades. A causa de que muchas veces los conjuntos de capacidades son incommensurables, nuestras preocupaciones igualitarias no nos comprometen a perseguir la igualdad de capacidades sino solo a asegurar que los conjuntos de capacidades de los individuos no sean distintivamente peores que aquellos disfrutados por otros. Y para los casos claramente recortados en los cuales un conjunto de capacidades -digamos C- es ordenado más bajo que los otros, serán casos en los cuales hay un apartamiento significativo del funcionamiento normal -una enfermedad o discapacidad que tiene un impacto significativo sobre las capacidades y por lo tanto en las oportunidades. En estos últimos casos -dice Daniels- la posición de Sen tenderá a acordar con el modelo estándar para pensar acerca de nuestras obligaciones de asistir a otros con intervenciones médicas, incluyendo las genéticas. [AJ], op.cit., pág. 252-254.

provocaron esa timidez a sí mismos, como por ejemplo deseando casarse solamente con gente rica, hermosa y famosa que los intimidan y les producen timidez? Se preguntan también que, si resultara que la Víctima Irascible (caso 3) invoca el modelo de bienestar y requiere tratamiento sobre la base de que él no eligió ser tan irascible, surgen problemas similares.

Los autores plantean que los modelos de capacidad y bienestar no permiten responder esas preguntas, tanto si elegimos investigar como si no lo hacemos. Si elegimos investigar, no tenemos herramientas suficientes como para –por ejemplo en el caso de VI- evaluar cuán responsable es de crear y sostener actitudes y comportamientos por los cuales sufre; y si no investigamos corremos el peligro del riesgo moral ya analizado.

Ahora bien, la pregunta a hacerse es ¿para qué les sirve a los autores explicar las dificultades que resultan de la aplicación de esos modelos? Creemos que la importancia de hacerlo reside en una preocupación básica –que hace al núcleo del pensamiento de Daniels- acerca de cómo crear condiciones justas en la resolución de casos en que se dirime la asignación o la no asignación de recursos a una demanda de atención sanitaria. Una de esas condiciones –si no la más importante- es la publicidad de los criterios utilizados para decidir la respuesta negativa o positiva al pedido.

Precisamente en este punto considero necesario volver hacia pasos anteriores.

No olvidemos que la intención de Daniels es extender la teoría de justicia de Rawls al campo de la salud. Y no olvidemos tampoco, una de las características que es esencial a la concepción que Rawls tiene de la justicia. En una sociedad bien ordenada –que ya definimos en el capítulo II- cada ciudadano acepta esos principios y sabe que todos los demás también los aceptan. Para que esto sea así, dichos principios deben ser públicos, y las instituciones básicas de la sociedad –entre las que Daniels incluye las instituciones

sanitarias- satisfacen efectivamente los principios públicos, y que esto es así, es algo conocido por todos los ciudadanos en virtud de buenas y suficientes razones. Resulta obvio que, si la gente creyera que los recursos de todos estuvieran sujetos a un riesgo moral muy grande, o a ser usados arbitrariamente sin poder dar razones públicamente;¹⁹⁹ su apoyo a la cobertura en el caso de salud mental, que de por sí ha sido históricamente débil en Estados Unidos, caería más aún.²⁰⁰ Pero no se trata sólo de ganar o perder apoyo, se trata de que de ese modo no se cumpliría –para los autores- con una de las condiciones de la justicia.

Implicancias del modelo de funcionamiento normal en salud mental. Al contrario de lo que ocurre con los modelos de capacidad y bienestar, las consecuencias que resultan de la aplicación del modelo de funcionamiento normal resuelve muchas de las dificultades planteadas hasta aquí. Por un lado, satisfacen los tres criterios - mencionados en el comienzo de este apartado- que cualquier modelo debe satisfacer para definir la necesidad médica:

1º) **Transparencia:** todas las sociedades desarrolladas reconocen el tratamiento de la enfermedad como un imperativo social básico. En ese sentido, los tres modelos acuerdan en que la desventaja y el sufrimiento causado por enfermedad o discapacidad tienen un reclamo especial que hacer sobre los recursos colectivos. Una sociedad opulenta, que rehusara cuidar de sus enfermos, sería considerada fuertemente injusta.

2º) **Posibilidad de ser administrado:** aunque los casos individuales pueden plantear difíciles o insolubles dilemas diagnósticos, la psiquiatría ha desarrollado métodos públicamente

¹⁹⁹ Por otro lado agregan que, si el público creyera que las intervenciones en salud mental reemplazan a esfuerzos razonables para modificar las propias actitudes y comportamientos, o aquellos esfuerzos tendientes a extender nuestras capacidades a través del aprendizaje y práctica, el apoyo declinaría. *JAJ*, op.cit., pág. 246. O sea, que la psicoterapia no puede reemplazar a la responsabilidad individual por nuestras propias actitudes. Precisamente el trabajo terapéutico en una psicoterapia puede ser analizar los obstáculos que una persona tiene para responsabilizarse por determinados problemas personales y ayudar a remover esos obstáculos. Pero este es un tema que abre muchos otros, tanto en el campo de los fundamentos de la ética como en el campo científico.

aceptados –usualmente encarnados en el DSM-IV- por los cuales generalmente pueden establecerse diagnósticos sobre los que se puede acordar.

3º) Posibilidad de solventar los costos: aunque moralmente aceptables, muchas definiciones acerca del alcance de la asistencia en salud –y en particular en salud mental- conducen a costos que dislocan a cualquier sociedad, el modelo de normal funcionamiento al menos permite a la sociedad trazar una frontera plausible alrededor del alcance potencial de la cobertura de seguro para la asistencia en salud mental.

Por otro lado, con una actitud abierta que deja lugar a la continuación de un debate entre concepciones distintas, los autores plantean que su adhesión al modelo de funcionamiento normal no se apoya en una visión de la enfermedad y la discapacidad en un sentido metafísico.²⁰¹ Saben que seguirán surgiendo casos que parecerán arbitrarios (como cubrir el tratamiento de la timidez causada por una enfermedad pero no para la timidez normal) o dolorosos (como no cubrir la clase de psicoterapia que ayudó al MI). Y también saben que las categorías diagnósticas continuarán cambiando, y lo que es considerado como un desorden mental hoy, puede ser visto como una construcción cultural mañana. Pero esa provisoriedad no les impide defender las razones de la adopción del criterio que prefieren –el que aporta el modelo de funcionamiento normal- porque saben también que la sociedad necesita un sistema posible y públicamente aceptable para administrar, y para definir las fronteras de la cobertura de salud en general y de salud mental en particular.²⁰²

²⁰⁰ Creemos que en nuestro país la situación es diferente, entre otras razones, por la difusión y aceptación que han tenido tanto la psicología en general como el psicoanálisis en particular.

²⁰¹ De hecho, una muestra de su aplicación es el “Acta de Seguridad en Salud Americana”, propuesta que surge durante la presidencia de Bill Clinton y que establece la elegibilidad para la cobertura de seguro en salud mental y para tratamiento de abuso de sustancia de acuerdo con el modelo de funcionamiento normal. La cobertura se dará solamente si un individuo “tiene, o ha tenido durante el periodo de un año previo a la fecha de tal tratamiento, un desorden mental o un desorden de abuso de sustancia diagnosticables.” JAJ, op.cit., pág. 246.

²⁰² Comentan los autores que, en el momento presente en Estados Unidos, las definiciones de necesidad médica que ofrece el seguro no ofrecen una orientación sobre qué modelo usar. La definición del plan del HMO –en el marco del cual se estudiaron los seis casos- define “necesario médicamente” como “aquellos servicios médicos que son esenciales para el tratamiento de la condición médica de un Miembro y están en

Ahora ya podemos ir concluyendo con el análisis de los argumentos que están en juego cuando pensamos en salud mental. ¿Cómo establecer un criterio acerca de qué entendemos en este caso por restaurar, restablecer, etcétera, el funcionamiento normal de la especie?

Creo oportuno decir que, más allá de las objeciones que se puedan hacer a esta teoría en nuestros países de América Latina, es claro que —sea cual fuere nuestra concepción de la naturaleza humana psíquica, y sea cual fuere la línea teórica que creemos la explica— si creemos que es necesario discutir públicamente la manera en que se financia, administra, y establecen prioridades dentro del campo de salud mental, primero tenemos que dar argumentos que aporten claridad acerca de *para qué* son los recursos que se le asignan al sector.

Ahora, volvamos a Daniels y Sabin. Los autores plantean que, bajo el modelo de funcionamiento normal propuesto por ellos todos los denominados “desórdenes mentales” son elegibles para cobertura.²⁰³ Ahora bien, es cierto que, los conceptos de enfermedad y discapacidad han estado sujetos a una crítica filosófica y sociológica amplia. Por eso, el problema de establecer qué es y qué no es una enfermedad en el campo de la salud mental, no es una tarea cuya importancia y dificultad debemos desestimar.

En ese sentido, los autores plantean que, si bien la concepción de desorden mental encarnado en el DSM-IV provee una definición que permite trabajar esas fronteras, esa clasificación no está libre de errores o de ser tendenciosa. Consideran sin embargo que, por ser el resultado de un proceso altamente público abierto al escrutinio científico,²⁰⁴ al testeo

concordancia con la práctica médica generalmente aceptada.” Como vemos, una definición muy ambigua. Englobar a los servicios de salud mental bajo el modelo de funcionamiento normal, implicaría modificar esa definición. Necesarios médicamente serían “aquellos servicios de salud mental que son esenciales para el tratamiento de un desorden de salud mental de un Miembro según están definidos en el DSM-IV en concordancia con la práctica en salud mental generalmente aceptada.” *JAJ*, op.cit., pág. 246-247.

²⁰³ Aclaran que algunos aseguradores niegan cobertura a las condiciones del Eje II. *JAJ*, op.cit., pág. 247.

²⁰⁴ Para ampliar esta idea, ver la Introducción al *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), págs. 15-24, Editorial Masson, S.A., 1995, Barcelona.

en el campo, y a una crítica repetida a lo largo del tiempo, es una herramienta apropiada y sujeta a revisión.²⁰⁵

Precisamente, teniendo en cuenta las dificultades que conlleva la tarea diagnóstica, recomiendan que el seguro cubra de tres a seis sesiones para evaluación, cualquiera sea el porcentaje del presupuesto en salud asignado a salud mental. Consideran que, de esa manera, los clínicos que trabajan bajo el modelo de funcionamiento normal, tienen condiciones mínimas para guiar a los pacientes que no están sufriendo de un desorden mental, hacia alternativas potencialmente útiles.²⁰⁶

Utilizan un término muy gráfico –*guarda barrera*– para definir lo que no debería ser la función del clínico. El período de evaluación es la manera de impedir que se convierta en un agente de seguros, o –en el caso del sistema de salud pública– en un agente arbitrario de los recursos de las instituciones públicas.

De esa manera, no queda fijado entonces en el rol de ser quien decide si la persona recibe o no tratamiento, sino que puede ejercer aquella función para la que se capacitó: ser un *dador de asistencia* especializado, que “ofrece guía y compasión si el sufrimiento de la persona proviene de causas distintas a un desorden mental, y que está abierto a revisar el diagnóstico inicial si surgen nuevos hechos clínicos.”²⁰⁷

Quiero plantear algunas reflexiones más. Coincido con los autores cuando hacen la observación de que los administradores de seguro –o de los fondos públicos– son plenamente conscientes de que los clínicos siempre encuentran maneras de evitar las restricciones. Ningún modelo previene de la posibilidad de ser “burlado” –dicen– y comentan una investigación en que se mostró que el 68 % de los médicos encuestados

²⁰⁵ Al respecto es interesante comparar los distintos DSM, por ejemplo el DSM-I, de 1952, estaba altamente influido por el psicoanálisis.

²⁰⁶ En el caso denominado del Marido Insatisfecho, la alternativa fue psicoterapia sobre una base de pago-servicio. Para el caso denominado Víctima Irritable, la alternativa podrían ser cursos de habilidades de sociabilidad o implicación en actividades comunitarias, que podrían alentarlos a volver a enmarcar el punto de vista acerca de sus circunstancias. *JAJ*, op.cit., pág. 247.

estaba dispuesto a engañar a las terceras partes que pagan si creían que el criterio de cobertura era injusto. También coincido cuando plantean que el antídoto más efectivo para el engaño es que los clínicos y los pacientes comprendan y adhieran a las razones del modelo usado para determinar la cobertura o la admisión, y que crean en la integridad del sistema dentro del cual se toman las decisiones. Razones históricas muy complejas son las que hacen que este antídoto esté amenazado de vencimiento.

Es claro también, luego de acompañarlos en el desarrollo de su pensamiento, que si bien Daniels y Sabin dan razones para adoptar el modelo de funcionamiento normal, consideran que el nudo del problema en la discusión de políticas públicas en salud mental, no estriba en que haya defensores de los otros dos modelos –los de capacidad y bienestar, sino en quienes, de manera oportunista, proponen no discutir las distintas posiciones, proponiendo de hecho un *laissez faire* en la asignación de los recursos. Que –si se investiga– es un método que probablemente favorezca sus intereses particulares, a partir de fondos que son públicos. A mi entender, sugieren de hecho con todo su análisis, que el modelo *laissez faire* favorece los intereses privados y promueve la desconfianza de la gente en la gestión de los fondos públicos.

La última cuestión que quiero dejar planteada al finalizar esta parte del trabajo, es que el sector salud mental en nuestro país tiene una larga historia de encuentros y desencuentros entre los psicólogos y los psiquiatras, entre los psicoanalistas y quienes no lo son.^{208 209}

²⁰⁷ JAJ, op.cit., pág. 247.

²⁰⁸ Véase E. Carpintero, A. Vainer, *Las huellas de la memoria*, Tomo I, Buenos Aires, Editorial Topía, 2004; Hugo Vezzetti, op. cit., Emiliano Galende, op. cit., Sergio Visacovsky, *El Lamús*, Madrid/Buenos Aires, Editorial Alianza, 2002.

Se trata en esta tesis de reflexionar acerca de algunos problemas que puede tener la aplicación de una teoría -gestada en el marco de la polémica entre el sector privatista y el sector solidarista en salud en Estados Unidos- en nuestro país, en una región tan distinta como lo es la nuestra. Por eso, refiero también a un texto de Isabel Marazina, psicoanalista argentina exiliada en Brasil, que trata las diferencias entre Brasil y Argentina respecto de la inclusión del psicoanálisis en el campo de las instituciones sanitarias de salud mental, país que obviamente pertenece a nuestra misma región geo-política. Dice allí Isabel Marazina: “Una de las hipótesis que orienta mi trabajo es la de que la relación entre el psicoanálisis y la salud mental se fue articulando atada a las posiciones político-institucionales que cada región construyó para incorporar el psicoanálisis, a partir de sus condiciones concretas de existencia.” También analiza en ella la relación entre psicoanálisis y salud mental

Sostenemos que es un sector con un alto desarrollo de polémicas, y con elementos tanto históricos como conceptuales que serían aportes sustanciales para definir una política en salud mental que no favorezca una cobertura ciega movida sólo por intereses corporativos. Pero para ello, los responsables de esas políticas deben estar interesados e informados sobre esa historia. Y los profesionales del sector, deberían estar interesados e informados sobre las regulaciones que tienen también los otros sectores de salud.

Una cosa son las diferencias de concepciones acerca de lo que la atención en salud mental debe ser, -diferencias que enriquecen la tarea- y, otra muy distinta, es plantear un sistema

en la ciudad de San Pablo para lo cual elige comentar algunas de las iniciativas realizadas allí en la década de los 80 y comienzos de los 90. Isabel Marazina, Tesis de Maestría, *Psicoanálisis Implicado. Algunas consideraciones sobre la implantación del psicoanálisis en San Pablo (Brasil) y Argentina. Su relación con la Salud Mental*, Pontificia Universidad Católica, San Pablo, 2003, inédito.

²⁰⁹ Una disputa interesante en este sentido, es la que culminó en Francia con la inscripción en el Código de Salud Pública de una ley susceptible de garantizar –infructuosamente según la psicoanalista Elisabeth Roudinesco- la “seguridad” para los “usuarios” (es decir, los pacientes afectados por una gran “dificultad para vivir” con el fin de protegerse de los así denominados “charlatanes” (es decir, de los psicoterapeutas, que aquí al igual que en Francia responden a innumerables corrientes, desde la New Age a la homeopatía pasando por distintos tipos de terapias florales). Se esté o no de acuerdo con la posición de Roudinesco, que como psicoanalista postula que las así llamadas “enfermedades del alma” no se tratan “en principio sino sobre la base de la sugestión o la relación de transferencia, y que sólo los verdaderos “médicos del alma” están habilitados para tratar, tengan o no diplomas del Estado: psicólogos clínicos, psiquiatras, psicoanalistas, psicoterapeutas.”, digo, se esté o no de acuerdo con ella, es destacable su esfuerzo por llevar a la luz pública estas cuestiones, entrando en conflicto con muchas instituciones psicoanalíticas que aceptaron sin más el soborno de parte de un Estado que pretende no crear conflictos con una comunidad –la psicoanalítica- con enorme peso en el país. El soborno consistió en: “Ese gesto altamente simbólico, que consistió en entregar al Estado una lista de nombres inscriptos en anuarios, hizo que los representantes de las sociedades psicoanalíticas se excluyeran del mundo de los psicoterapeutas, integrándose en un poder del Estado que los reconoce –sin exigirles ningún diploma específico- como no charlatanes, al modo de los médicos y los psicólogos poseedores de diplomas estatales. El objetivo del Ministerio de Salud es desterrar de la ciudad a los psicoterapeutas que no tengan diploma, para reemplazarlos por médicos y psicólogos. Al conceder a los psicoanalistas un privilegio discriminatorio, el Estado los autoriza, por consiguiente, *de facto*, a volverse psicoterapeutas aun cuando no tengan diplomas.” Continúa Roudinesco: “Hay en esto algo aberrante. Porque, en efecto, o bien el Estado reconoce solamente como terapeutas a aquellos a los que entrega un diploma universitario (de medicina o de psicología), o bien acepta que se otorgue ese título a todos los que, con o sin él, practican terapias, luego de haberse formado profesionalmente en asociaciones privadas. En el primer caso, ni los psicoanalistas ni los psicoterapeutas deberían ser habilitados por el Estado si no poseen diplomas específicos para ello, mientras que, en el segundo caso, los psicoterapeutas deberían obtener un estatuto idéntico al de los psicoanalistas, ya que unos y otros reciben su formación profesional e asociaciones privadas.” En mi opinión hay argumentos más convincentes para defender la primera posición. Para ampliar este debate, tan afín en gran parte al que se desarrolla de manera incipiente en nuestro país, ver Elisabeth Roudinesco, *El paciente, el terapeuta y el estado*, Buenos Aires, Editorial Siglo Veintiuno, 2005. Esta polémica fue seguida paso a paso por el diario *Le Monde* en Francia, y en nuestro país, el diario *Clarín* reflejó esa polémica –año 2002- en su versión argentina, publicando las posiciones de la licenciada Margarita Aulicino (Dirección de Atención Primaria de la Salud, Secretaría de Salud del GCBA- nota del 24 de octubre), el doctor Sergio Rodríguez (director de la revista **Psyche navegante**, nota del 9 de octubre) y del doctor Mario Pujó (director de la revista **Psiconálisis y el Hospital**, nota del 1 de noviembre). Esta última polémica, a mi juicio muy interesante y necesaria, mezcla críticas al abordaje de mercado en salud –enfaticado en la posición de Rodríguez-, con críticas a los psicoanalistas como corporación –en el caso de Aulicino-.

sin regulación, que conduzca a que los servicios de salud mental estén librados arbitrariamente a la trampa. Como si no existiera bagaje científico suficiente para salir airosos de la tarea de dar no sólo razones y fundamento de nuestra tarea, sino razones de su complejidad e incertidumbre.

Hasta este punto del desarrollo de la tesis, el modelo de funcionamiento normal parecería asegurar mejor que el sector de servicio de salud mental tuviera un criterio claro para delimitar su acceso y precisar sus funciones. Sin embargo, Daniels considera que una de las preguntas que cabe hacer –en el marco de la discusión de los modelos- respecto de qué debería ser la asistencia en salud mental es: ¿Debería estar restringida a las limitaciones creadas por los desórdenes definidos según el DSM-IV, de acuerdo con el modelo de funcionamiento normal, o debería administrarse por otras formas de establecer límites también, como la propuesta por los modelos de capacidad y bienestar?²¹⁰

La duda de Daniels surge porque se da cuenta de que aunque usó un criterio amplio de cuidado de la salud que, como expliqué, incluye tanto la salud pública como la del cuidado preventivo, agudo y crónico del individuo, ignoró otros factores que tienen un profundo efecto en la salud de la población. Se refiere a la literatura importante que explora los determinantes sociales de la salud. Por eso, al hacer la distinción entre sufrimiento y enfermedad, y ser cuidadosos en la adjudicación de la categoría de enfermedad a todo tipo de sufrimiento para evitar reduccionismos, aparece la tentación de sostener que las instituciones sanitarias de todo tipo deberían tener un criterio de acceso amplio y flexible para contrarrestar la desigual distribución de los bienes primarios. Explicaré más adelante que –aunque en un momento puede parecer plausible- en el siguiente aparece como una solución tipo “emparche y postergación” Trataremos de fundamentar que si el diseño de

²¹⁰ *JAJ*, op.cit., pág. 248.

las instituciones sanitarias se realiza en un marco de diseño global, puede evitar la caída en el asistencialismo que la primera opción termina por suponer. Lo que en un momento parece promover una institución sanitaria solidaria –un criterio amplio para el acceso al sistema- corre el riesgo de dejar en manos de los médicos como corporación la atribución de significados -absolutamente reproductores del *statu quo*- al sufrimiento, que no es efecto de una enfermedad individual sino de las miserias sociales. De esta manera, es posible que lo que aparece en un comienzo como una crítica al modelo biomédico y su poder, termine de hecho reforzándolo, al convertir al sector salud en el receptor idóneo de todo tipo de sufrimiento.

Capítulo IV. Situación de la salud mental en la Argentina y en América Latina

En el capítulo IV expongo un breve panorama de la situación de la salud mental en la Argentina.

IV.1. Salud Mental, estado de situación²¹¹

En junio de 2005, la Organización Mundial de la Salud estimaba que 450 millones de personas vivían en el planeta con problemas mentales, neurológicos o de conducta y que, en muchos países, se encontraban en el sector de la población más vulnerable y con menor protección legal. Una cuarta parte de los países miembros de las Naciones Unidas no tiene ningún tipo de legislación sobre salud mental, y una parte aún mayor tiene una legislación que escasamente protege los derechos humanos de esas personas, o no alcanzan a reflejar las prácticas de atención de la salud mental dentro de los avances actuales. Existen aún hoy sociedades donde los enfermos son atados, enjaulados, encadenados a árboles o maderos, o encarcelados. Adicionalmente, son marginados de la sociedad, prohibiéndoseles el ejercicio de derechos básicos.

Este cuadro es particularmente grave, si se tiene en cuenta que la doctora Soumitra Pathare, psiquiatra de la India y colaboradora de ese trabajo de la OMS, señala que la legislación es un recurso esencial para promover los derechos humanos de los enfermos mentales, explicando que “el respeto a los derechos humanos y la provisión de servicios de salud mental de calidad van de la mano: no se puede tener uno sin el otro”.²¹²

²¹¹ Los datos de este apartado son parte de un relevamiento para un informe de consultoría privada de Sethson Consultora (2001).

²¹² <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2005/np14/en/index.html>

Las cifras en bruto de los diagnósticos a escala global realizados por la OMS en los años 2001 y 2005, ratifican, sin duda, esta preocupación (Ver anexo I), ya que las enfermedades mentales constituyen uno de los principales componentes de las discapacidades: cinco de diez causas principales de discapacidad en el mundo son los problemas de salud mental²¹³.

Pese a esa incidencia, hemos podido comprobar que el componente mental de la salud no ha mejorado durante el anterior siglo, y mucho menos con la velocidad y profundidad que se ha visto en lo relacionado con la salud física.

Cabe destacar que, a los efectos de estos análisis, se toman en cuenta siete grandes grupos de enfermedades mentales, según la catalogación de la OMS (depresión, esquizofrenia, Alzheimer, epilepsia, retardo mental, sustancias psicoactivas y desórdenes de la niñez y la adolescencia – Ver Anexo II)

“El tratamiento de las enfermedades mentales se asocia muy a menudo con los hospitales psiquiátricos. Pero dado que hay todavía establecimientos que violan los derechos fundamentales de la persona y atentan contra su dignidad mediante tratamientos inhumanos, la atención psiquiátrica es desafortunadamente evitada. Con demasiada frecuencia se considera que el abandono, la reclusión o el aislamiento son la única solución a los problemas que plantea una persona enferma. Sin embargo, los hechos muestran que las personas aquejadas de una enfermedad mental o un trastorno cerebral pueden mejorar y aportar una contribución útil a la sociedad.”²¹⁴

En América Latina:²¹⁵ El Brasil es un país donde se han realizado importantes progresos.

La participación activa de los propios pacientes en la formulación de políticas para acabar

²¹³ Centro de Información para la Argentina y el Uruguay, 23 de abril de 1999.

²¹⁴ Doctora Gro Harlem Brundtland, directora general de la OMS, en el Informe Por la Salud Mental en el Mundo, 2001, <http://www.who.int/docstore/world-health-day/whd2001/others/brochure.es.doc>

con las injusticias del pasado confiere gran notoriedad y vitalidad a un proceso de cambio consistente en trasladar a la comunidad la atención otrora dispensada en instituciones cerradas. Sólo en algunos ámbitos hay resistencia al cambio, a menudo por culpa de ideas erróneas y tradiciones desacertadas, pero al examinar el caso del Brasil se observa que los pacientes llevan adelante el programa y fuerzan el ritmo de la reforma entre los profesionales y en la sociedad en general. El Brasil ha elaborado programas innovadores, como el de la ciudad de Santos (Estado de Saõ Paulo), donde los hospitales psiquiátricos de antaño han dado paso a otros entornos asistenciales y donde los usuarios ejercen empleos remunerados en cooperativas.

Chile es otro país que avanza resueltamente hacia la transformación de sus servicios. Panamá y Belice, entre otros, están innovando en cuanto al tipo de los servicios ofrecidos. Belice, por ejemplo, país donde sólo hay un psiquiatra en ejercicio, ha multiplicado sus recursos para adiestrar a las enfermeras de familia en la prestación de servicios de salud mental como enfermeras psiquiátricas. Una reciente evaluación ha mostrado que el público está satisfecho con esos servicios, ofrecidos ahora en todo el país.

Pese a las mejoras, queda todavía un largo camino por recorrer. Aún hoy, en América Latina, algunas poblaciones no tienen cobertura de salud mental, muchos servicios siguen siendo de calidad insuficiente y las violaciones de los derechos humanos no han desaparecido.

La situación en la Argentina es similar: Según un análisis del instituto universitario I Salud²¹⁶, orientado por el actual ministro de Salud y Acción Social, doctor Ginés González García, en los últimos 50 años la Argentina ha experimentado avances tanto en la atención de la salud como en el aumento de la expectativa de vida y, sin embargo, estos progresos

²¹⁵ Por la Salud Mental en el Mundo, Sí a la atención - No a la exclusión - 2001- OMS
<http://www.who.int/docstore/world-health-day/whd2001/others/brochure.es.doc>

²¹⁶ Profesionalizar la Gestión en Salud Mental, Hugo Barrionuevo, Fundación Instituto Universitario I Salud,
<http://www.isalud.org/documentacion/Profesionalizar-salud-Mental.pdf>

han estado acompañados de un aumento de la patología social, psiquiátrica y de la conducta. Paralelamente al aumento de la esperanza de vida se ha producido un incremento de la depresión, la demencia y de otras formas de enfermedades mentales crónicas.

Junto con las transformaciones económicas ha sobrevenido un aumento en las tasas de abuso de drogas y violencia. La exclusión, el desempleo, el individualismo, la ruptura de las formas conocidas de organización social están teniendo consecuencias epidémicas. En ningún otro campo el encuentro entre los determinantes colectivos y los determinantes individuales de las enfermedades es tan crítico y complejo como en el de la salud mental.

Pese a todo ello, nuestras instituciones de Salud Mental no han tenido la posibilidad hasta el momento de desarrollar estudios que permitan establecer cuales son los modelos de gestión más apropiados para sus organizaciones. Esto ha impedido establecer prioridades de financiamiento, evaluar la implementación de cambios organizacionales, establecer enfoques epidemiológicos, desarrollar incentivos, etcétera. Los mayores desafíos se encuentran en los aspectos de organización y gestión de los servicios.

En nuestro país, seis de las "Diez áreas prioritarias para un Plan Nacional de Salud" que proponen González García y Federico Tobar en su libro "Más salud por el Mismo Dinero", están directamente relacionadas con la salud mental (accidentes de tránsito, suicidio, violencia urbana, drogadicción, enfermedades de transmisión sexual y salud mental propiamente dicha). En los países de bajos ingresos 1 de cada 10 personas mayores de 65 años sufre de demencia y según el DSM IV, por encima de los 85 años esta tasa aumenta hasta duplicarse.

Los problemas de salud mental son especialmente sensibles a los factores de tipo social, tanto en su génesis y desencadenamiento, como en evolución y pronóstico y formas de abordaje y utilización de los recursos.

La orientación actual (2005) de la política de salud en la Argentina²¹⁷: La orientación oficial desde el 2002²¹⁸ considera que la salud en general y la salud mental en particular están íntimamente relacionadas con las condiciones, modos de vida y convivencia que son propios de un tiempo y un lugar determinados. Lo social, el discurso imperante, los conflictos que afectan a una sociedad determinada inciden generando específicas formas de padecimientos que como síntomas expresan ese malestar y son a la vez una demanda implícita.

En la Argentina, la planificación de las acciones en un modelo participativo comunitario tiene como sustento la conceptualización que:

- a) la comunidad tiene la capacidad de resolver sus principales problemas de salud
- b) el 80% de la patología es de solución simple y no requiere servicios sofisticados
- c) es necesario educar a la población para resolver algunos problemas de salud
- d) la accesibilidad a los servicios favorece las medidas preventivo - curativas
- e) es necesario trabajar en función de la salud y no de la enfermedad

La propuesta que se presenta se enmarca en las recomendaciones generales realizadas por la OMS en el informe sobre "Salud en el Mundo 2001: Salud Mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas". En virtud de ello, tiene como objetivos integrar la salud mental en los servicios generales de salud, con políticas de promoción y prevención, reducir los factores de riesgo de trastornos mentales, favorecer la construcción de redes sociales constituidas por organizaciones de la sociedad civil, promover la transformación de las actuales instituciones asilares y psiquiátricas del país propiciando el desarrollo de estrategias de reinstitucionalización y / o desinstitucionalización de la atención procurando la reformulación de los modelos tradicionales, apoyar activamente acciones y programas de rehabilitación psicosocial que tengan como eje aspectos como vivienda, capacitación

²¹⁷ http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_mental_propuesta.asp

²¹⁸ Asunción de Ginés González García en el Ministerio de Salud y Ambiente en enero del 2002.

laboral y empleo, fijar y apoyar políticas de capacitación en recursos humanos en salud mental, constituir un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y concertar con los distintos actores del sistema una Ley Nacional de Salud Mental.

La Argentina, en la práctica: De acuerdo con la experiencia recogida, en el país se da por válido que los problemas mentales afectan a la población en igual magnitud que señalan las proyecciones internacionales²¹⁹.

La atención de la salud mental en nuestro país ha seguido, en general, los criterios que se desarrollaron en Europa, con la inconsecuencia propia que caracterizó a la vida nacional en sus diversas manifestaciones.

En 1901 comenzó a utilizarse en la Colonia Doctor Domingo Cabred –llamada así en homenaje a uno de los pioneros de la atención de la salud mental en el país- el método Open Door –Puertas Abiertas-, basado en el "No Restraint" de Inglaterra. Desterró los chalecos de fuerza y otro tipo de ataduras, la medicación con sedantes del sistema nervioso, y promovió el cambio en la conducta de los guardianes y la actividad manual en pequeños talleres y huertas.

En 1918 eran 1250 pacientes. Entre 1940 y 1960 llegó a haber entre 3500 y 4000 alienados con la atención de un número fluctuante de 4 a 7 psiquiatras únicamente. La atención se deterioró con los años, al punto que en la década del 70 ya se lo consideraba "un manicomio al aire libre". Si bien se ha estado trabajando aún con los criterios originales del método de Open Door, se debe hacerlo con serios problemas presupuestarios. La experiencia, que aún se mantiene, no cuenta con el apoyo de muchos profesionales en el país, que creen que muchas veces se deja sin protección a pacientes que requerirían internación²²⁰.

²¹⁹ Ver Anexo II para la incidencia de las principales enfermedades en la población

La Colonia Cabred es un ejemplo de las dificultades del sector de salud mental en el país: el promedio general de sus 100 años de existencia indica una duración de 3 años para cada director, por lo que las políticas internas no son sostenidas, según reconoció en 1995 el entonces Director Ejecutivo del Hospital Interzonal "Colonia Dr. Domingo Cabred", Licenciado en Psicología Carlos Wertheimer. En cambio, los profesionales con posiciones intermedias tienen larga trayectoria en los hospitales.²²¹

Las facilidades edilicias de los establecimientos de internación registran, por otra parte, deficiencias que privan a los enfermos de los más elementales derechos. En la ciudad de Buenos Aires, que tiene el mayor gasto en salud de todos los distritos federales, se ha llegado a cerrar pabellones ante el estado de catástrofe en que se encontraban. (Ver Anexo III)

Ciertamente, el panorama nacional es excesivamente variado, según las regiones. Si bien en algunas provincias la legislación ha sobrepasado el desarrollo de legislación nacional, y su práctica es seguida por los especialistas de países del primer mundo, hay otras que el atraso lleva a que la salud mental sea tratada por curanderos. (Ver Anexo IV).

En la misma Colonia Cabred existe discriminación evidente cuando se advierte que la población hospitalaria "está, en su mayoría, en el escalón más bajo de la pirámide social, ya que dentro de la comunidad a la que pertenecía antes del ingreso, tenía o había ido adquiriendo por su propio deterioro un status de pobreza". La subprestación médica se ejerce sobre los que han perdido en su mayoría los derechos civiles (declaración de insanias), tienen bajo nivel de instrucción, sus lazos sociales son muy débiles, su papel

²²⁰ "El Hospital Interzonal Colonia Dr. Domingo Cabred y el Método Open Door", Prof. Lucía Iacoponi, en Alcmeón - Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica - Año X - Vol.7 Nro. 4- marzo 1999.

²²¹ Informe de consultoría, op. cit.

socioeconómico carece de significación y, por su propia patología y situación, son inhábiles para ejercer demandas sobre sus reales necesidades terapéuticas.²²²

Efectivamente, el enfermo mental se encuentra encuadrado como marginal. (Ver Anexo V). Y, en los casos en que recibe tratamiento, depende de la atención del Estado o de sus familiares. La mayor cantidad de recursos disponibles para el tratamiento de los enfermos de salud mental, especialmente la esquizofrenia, los aporta el Estado. En general, las empresas de medicina privada pre paga costean los primeros 15 días de internación y, a veces, los remedios. El Estado entrega gratuitamente los remedios de los internos y los pacientes ambulatorios por igual. En la cobertura de las obras sociales, puede haber medicación de por vida, pero no contempla la posibilidad de pagar las viviendas compartidas de pacientes sicóticos.²²³

Para una debida evaluación de lo anterior, debe notarse que en los últimos años se redujo drásticamente la población protegida por seguro médico, ya que uno de cada dos habitantes de la Argentina se encuentra sin cobertura. (Ver Anexo VI)

²²² Lucía Iacoponi, "El Hospital Interzonal Colonia Dr. Domingo Cabred y el método Open Door" en **Revista ALCMEON**, marzo 1999.

<http://www.hospital-cabred.org.ar/Abuso%20y%20Desproteccion.html>

²²³ Conversación para esta tesis con el doctor Guillermo Puerta, Médico psiquiatra de Consultorios Externos del Hospital Borda.

Capítulo V. Algunos Problemas Conceptuales en torno al concepto de salud mental

En este capítulo repaso alguno de los problemas que plantea el diagnóstico en salud mental y el modelo biomédico, para poder luego explicar los problemas que, a mi entender, tiene la teoría de Daniels. Me detengo en especial en la discusión acerca de si el concepto de enfermedad es o no es un “criterio satisfactorio” para determinar el acceso a los servicios de salud mental en nuestro país.

A los fines de esta tesis, he tratado de sortear el problema mente/cuerpo, mente/cerebro, psyche/mente, área por cierto muy desarrollada. Es decir, a pesar de tratarse de salud mental, he elegido no entrar en las polémicas en torno a la noción de qué es lo mental. No opté por una definición clásica, designativa, que determina las propiedades necesarias y suficientes para la aplicación de un término -a la manera de un Brentano o de un Descartes- sino que, a pesar de desarrollar algunos problemas que comporta la definición de enfermedad mental, elegí recurrir -vía Henry Ey, como expondré más adelante- a la estrategia denotativa para definirla -señalando qué subconjuntos integran ese conjunto, y dentro de ella, la definición por enumeración.²²⁴

El concepto de enfermedad mental como es sabido, fue criticado desde muy distintas perspectivas. Mi propósito es entender el por qué del surgimiento de algunas de esas críticas y plantear algunas respuestas posibles.

V.1. Problemas conceptuales: una introducción

Para cumplir con los objetivos propuestos en este capítulo, considero útil resumir el sentido del esquema de la tesis desde la introducción hasta aquí, que surgió al plantearme la pregunta sobre el significado de pensar la bioética como especialidad de la ética aplicada

en nuestro país, y qué significa pensarla en relación a la salud mental. Así como también qué significa comenzar a esbozar la respuesta apropiada con la simpleza de las palabras de Ramón en la obra de Somigliana²²⁵ ¿Por qué una tesis sobre ética aplicada en salud comienza por la presentación del viejo problema de la distribución de los recursos en boca de un personaje que interpela a quien lo lee o lo escucha con una profundidad sin igual? Porque –decía- en el planteo de Ramón se cuestiona el sentido común sobre la residencia del problema de la injusticia, sentido común que en el mejor de los casos plantea lo injusto de la existencia de la pobreza y el lamento por la realidad de la escasez. No, para el personaje de Somigliana la injusticia reside en la desigualdad, en la desigualdad de la distribución. Desnuda en pocas palabras la situación de los desposeídos.

Ahora bien, la pregunta que atraviesa los tres primeros capítulos de esta tesis es ¿desposeídos de qué? La teoría de justicia de Rawls permite llegar a la hipótesis de que la desposesión que produce injusticia es la desposesión de bienes sociales básicos, que a su vez limita la libertad y condiciona el respeto de sí.

Ramón dice con elocuencia que el sufrimiento en general, y el sufrimiento psíquico en particular, están ligados –aunque no unívocamente- a las condiciones en que se desarrolla la vida de las personas en una sociedad determinada.

V.2. a) Sufrimiento y enfermedad

Para poder abordar la especificidad del tema del sufrimiento psíquico es necesario tener en cuenta que, a pesar de que hay una relación entre sufrimiento y condiciones mejores o peores de vida, y que el padecimiento –como ya dije en el capítulo III- es inherente a la vida en general y a la vida humana en particular, existe un sufrimiento que podemos aislar como propio de la enfermedad, como una consecuencia de la misma.

²²⁴ Agradezco la aclaración de este punto a la Dra. Alicia Gianella, consultada para este capítulo.

²²⁵ Capítulo I, pág. 11.

Una primera distinción, entonces, es la que existe entre la noción de sufrimiento y la noción de enfermedad. Entre el sufrimiento producido por las malas condiciones de vida, y el sufrimiento producido por una enfermedad. Aunque, sin lugar a dudas, en muchas ocasiones ambos se potencian.

En el capítulo III²²⁶ he dicho que en el plano físico se puede sufrir hambre y frío y no necesariamente estar enfermo, aunque es evidente que la vulnerabilidad²²⁷ a que está expuesta una persona por no estar cubierta ante las inclemencias del mundo externo es enorme, y seguramente aumenta en gran medida el riesgo de padecer enfermedades.

Sin embargo, se puede padecer sufrimiento y no estar enfermo, y se puede estar enfermo sin padecer situaciones de vulnerabilidad social.

Ahora bien, en relación con el sufrimiento psíquico, si bien es cierto que la falta de cobertura de las mínimas situaciones vitales expone en altísimo grado al padecimiento psíquico, no todo sufrimiento o padecimiento psíquico –por ejemplo los sentimientos de

²²⁶ Pág.109.

²²⁷ La *Enciclopedia Ilustrada de la Lengua Castellana* define vulnerabilidad como “calidad de vulnerable”, y vulnerable, del latín *vulnerabilis*, como “adj. Que puede ser herido o lesionado, física o moralmente.” *Enciclopedia Ilustrada de la Lengua Castellana*, Tomo III, Buenos Aires, Editorial Sopena Argentina, 1949, pág. 984.

El concepto de vulnerabilidad es muy discutido en la literatura filosófica contemporánea y se define de distintas maneras: por ejemplo Goodin defiende el principio de proteger al vulnerable esencialmente como un requerimiento de prevenir daños que pueden acontecer a las personas; y desde el punto de vista conceptual, ‘vulnerabilidad’ es esencialmente una cuestión que alude a estar bajo amenaza de daño; entonces, proteger al vulnerable es primariamente una cuestión de anticiparse a los daños que pueden amenazar a las personas. (...) Igualmente, parece lógico hablar de que alguien es vulnerable tanto ante daños que provienen de negligencias u omisiones de otros como ante daños que provienen de acciones efectivas de otros.” Robert E. Goodin, *Protecting the Vulnerable*, Chicago, Editorial The University of Chicago Press, 1985, pág. 110. Philip Pettit, por otra parte, plantea una definición interesante del mismo término y dice: “El agravio que tengo en mente es el de tener que vivir a merced de otros, el de tener que vivir de manera tal, que nos volvamos vulnerables a algún mal que otro esté en posición de infligirnos arbitrariamente; y esto, en particular, cuando todos y cada uno de nosotros estamos en una situación que nos permite ver que estamos dominados por otros, en una situación que nos permite ver que vemos que estamos dominados, y así sucesivamente. Es el agravio expresado por la mujer que se halla en una situación tal, que su marido puede pegarle a su arbitrio, sin la menor posibilidad de cambiar las cosas; por el empleado que no osa levantar queja contra su patrono, y que es vulnerable a un amplio abanico de abusos, insignificantes unos, serios otros, que su patrono pueda arbitrariamente perpetrar; por el deudor que tiene que depender de la gracia del prestamista, del banquero de turno, para escapar al desamparo manifiesto o a la ruina; y por quienes dependen del bienestar público, que se sienten vulnerables al capricho de un chupatintas para saber si sus hijos van o no a recibir vales de comida.” Philip Pettit, *Republicanism*, Barcelona, Editorial Paidós, 1999, págs. 21-22. Quise dejar constancia de estas dos definiciones porque ambas ilustran distintos aspectos de la vulnerabilidad que tuve en cuenta para la escritura de esta tesis.

humillación, desesperanza, rebelión e indignación ante la injusticia de una desposesión- puede considerarse enfermedad.

También sabemos que la vulnerabilidad a que expone no estar cubierto ante las inclemencias del mundo externo es enorme y seguramente aumenta también en gran medida el sufrimiento psíquico. Lo que no está rigurosamente establecido es que esa vulnerabilidad lleve necesariamente a padecer enfermedades mentales, aunque es posible que pueda conducir al predominio epidemiológico de cierto tipo de enfermedades y no de otras, en una determinada clase social.

Es necesario hacer esta distinción entre sufrimiento psíquico y enfermedad psíquica – distinción que he planteado parcialmente en el capítulo III- a raíz de varios problemas conexos:

- 1- porque es un error tanto patologizar a la pobreza como reducir el concepto de enfermedad a un problema sociológico.
- 2- porque en la comunidad “psi” se enfrenta el riesgo de reducir la vida intelectual, emocional, sentimental, a “problemas psíquicos individuales”, conjunto de términos que corre el riesgo -a su vez- de banalizar, tanto el enfoque psicológico y/o psicoanalítico como la elucidación de la vida misma de la especie humana que es, en realidad, un fenómeno complejo material- histórico y social.
- 3- esta distinción entre sufrimiento y enfermedad –se advierte- puede ser utilizada, por ejemplo por los seguros médicos, para negar cobertura a muchos problemas que –sin llegar a calificar como enfermedades- sí necesitan atención en salud mental, si es que se dan las condiciones de formación disciplinaria e interdisciplinaria que apuntaré más adelante.²²⁸

²²⁸ Agradezco también la aclaración de este punto a la pregunta que al respecto me formuló la Dra. Gianella en una comunicación personal para esta tesis. La pregunta fue: ¿por qué es necesario hacer la distinción entre sufrimiento y enfermedad, si la diferencia es tan clara?

V.2. b) La cuestión de la prioridad y la jerarquía causal de la enfermedad

El propósito de este apartado es establecer qué es lo que causa mayor sufrimiento, y cuál sufrimiento puede considerarse enfermedad, para luego distinguir, dentro de esas mismas enfermedades, cuáles pueden establecerse como mentales. También me interesa indagar, a partir de estadísticas disponibles sobre los hechos sociales de magnitud, cuáles de las causas que producen sufrimiento debido a enfermedades, son evitables.

Esta distinción también es necesaria para establecer un orden de prioridades en las políticas públicas en general, y en las políticas públicas en salud y salud mental en particular, que es uno de los aspectos centrales de esta tesis, y conlleva por cierto un grado considerable de dificultad.

Se trata de un tema que exige sin duda una reflexión interdisciplinaria –como dije en el capítulo III al abordar el problema del riesgo moral- ya que incluye aspectos biológicos, antropológicos, económicos, psicológicos, históricos -entre otros- que no trataré aquí.

Es precisamente en el campo de las disciplinas que se ocupan de la salud, donde aparece una idea interesante, relacionada con la etiología social de la enfermedad: “En dos palabras, la desigualdad mata.”²²⁹ La frase acerca del poder mortal de la desigualdad –nos cuenta Marek Kohn- pertenece a Richard Wilkinson, uno de los investigadores pioneros en el campo de la medicina social.²³⁰ Para la mayoría de las personas, las principales ideas

²²⁹ “Why an unequal society is an unhealthy society” Marek Kohn, *New Statesman*, 26 de Julio de 2004.

²³⁰ El Dr. Vicente Galli, director de Salud Mental durante el periodo en el que el Dr. Aldo Neri fue ministro de Salud, dice respecto de la medicina social: “Los orígenes del concepto de Medicina Social –en el sentido de que la enfermedad estaba relacionada con ‘problemas sociales’ y que el estado debe intervenir activamente en la solución de lo problemas de salud- se pueden rastrear en Europa a mediados del siglo pasado, con las propuestas de R. Virchow y D. Guérin, realizadas sincrónicamente con diferentes rupturas y revoluciones en el conocimiento científico. Un siglo después, en los seminarios de Viña del Mar y Tehuacan (OPS/OMS) se comenzó a estimular la revitalización del componente social en la formación médica, aunque sólo alcanzó para incluir algunos científicos sociales en las Facultades de Medicina y desarrollar marginalmente algunas cátedras de Medicina Preventiva, mientras la medicina latinoamericana seguía siendo predominantemente biologicista y hegemónica. (...) El nombre de Medicina Social se adoptó en la reunión de Cuenca (1972), en la que participaron miembros de diferentes grupos nacionales dedicados a la investigación social en salud, conjuntamente con la reformulación de que los cambios debían impulsarse desde adentro de la propia

biológicas sobre la naturaleza humana y las capacidades mentales tienden a confirmar la manera en que el mundo ha llegado a ser. Pero la que podría ser la idea biológica principal, en términos de sus implicaciones para la salud humana y la felicidad, pone en evidencia un aspecto bien distinto del mundo. Muestra que la sociedad tiene una profunda influencia sobre la duración y la calidad de vida de los individuos. La cantidad de datos que avala esta afirmación es enorme y “el mensaje que comunican es claro: las sociedades desiguales son sociedades insalubres.”²³¹ Son insalubres no sólo en un sentido estricto, sino también en un sentido amplio, porque son sociedades hostiles, desconfiadas, y en las que impera un alto grado de antagonismo²³².

Se podría pensar que el tema de si una sociedad es o no es desigual aleja del tema salud y salud mental. Sin embargo, es necesario pensar el tema a fondo y dentro de su perspectiva histórica. ¿No hay ya suficientes pruebas de que lo que más amenaza la salud y la salud mental –como disfunciones, como existencia o falta de completo bienestar físico, mental y espiritual (como la OMS define la salud), o cualquier otra definición de salud que se quiera usar- de quienes conforman una sociedad es la injusticia? ¿No son suficientes pruebas la apropiación de los recursos por una minoría concentrada, la inseguridad que proviene de la amenaza que representa, para el conjunto de la(s) especie(s), que esa minoría tome

medicina, en el interior de sus prácticas de prestación de servicios, de producción de conocimientos y formación de personal. A partir de allí se fueron haciendo más nítidos los bordes y las contradicciones con los enfoques de Salud Pública que se sometían a la expansión de la institución asistencialista centrada en la suma despersonalizada de prácticas de corte biológico e individual, que desatiende la naturaleza social y colectiva de su objeto de estudio.” Vicente Galli, “Formación de recursos humanos para psiquiatría y salud mental comunitarias: problemáticas y posibilidades”, en **Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis**, n° 3, agosto de 2000.

²³¹ Los estudios más célebres en esta escuela de pensamiento son los conducidos por Michael Marmot entre los servidores civiles de Whitehall, quien presenta sus ideas de una manera muy popular en su reciente libro *Status Syndrome*. Él y sus colegas encontraron un grado constante en los índices de muerte entre el más bajo y el más alto rango en la jerarquía del servicio civil del lugar. Los servidores civiles de más alto rango tenían menos probabilidades de morir de una enfermedad del corazón que sus subordinados inmediatos, y así era hacia abajo en la escalera de rangos; en lo más bajo, los grados más bajos tenían cuatro veces más probabilidades de morir que los de más arriba en el rango. Marek Kohn, op. cit.

²³² Es interesante tener presente la definición del término “antagonismo” desde el punto de vista biológico: “La suma de mutua interferencia entre organismos disímiles que ocupan o intentan ocupar el mismo nicho ecológico”, Diccionario *Webster New Collegiate*, Londres, Editorial G. Bell & Sons, LTD, 1951, pág. 37.

decisiones que afectan al resto de sus congéneres -guerras, alojamiento de residuos tóxicos, etcétera- sin tener en cuenta ni sus intereses ni sus vidas?

Pero esta consideración de la jerarquía causal de los males sociales y mentales no tiene por qué inhibirnos de pensarlos en una de sus presentaciones posibles -la enfermedad-, sino que, por el contrario, nos obliga a poner en evidencia que esa causalidad -que no por compleja es ininteligible o inefable- se presenta precisamente si sabemos mirar los temas concretos ante los cuales nos vemos cotidianamente interpelados a tomar posición. Y esto se puede hacer de manera cabal, mediante el esfuerzo de entender su orden de causación.²³³ Giovanni Berlinguer -uno de los autores más importantes sobre temas de Medicina Social y responsable, entre otros, de la Reforma Sanitaria italiana- señala:

“Es tan impensable un futuro sin enfermedades, como una vida sin evolución o una sociedad sin contrastes. Aparecen siempre, en la historia, nuevos fenómenos patológicos: cada cambio, aún el más positivo, comprende riesgos propios, porque cada ‘factor de existencia’ puede también volverse ‘factor patológico’. Cada fuente de vida puede transformarse en causa de daño, si actúa de manera exasperada o incontrolada.

Las enfermedades no son necesariamente ‘contra natura’; son, como decía en el Siglo de las Luces *l'Encyclopédie*, ‘un estado intermedio entre la vida y la muerte’. Nos pueden conducir al deceso, a la curación, pero también a nuevas adaptaciones que no siempre son menos felices.

²³³ Actualmente existen teorías opuestas que observan la asociación entre pobreza y enfermedad mental. La teoría de la selección social sugiere que la gente que está genéticamente predispuesta a la enfermedad mental es arrastrada a la pobreza, medio que, a su vez, aumenta su riesgo para la enfermedad mental. La teoría de la causación social, en el lado opuesto, sugiere que la gente que está genéticamente predispuesta a padecer una enfermedad mental es más probable que experimente sus síntomas de enfermedad mental si están expuestos a factores de estrés significativos (stressors), entre los cuales está incluido el de la pobreza. Ambas teorías relacionan genética y medio, sin embargo la de selección social argumenta que la dotación genética determina el medio en el que alguien vive. La teoría de causación social, por el contrario, argumenta que el medio, particularmente si es estresante, determinará qué rasgos genéticos son los que se desarrollarán. (...) El estudio concluyó que el aumento del 14% en su nivel de ingreso a las familias indias norteamericanas que fueron investigadas tuvo un efecto mayor que el tratamiento directo en cierto tipo de desórdenes psiquiátricos. Estos resultados apoyaron la teoría de la causación social para los desórdenes de desafío y comportamentales en los niños. En otras palabras, la pobreza viene primero. (...) Esto sugeriría que los programas diseñados para tratar desórdenes de conducta en niños pobres deben estar enlazados con programas que primero y ante todo se dirijan a modificar la condición de pobreza. Elisabeth A. Peterson, en “Relief of Poverty Improves Child Mental Health”, artículo de la sección *Journal notes* del Swedish Medical Centre, Seattle, Washington, Editorial EBSCO, 2005.

<http://www.swedish.org/17534.cfm>

¿Resignamos entonces? Todo lo contrario. Muchos males son evitables, otros curables, otros atenuables. La salud misma debiera ser una conquista continua y progresiva; existe un 'nivel histórico de salud', que los hombres se proponen continuamente acrecentar. Las enfermedades no desaparecerán; pero a diferencia del pasado, hoy se puede reducir su número y su gravedad, tanto por el proceso clínico de los particulares casos morbosos como por las consecuencias sociales para los individuos afectados.²²³⁴

Por eso, la distinción conceptual entre sufrimiento y enfermedad que analicé en el capítulo III, me permite pensar que si bien es posible que incluso en una sociedad ideal no se eliminen ninguno de los dos, esta distinción permite sí arriesgar hipótesis sobre qué sufrimientos están, en todo caso, más ligados a la desigual distribución de los recursos vitales, y causan más daños desde el punto de vista físico y mental, y por lo tanto se pueden atenuar o eliminar actuando sobre esa desigual distribución. Los estudios de Wilkinson sobre la relación entre jerarquía y enfermedad que he citado²³⁵, nos permiten hacer una crítica -ya directamente ligada a la cuestión de la salud, el tema de la tesis- de esa desigual distribución de los recursos vitales.

Si las cifras muestran que una mayoría importante de la población no puede satisfacer sus necesidades básicas de existencia -como indica el panorama social²³⁶ que describí en el capítulo I- y que esa condición es fermento de la aparición de muchas enfermedades tanto físicas²³⁷ como mentales²³⁸ que no proliferarían de cambiarse esa situación, es claro que este reconocimiento -para quienes piensan en una responsabilidad de tipo solidarista- debería determinar un plan de prevención distinto al que sería adecuado de confirmarse, al contrario, una independencia de la variable pobreza y sufrimiento de la variable enfermedad y sufrimiento.

²³⁴ Giovanni Berlinguer, op. cit., pág. 129.

²³⁵ Pág. 166.

²³⁶ Págs. 20-22.

²³⁷ Ver páginas 23-25.

²³⁸ Los datos referidos a salud mental se encuentran en los anexos, págs. 217-230. Sería importante hacer un estudio más preciso sobre tipo de trastorno mental y nivel de ingreso.

Desde el punto de vista del modelo de funcionamiento normal en salud mental –modelo que adopta en principio Daniels- es enfermedad todo sufrimiento que afecta ese funcionamiento normal. Pero, como se pudo ver, es también un tema controvertido qué se considera funcionamiento normal de la especie.²³⁹ Precisamente, a raíz de los descubrimientos contundentes sobre cómo lo social afecta al individuo, Daniels sugiere en trabajos recientes, incorporar la necesidad psico-social a la necesidad médica como criterio de acceso al sistema sanitario. A mi juicio, Daniels sigue formulándose la pregunta –en el marco de la discusión de los modelos de necesidad sanitaria- sobre si la asistencia en salud mental debería estar restringida a las limitaciones creadas por los desórdenes/enfermedades definidos según el DSM-IV²⁴⁰, o deberían usarse otros criterios como los propuestos por los modelos de capacidad y bienestar.²⁴¹

Pero como dije en el capítulo III,²⁴² la noción de necesidad psico-social refleja uno de los dualismos que es necesario dilucidar: el dualismo individuo/sociedad. En realidad más que reflejarlo, pone en evidencia un aspecto del mismo. La psicología en general, el psicoanálisis, y la psicología gestáltica especialmente, han difundido la idea y trabajado clínicamente con ella, de que los lazos familiares también pueden ser o no funcionales para sus integrantes. Funcionales en el caso que propicien el desarrollo integral (físico, intelectual y afectivo) y disfuncionales en el caso contrario. Entonces, un individuo que ha estado bajo tratamiento psíquico, puede encontrarse luego de su externación con factores ambientales adversos, que provengan no sólo de aspectos económicos, sino de lazos

²³⁹ Páginas 100 y 101.

²⁴⁰ Pág. 152.

²⁴¹ Cuando Daniels plantea que el trabajo en ética práctica puede tener importantes implicaciones para la ética teórica y se refiere al debate respecto de cuál es la meta apropiada para nuestras preocupaciones sobre la igualdad o la justicia (la igualdad respecto de la felicidad, de las oportunidades de bienestar, de los recursos disponibles, o de las capacidades para hacer o ser lo que se quiera) afirma que existe mucho menos distancia de la que parece a simple vista, entre la posición de Sen –quien postula acercarse a la mayor igualdad de posibilidades de desarrollar las capacidades- y los de Rawls, *JAJ*, op. cit., pág. 12. Véase la referencia para la pregunta sobre si habría que incluir perspectivas del modelo de capacidad y bienestar para el criterio de salud/enfermedad mental, en pág. 248 del mismo libro.

²⁴² Página 112.

familiares disfuncionales. Si el criterio de necesidad psicosocial incluye entre los factores ambientales adversos a dichos lazos, contribuiría a ampliar el concepto de enfermedad, al incluir por ejemplo a la familia como entidad enferma y, por lo tanto, pasible de tratamiento. No me detendré en esto, pero dejo planteado que este aspecto de la relación entre el individuo y la sociedad, que se hace patente en la relación individuo y su familia, muestra otra de las complejidades que comporta la definición de enfermedad: la definición de cuál sería el funcionamiento normal de una familia que, como es evidente, se relacionará con la definición de funcionamiento normal de la especie.

Ahora bien, si en nuestro país se incluyera la necesidad psico social en el criterio de acceso al sistema sanitario en salud mental, sería indispensable -a mi juicio- incluir en los servicios equipos interdisciplinarios altamente capacitados que puedan realizar todos los tratamientos que resulten necesarios para la atención del sufrimiento psicológico (o de la anestesia psicológica como síntoma) de las víctimas de hechos histórico-político-sociales de consecuencias catastróficas. Al decir esto tengo en mente por ejemplo a las víctimas de la dictadura militar y sus allegados; de la guerra de Malvinas; de los atentados a la Embajada de Israel y Amia; de Cromañon; del llamado “gatillo fácil”; y también de las víctimas de la represión en la lucha por la vigencia de los derechos económicos y sociales, etcétera.²⁴³

Tampoco me detendré en esto, pero quería dejar planteado a continuación del tema familia/sociedad este otro aspecto de la constitución del individuo en una historia social que muestra otra complejidad más en la definición de enfermedad. Como ejemplo de esta complejidad cito una frase -alusiva en este caso a las consecuencias psíquicas de los

²⁴³ Este abordaje, centrado en la relación salud mental/comunidad, es ofrecido en nuestro país por el Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. En su programa de la materia Niñez y Adolescencia el Doctor Rubén Efron plantea como uno de sus ejes conceptuales “Lo Traumático y lo Social”. Dice allí: Los hechos trágicos de Carmen de Patagones y de Cromañon visibilizan una situación de profunda violencia de y contra los jóvenes que requiere la elaboración de categorías y conceptos para su abordaje. Circunstancias de este nivel de excepcionalidad requieren un análisis que trascienda las consideraciones convencionales sobre violencia e incluya otros conceptos, por ejemplo “acontecimiento”, “urgencia social”, “abordajes comunitarios en circunstancias de tragedia social.” Rubén Efron, Programa de la materia Niñez y Adolescencia, Lanús, UNL, 2005, pág. 4.

distintos exilios políticos y de la segunda guerra mundial- de la novela *Yo nunca te prometí la eternidad*, de la escritora Tununa Mercado.

“Es una atribución liviana, que escasamente alcanza para explicar la magnitud del sufrimiento en cualquier circunstancia, y menos en relación a Sonia, decir que estaba deprimida. También es conciliatorio hablar de una “enfermedad”. Desde Jeanne, amiga muy cercana, hasta Bertha, su nuera, y Pedro, su propio hijo, la incógnita acerca de los motivos de su decisión de morir ha oscilado entre esas dos opciones, la enfermedad, en el sentido físico, y la depresión, noción ésta laxa que sin embargo encierra todo aquello que pudo haber estado gravitando en ella para dar ese paso. (...) Para Bertha, el ‘drama’ que desencadenó el final tenía origen en la guerra, en los muertos: ‘El hecho de que su madre hubiera estado en un campo de concentración le pesaba, era algo que nunca hubiera querido que sucediera. Eso la lastimó de manera radical.’”²⁴⁴

No es difícil imaginar posibles sufrimientos psicológicos como consecuencia de hechos que nos tocan más de cerca en la historia social argentina.²⁴⁵

Para concluir, en cuanto al primer propósito de este apartado que era el de establecer qué es lo que causa mayor sufrimiento, las cifras en el capítulo I proporcionan una base para presumir que –si bien, como dice Berlinguer, enfermedades habrá siempre - el sufrimiento mayor surgiría en sociedades que no están “bien ordenadas”, porque tienen una injusta distribución de los bienes sociales primarios.

Aunque no existen datos que nos puedan informar sobre la relación entre la predominancia de sentimientos que no se pueden considerar como parte de una enfermedad mental, tales como la humillación, indignación, vergüenza debida a pertenecer

²⁴⁴ Tununa Mercado, *Yo nunca te prometí la eternidad*, Buenos Aires, Editorial Planeta, 2004, pág. 327.

²⁴⁵ Respecto de la relación entre la subjetividad, la enfermedad mental y la historia social, dice Gilou Garcia Reinoso "Si el sujeto está expuesto, sin mediación, a un medio en el que reina la desligazón y la pulsión de muerte, sin poder ser mitigados por jalones identificatorios -que permitirían la ligazón, la represión y la simbolización-, caerá en la psicosis, o en pasajes al acto". Gilberta Royer de García Reinoso, "Algunas consecuencias psíquicas de las transformaciones sociales", Ponencia V congreso metropolitano de psicología, Buenos Aires, 1988.

a un sector vulnerable de la sociedad²⁴⁶, y el nivel de ingreso de una población, sí tenemos datos que relacionan enfermedad en general y nivel socioeconómico²⁴⁷.

En cuanto al segundo propósito de este apartado: establecer cuál de esos sufrimientos puede considerarse enfermedad, del modelo de necesidad sanitaria de funcionamiento normal se desprende que se considera enfermedad a aquel sufrimiento que produce una alteración de ese buen funcionamiento. Si la indignación, la tristeza, la pesadumbre que conlleva estar dentro de un grupo vulnerable que depende de otros para vivir, produce sufrimiento, estos sentimientos no podrían considerarse enfermedad, dado que son sentimientos acordes con la situación que la persona padece. Al mismo tiempo que un afecto de signo negativo, esos sentimientos son información que esas personas poseen, y que a su vez constituye el motor de la comprensión necesaria para intentar modificar su situación. En este caso, esos sentimientos son una manifestación del funcionamiento normal de la especie.

Traigo a modo de caso el ejemplo de la depresión: ésta juega dos roles positivos: (1) concentra los recursos cognitivos –que son limitados- para planificar caminos que ayuden a salir de problemas sociales complejos, y (2) motiva a la familia, amigos y otros a asistir a la persona afectada para resolver el problema, explican Paul W. Watson y Paul W. Andrews²⁴⁸. La capacidad para experimentar depresión no hubiera evolucionado a menos que confiriese ciertos beneficios como los nombrados. Por lo tanto, recetar medicación para adormecer tristezas humanas que aparentemente son terribles –pero que pueden considerarse normales desde este punto de vista- puede tener como resultado la quita de un motivador y de una herramienta clave para el mejoramiento personal a partir de la comprensión del desafío que cada situación concreta comporta. Esto no significa impugnar la investigación

²⁴⁶ Que mencioné cuando hice la distinción entre sufrimiento y enfermedad en las páginas 108, 109 y 163-165.

²⁴⁷ Véase capítulo I, pág. 23-24.

en psicofármacos, sino alertar sobre la necesaria integración de dicha investigación con los últimos descubrimientos biológicos y psicológicos que aportan una vía para la comprensión de los posibles significados de los comportamientos humanos. Quiero subrayar aquí que Sigmund Freud fue pionero en el intento de descubrir los significados de los síntomas, e incluso en investigar la filogenia de la especie para comprender comportamientos.

Ahora bien, si el sufrimiento generado por la vulnerabilidad, por un lado no genera un conocimiento de sí y de su situación, y además inhibe y/o anula la capacidad de una persona para establecer vínculos, e inhibe y/o anula otras funciones vitales como el impulso y la capacidad de conseguir recursos, como ocurre en algunos casos de depresión aguda, entonces sí estamos ante una enfermedad ante la cual hay que definir un tratamiento posible.

En otras palabras, así como en el plano físico el sufrimiento es un síntoma que le indica al sujeto que debe modificar una situación dada –retirarse de la fuente de dolor, aliviar de alguna manera el daño producido, etcétera-; sin duda sucede lo mismo en el plano llamado psíquico o emocional. El dolor físico y el dolor emocional son señales que alertan al sujeto y le sirven para modificar la situación de manera de evitarlo y solucionar el problema que los produce. O sea que el dolor cumple una función: la de apartarse de la fuente que lo produce y/o modificar la situación en tal sentido. Existe una enfermedad en la que precisamente está lesionada la zona del cerebro encargada de transmitir dolor, exponiendo a la persona que la padece a innumerables peligros. Lo mismo podría decirse de la anestesia afectiva: sea cual fuere la causa que la produce –pudiendo incluso ser funcional en un primer momento, como por ejemplo en el caso de una situación post traumática- limita la capacidad plena de funcionamiento humano cuando se ve deteriorado el rol de los afectos

²⁴⁸ Paul Watson y Paul Andrews, “Toward a revised evolutionary adaptationist analysis of depression: the social navigation hypothesis”, *Journal of Affective Disorders*, Vol. 72, octubre 2002, editorial Elsevier Science LTD, Gran Bretaña, págs. 1-14.

(positivos o negativos) como receptores del medio (interno o externo) y orientadores, entre otros factores, de la acción.²⁴⁹

Reconozco la dificultad de descubrir en la práctica cuáles sufrimientos tienen ese carácter funcional/disfuncional. Lo que es claro, por el momento, es que todo sistema de salud debería tener la posibilidad de evaluarlos²⁵⁰ antes de diagnosticar enfermedad mental, y encontrar formas alternativas de ayudar a las personas sin caer en patologizar el dolor o el sufrimiento. Daniels propone que el sistema cubra un número reducido de sesiones. Personalmente creo que además sería necesario un rediseño institucional que permitiera dar contención a las personas con sufrimiento grave, aunque no sean consideradas enfermas.

El tercer propósito de este apartado era establecer cuáles de las causas que producen sufrimiento porque producen enfermedades, son evitables –de acuerdo a los datos disponibles sobre los hechos sociales de magnitud-. En primer lugar, para responder esta cuestión sería aconsejable que el diseño del sistema sanitario en general, y en particular el de salud mental, se hiciera considerando también los aspectos macrosociales de la distribución de los bienes sociales primarios, y por esa razón me he ocupado de señalar la situación económico-social de la Argentina actual, en el capítulo I. A mi juicio, esta consideración de los hechos, es también lo que guía a Daniels -como no podría ser de otro modo para quien, al igual que Rawls, tiene como norte la justicia distributiva- en su esfuerzo por diseñar un sistema sanitario justo; como he señalado en el párrafo anterior a propósito de la distinción entre sufrimiento y enfermedad.

²⁴⁹ En ese sentido se abre una importante vía de investigación: la de los afectos y su función en la especie. La teoría freudiana hizo un aporte trascendente, ya que la problemática de los afectos atraviesa toda la obra de Freud, pero se puede consultar especialmente *Inhibición, Síntoma y Angustia*, Buenos Aires, Editorial Amorrortu, Tomo XX, págs. 71-164. El tema es retomado por muchos autores, entre ellos, por la psicoanalista francesa Radmyla Zagouri de quien se puede consultar el libro recientemente publicado *Pulsiones de Vida*, Buenos Aires, Editorial Portezuelo, 2005.

²⁵⁰ Daniels propone de 3 a 6 sesiones para evaluación, como cito en la página 149 de esta tesis.

V.2.c) Diagnóstico y salud mental

El análisis de los problemas asociados a la definición biomédica de enfermedad incluye dos cuestiones previas:

1- Las objeciones al diagnóstico en enfermedad mental

2- La objeción al “dualismo mente/cuerpo”.

1- Es frecuente esgrimir que el diagnóstico de una enfermedad mental es equivalente a colocar una etiqueta²⁵¹ a los pacientes, cual si fueran un objeto. (Por lo general se trata de una objeción más amplia que cuestiona la clasificación de las enfermedades mentales). Un aspecto de esta postura, inspirada en cierto humanismo, objeta la discriminación y estigmatización del paciente que cierta psiquiatría ayuda a crear porque convierte en una cosa a las personas consideradas enfermas mentales. Esta objeción tiene suma pertinencia. En primer lugar porque generó una corriente que desde el punto de vista político ha trabajado con los derechos de los pacientes, que cuestiona los movimientos eugenésicos y, por esa vía, se relaciona con los derechos humanos. También se enlaza con la corriente antipsiquiátrica. En cierta medida fue retomada por la bioética, que enfoca su atención en la relación médico-paciente, su crítica y su mejoramiento²⁵².

Pero el otro aspecto de esta misma postura, tiene que ver con el cuestionamiento en sí de la clasificación, y esto la convierte, en mi opinión, en una posición anticientífica²⁵³. Pasa por

²⁵¹ Antipsiquiatras como Thomas Szasz llevan a sus últimas consecuencias la teoría del etiquetamiento, al señalar que toda enfermedad mental constituye una enfermedad construida profesionalmente, concluyendo en consecuencia que las principales funciones de la psiquiatría son las de control social e ideológico. Thomas S. Szasz, “The Myth of Mental Illness” en Rem B. Edwards, op. cit., págs. 22-32.

²⁵² En cuanto a la bioética, la relación médico-paciente y algunas supuestas diferencias que se observarían entre la tradición anglo-sajona y la latinoamericana, puede consultarse el capítulo que sobre autonomía y su relación con la cultura escribe Arleen Salles. Véase, Arleen Salles, “Autonomy and Culture: The case of Latin America”, en *Bioethics. Latin American Perspectives*, Amsterdam, New York, Editado por A. Salles y M.J. Bertomeu, Editorial Rodopi, 2002, págs. 9-27.

²⁵³ He presentado este aspecto de la crítica al diagnóstico en la ponencia de discusión de un caso clínico en el Ateneo Clínico organizado por la Institución Encuentro Clínico dirigida por Maria Angélica Palombo, el 30 de agosto de 1997. Silvia Woods, Buenos Aires, “El diagnóstico y las adicciones” (inédito).

alto la taxonomía -desde Linneo que en el siglo XVIII la inaugura con su nomenclatura binomial, a Woese que en 1999 divide lo viviente en tres reinos: Barchea, Archaea y Eukarya²⁵⁴- como si el esfuerzo por comprender y poner nombre a los distintos aspectos de la naturaleza no fuera un rasgo cognitivo característico de la especie humana desde que esta se constituye como tal.

Es claro a mi juicio que el intento de clasificar y comprender el mundo existe desde la aparición de la especie. Ya sea que consideremos, según dice el psicólogo Henry Plotkin, la taxonomía de los aborígenes australianos -muy parecida al sistema de clasificación linneano-, que reconoce 643 especies vivientes que clasifican en distintas categorías comenzando por una división básica, entre animales y plantas, que luego complejizan al dividir a los animales en pertenecientes a la tierra, mar y criaturas aladas, luego a las criaturas del mar en peces, mariscos y tortugas marítimas, y así en más. O que consideremos la taxonomía que llega a producir en Occidente la clasificación de los elementos químicos de la tabla de Mendeleiev. Y -ya en otra disciplina- desde la clasificación ya superada de los tipos humanos de Lombroso²⁵⁵ a la clasificación freudiana (neurosis, psicosis y perversiones), siempre nos encontramos con clasificaciones. Sea que la consideremos como algunos autores una función natural -una capacidad evolucionada e innata de comprender y ordenar el mundo natural- o producto de la agencia humana que distingue la evolución biológica del cambio cultural que la especie humana puede producir, no existe especie humana sin taxonomía aunque ésta, por supuesto, cambie con la historia de la especie y con las distintas actividades que los humanos realizan, que a su vez producen diferentes conocimientos y maneras de ordenar la realidad.²⁵⁶

²⁵⁴ Hoy la categoría superior es la de **dominio**: es cada una de las tres principales subdivisiones en que se consideran clasificados los seres vivos (Barchea, Archaea y Eukarya).

²⁵⁵ Quien invocando la ciencia natural consideraba a los anarquistas como “vagabundos, locos y asesinos”, y clasificaba a los tipos humanos en pícnicos, sanguíneos y melancólicos.

²⁵⁶ En lo esencial seguí para este tema a Henry Plotkin, *Evolution in Mind*, Harvard, Harvard University Press, 2000 y Peter Worsley, *Knowledges: Culture, Counterculture, Subculture*, New York, Editorial New Press, 1998.

Sobre la existencia en sí de la clasificación diagnóstica, sea la del DSM y el CIE²⁵⁷ o cualquiera otra, cabe plantear y ampliar para la discusión el argumento anterior; y para la crítica de cada una de las versiones, a la clasificación de Lombroso, de Ey, del DSMI, II, III, III-R, IV y IV-TR, habría que hacer un análisis del momento histórico de la comunidad “*psí*” en cada uno de ellos, cuáles eran los debates del momento en que surge cada uno, y el contexto histórico general en que aparecen.²⁵⁸ Pero no es tema de esta tesis. Sólo planteo dos dificultades diferentes que se definen al tratar el tema diagnóstico:²⁵⁹ una que deriva de la crítica a la reducción de un enfermo a los síntomas de la presunta dolencia que padece, perdiendo de vista su consideración como individuo singular, que es además una persona; y la otra dificultad que descalifica a la taxonomía como parte del abordaje de un problema, posición que no comparto, si bien entiendo la dificultad de las taxonomías.

En todo caso, una crítica pertinente a las clasificaciones diagnósticas sería la dirigida a quienes pretenden considerarlas como algo fijo e independientemente del contexto histórico y social en el que surgen o incluso de los intereses a los que puedan responder.

2- Mencionada ya la cuestión diagnóstica, paso a exponer el problema del dualismo mente/cuerpo que tiene que ver con una vieja preocupación de la historia del pensamiento

²⁵⁷ La clasificación de las enfermedades que se usa en Europa, y es compatible con el DSM.

²⁵⁸ Para un estudio analítico del concepto de desorden mental y de las dificultades para definirlo y clasificarlo, ver Jerome C. Wakefield, “The concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values” en *Ethics of Psychiatry: Insanity, Rational Autonomy and Mental Health Care*, op. cit., págs 63-93. Más adelante trabajaremos con algunos de sus conceptos.

²⁵⁹ De todas maneras casi todos los manuales de psiquiatría y psicología que se ocupan de la clasificación de los trastornos mentales hacen advertencias sobre la prudencia en el uso y sobre el peligro del diagnóstico deshumanizado. El DSM-IV por ejemplo tiene un apartado sobre Limitaciones del enfoque categorial: “El DSM-IV es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. Un enfoque categorial es siempre más adecuado cuando todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos, cuando existen límites claros entre las diversas clases y cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes. Sin embargo, deben reconocerse las limitaciones del sistema de clasificación categorial. En el DSM-IV no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco hay certeza de que todos los individuos que padezcan el mismo trastorno sean completamente iguales. El clínico que maneje el DSM-IV debe considerar que es muy probable que las personas con el mismo diagnóstico sean heterogéneas, incluso respecto a los rasgos definitorios del diagnóstico, y que los casos límite son difíciles de

filosófico. Como no me voy a ocupar del problema en general sino en relación con las enfermedades mentales, considero útil la síntesis que hace Henry Ey sobre las distintas corrientes en psiquiatría. Recuerdo aquí que –como dije– el autor opta por una definición denotativa de enfermedad mental para clasificar dichas corrientes²⁶⁰. Las agrupa como “los cuatro puntos cardinales” de las teorías en esa disciplina, e intenta mostrar de una manera clara la historia de la disputa alrededor del tema. Me detendré en exponerla.

2.1- Ey describe un primer grupo de teorías que denomina organomecanicistas,

“...que, por hipótesis, consideran que las enfermedades mentales tienen una etiología orgánica. Pero se trata de teorías *organomecánicas*, en el sentido de que el esquema etiopatogénico que proponen o postulan consiste en reducir las enfermedades mentales a fenómenos elementales directamente engendrados por lesiones cerebrales. El ejemplo típico de esta interpretación teórica es el proporcionado por las relaciones entre el delirio y la alucinación: el delirio está basado en la alucinación *causada* por la excitación mecánica de un centro sensorial.(...) Las *ventajas* de esta concepción son dobles. En primer lugar la enfermedad mental es concebida como el efecto de un proceso cerebral, lo que permite considerarla de acuerdo con la observación clínica como una enfermedad, un accidente patológico en el sentido verdadero y médico del término. Por otra parte, esta concepción responde a la naturaleza íntima del trastorno mental, el cual se revela al análisis como una anomalía y no tan sólo como una simple variación psicológica de la vida de relación. Las *dificultades* con que tropieza son las que derivan del sentido y de la psicogénesis de los síntomas y de ciertas enfermedades mentales (psicosis reactivas, relación del cuadro clínico con las tendencias afectivas, influencia de las situaciones y de los conflictos, etcétera.).

Como advierte Ey y comparto, el *peligro* de esta posición es el de ‘mecanizar’ la enfermedad mental y sustraerla prácticamente a toda tentativa de comprensión psicológica por parte del clínico, y a todo esfuerzo psicoterapéutico por parte del terapeuta.

diagnosticar, como no sea de forma probabilística.” *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), págs. 21-22, Editorial Masson, S.A., 1995, Barcelona, España.

²⁶⁰ Ver página 158.

2.2- En segundo lugar, Ey describe las teorías psicodinámicas del inconsciente patógeno²⁶¹.

“La presión que la hipnosis ejerce sobre la conducta y las tendencias del sujeto implica la liberación de sus fuerzas inconscientes. Este hecho (la hipnosis) ha sido genialmente explotado (Breuer y Freud) para proponer una teoría del inconsciente patógeno en psiquiatría. Toda la obra de Freud, todo el cuerpo doctrinal edificado por él y que su escuela psicoanalítica ha desarrollado (Abraham, Ferenczi, Jones, etc.), constituyen una teoría psicogenética²⁶² de las neurosis, consideradas como el efecto de fuerzas inconscientes, que, progresivamente, se ha extendido al campo de la psicosis. Ya se trate de los psicoanalistas ortodoxos o de los disidentes (Steckel, Jung, Alexander, Mélanie Klein, etc.), el modelo teórico que define este movimiento doctrinal es sensiblemente el mismo. Se apoya en dos puntos esenciales: 1º, el inconsciente representa un sistema de fuerzas afectivas reprimidas que no se manifiestan clínicamente sino por una distorsión simbólica de su sentido (síntomas neuróticos, obsesiones, ideas fijas, delirios, alucinaciones, trastornos de la conciencia, etc.), de tal manera que la formación simbólica del pensamiento onírico constituye el modelo de los mecanismos psicopatológicos; 2º, el inconsciente está constituido por fuerzas instintivas (Ello) o represivas (Supero-Yo) que, en el curso del primer desarrollo libidinal del niño, cuando se establecieron sus primeras relaciones objetales, formaron sistemas afectivos (complejos de frustración, de Edipo, de castración, etc.). El conflicto de estas fuerzas inconscientes con el Yo y la realidad es el que determina las enfermedades mentales. En tanto que en los primeros tiempos del movimiento psicoanalítico se ponía en primer término el papel patógeno de los acontecimientos de la vida infantil (traumatismos sexuales de la infancia), desde hace 50 años el psicoanálisis ha evolucionado hacia una acentuación de las nociones de fijación o regresión a los estadios arcaicos de las primeras relaciones objetales.”

Es cierto que, como Ey pone en evidencia, el psicoanálisis después de Freud ha centrado su interés en distintos aspectos de la teoría y de la clínica de acuerdo a distintas controversias en las que no me detendré aquí. La línea freudiana más pura siguió su investigación interesada por los estadios pregenitales (sádico-anal, oral) y los fantasmas de fragmentación

²⁶¹ Algunas de cuyas características consigné en una nota al pie del capítulo III, cuando expliqué los factores psicodinámicos de la enfermedad mental. Pág. 122 de esta tesis.

del cuerpo; la que sigue a Melanie Klein, por la introyección de ‘objetos malos’; y la norteamericana por las funciones del Yo (Egopsychology). Los matices y diferencias en los distintos autores son notorios, como por ejemplo en la definición del Yo, a tal punto que algunos teóricos del psicoanálisis suponen –opinión que no comparto- que para Freud era una cosa sin importancia, mientras que quienes siguen en ese punto a Anna Freud lo consideran principalmente un sistema de defensas; mientras que otros – Hartman y Federn por ejemplo- lo conciben, en contraste con el ello, como poseedor de cierta autonomía.

En cuanto a esta corriente, finalmente dice Ey:

Otra tendencia también importante (J. Lacan) concede más importancia al juego libre (la energía no ligada, según Freud) de los significantes que circulan o forman cadenas en el Inconsciente, en esa región del ser que, como hemos visto, forma el lecho de lo Imaginario, o incluso, de lo Simbólico. De ahí la fórmula famosa: el Inconsciente está estructurado como un lenguaje, lo que sólo puede tomarse en un sentido metafórico. (...)

Las *ventajas* de esta posición doctrinal consisten esencialmente (como en el caso de las tendencias psicogénicas consideradas más arriba) en su perspectiva optimista y terapéutica (lo que depende de las relaciones sociales, aun cuando fuesen originales, puede ser modificado por la relación psicoterapéutica) y también en que aprehende la enfermedad en lo que ella es, es decir una producción simbólica e imaginaria en la cual los síntomas tienen un sentido. Las dificultades y los límites con que se enfrenta esta concepción derivan del hecho de que la enfermedad mental, en general, o si se quiere todo el campo de la psiquiatría, no puede ser concebido fuera de la patología orgánica (hereditaria o adquirida) que condiciona de manera manifiesta ciertas formas típicas (psicosis agudas y crónicas, anomalías congénitas del desarrollo psíquico). Ofrece el riesgo (lo mismo que las teorías psicogénicas de los factores ambientales, con las cuales está relacionada) de negar la enfermedad como tal.”

Como señala Ey y también comparto, la ‘Psiquiatría dinámica’, directamente relacionada con el descubrimiento del Inconsciente (véase H. F. Ellenberger, 1970) constituyó por cierto una reacción necesaria contra el modelo mecanicista. Sin embargo, tiende a extender

²⁶² En nota al pie Henry Ey dice: “preferimos utilizar el término de ‘psicodinámica’ al de ‘psicogenética’

abusivamente su campo, reduciendo al hombre 'llamado normal' o 'llamado enfermo' a un denominador común: el Inconsciente que, a su vez, es concebido de maneras diferentes por las distintas líneas de pensamiento psicoanalíticas.

2.3- En tercer lugar Ey describe las teorías sociopsicogénicas de los factores del medio o sociopsicogénesis:

“...En todo tiempo se ha pensado que la locura obedece a *causas morales* y estos factores morales han sido buscados en las situaciones más o menos dramáticas de la existencia (emociones, acontecimientos sociales, catástrofes, pasiones, decepciones sentimentales, duelos, abandono). Estas causas 'morales' se reducen siempre a un radical común: *el papel patógeno de las dificultades de la existencia*. (...) Esta teoría ha sido replanteada de otra forma, y muy especialmente a propósito de las neurosis, por la psiquiatría contemporánea. Sobre todo por las teorías que consideran las enfermedades mentales como reacciones psicogénicas a las situaciones vitales o como fracasos de adaptación ('maladjustments', condicionamiento nocivo por los factores ambientales). La escuela anglosajona ha concedido una enorme importancia patogénica a esta 'formación' por así decir exógena (según la *Gestaltpsychologie* behaviorista) de conductas inadaptadas. A este movimiento doctrinal están vinculados los interesantes estudios sobre las neurosis experimentales (Pavlov, Gant, Masserman) que han 'condicionado' en el animal anomalías del comportamiento comparables a las enfermedades mentales del hombre (ansiedad, conductas de fracaso, confusión, consecutivas a conflictos entre estímulos o entre estímulos e instintos). La patogenia ecológica (factores ambientales) se ha extendido a formas más graves de enfermedades mentales (melancolía y manía reactivas, delirios paranoicos de interpretación o de relación, reacciones esquizofrénicas, etcétera). Las *ventajas* de esta concepción, o, si se quiere, el valor 'heurístico' de esta hipótesis de trabajo, reside en su carácter optimista y pragmático, puesto que una interpretación tal del hecho psicopatológico, lo sustrae radicalmente, por así decir, a la desesperante perspectiva de las enfermedades 'endógenas' o 'lesionales'. Las dificultades con que tropieza derivan naturalmente de las exigencias que plantean hechos tales como la herencia, la constitución y la patología orgánica, que se acomodan mal a esta 'psiquiatría fluida'. Su peligro doctrinal proviene de una

porque es el que se emplea más en la literatura internacional.

inextricable confusión entre la noción de enfermedad mental y las variaciones de la vida de relación, lo cual implica, para cada uno de nosotros, una posibilidad de reacciones estadísticamente anormal.”

En síntesis, con este tipo de teorías según Ey se corre el riesgo de, incluso, negar la enfermedad mental. Ya que –por su concepción de lo psíquico- se encuentra con la imposibilidad de definir y de aprehender la enfermedad mental. Por eso afirma que tanto el culturalismo antropológico como el axiomatismo topológico o lógico de las teorías de la comunicación tienden a esta forma de negación de la Psiquiatría (denominada Antipsiquiatría), exponiéndose con ello no solamente a negar la Psiquiatría, sino incluso, a ‘nivelar’ mediante el juego de las estructuras elementales, toda posibilidad de organización personal, toda autonomía relativa del hombre con su medio –autonomía que denominan relacional-.

2.4- Y por último describe las teorías organogénicas dinamistas.

“Al igual que las teorías orgánicas mecanicistas estas teorías admiten un proceso orgánico que constituye el substrato hereditario, congénito o adquirido de las enfermedades mentales. Ahora bien, se distinguen de aquéllas en no hacer depender los síntomas de las lesiones de una manera directa y mecánica. Dicho de otra manera, a pesar de admitir la acción determinante de un proceso generador cerebral o más generalmente somático, atribuyen un papel considerable a la dinámica de las fuerzas psíquicas en la estructura o, si se quiere, a la constitución del cuadro clínico y la evolución de las enfermedades mentales. (...) En efecto, en esta perspectiva: 1º el organismo y la organización psíquica que de él emerge o se superpone constituyen un edificio dinámico y jerarquizado resultando de la evolución, de la maduración e integración de las estructuras estratificadas de las funciones nerviosas, de la conciencia y de la persona; 2º la enfermedad mental es el producto de una disolución, de una desestructuración o de una anomalía del desarrollo de este edificio estructural; 3º el proceso orgánico es el agente de este accidente evolutivo: su acción es destructiva o negativa; 4º la regresión o la inmaduración a tal o cual nivel da a la enfermedad mental su fisonomía clínica, la correspondiente a una organización positiva. (...) Esta doctrina descansa sobre la noción de estructura jerarquizada

del ser psíquico desde sus instintos, su función neurovegetativa y sus funciones neuropsíquicas hasta las formas superiores de integración del comportamiento, del pensamiento y de la persona. (...)

Las *ventajas* de esta posición doctrinal consisten esencialmente en su capacidad de síntesis de los puntos de vista organogénicos y psicogénicos. Esta concepción es, en efecto, organogénica en el sentido de postular por hipótesis un desorden orgánico como proceso generador (factor de inmaduración o de disolución). Es psicodinámica al considerar las enfermedades mentales como una organización a niveles inferiores de la vida psíquica, la cual interviene como agente constitutivo en la estructura de los síntomas y da un sentido a cada forma de existencia patológica. Las *dificultades* con que tropieza esta teoría provienen de las formas mórbidas, las cuales se presentan clínicamente como reacciones o producciones que parecen incompatibles (de otro modo que verbalmente) con un déficit regresivo.

El peligro que amenaza a los sustentadores de esta concepción reside esencialmente en su abstraccionismo y en el hecho de ser una construcción teórica que corre el riesgo de sustituir la observación de los hechos por criterios puramente hipotéticos sobre la evolución y la estructura jerarquizada del ser psíquico. (...) Estas cuatro posiciones doctrinales no son siempre mantenidas en forma sistemática por los autores, los cuales, más o menos eclécticos, adoptan tal punto de vista o tal otro. Pero se trata de posiciones básicas, de tendencias doctrinales que definen bastante bien, por cada cual, el espíritu según que considera los problemas psiquiátricos.”²⁶³

El hecho de incluir aquí esta explicación del psiquiatra francés tiene el sentido de dar una idea de la complejidad de los problemas que abarca la noción de “enfermedad mental”. No significa que considere que ésta sea la única manera de clasificar las doctrinas de la concepción de lo mental y sus patologías; aunque su exposición es, en mi opinión, exhaustiva, y sobre todo tiene la virtud de acompañar el razonamiento que está implícito en cada una de las corrientes, marcando las ventajas y dificultades de cada una de ellas.

2.5- Luego de la presentación de la manera en que Ey agrupa a las distintas corrientes en psiquiatría, según la concepción que tengan de la etiología de la enfermedad mental, cabe

señalar que una posible vía de solución al dualismo mente/cuerpo implicado en estas doctrinas, podría ser la crítica al “modelo estándar en ciencias sociales”, así denominado por John Tooby y Leda Cosmides. Aunque no es mi tema de tesis, querría dejarlo planteado.

La complejidad rica de cada individuo es producida por una arquitectura cognitiva, incluida en un sistema fisiológico, que interactúa con el mundo social y no social que la rodea. Así los humanos, como todo otro sistema natural, están enclavados en las contingencias de una larga historia con leyes, y explicar cualquier hecho particular acerca de ellos requiere el análisis conjunto de todos los principios (leyes) y contingencias implicadas. Romper esta matriz de causalidad sin fisuras –intentar desmembrar al individuo en aspectos ‘biológicos’ versus ‘no-biológicos’- es abrazar y perpetuar un dualismo antiguo endémico en la tradición cultural Occidental: material/espiritual, biológico/social, biológico/cultural. Esta visión dualista expresa solamente una versión premoderna de la biología, cuya garantía intelectual ha caducado.²⁶⁴

En el campo de la salud mental, el dualismo mente cuerpo llevó al extremo de considerar a las enfermedades físicas como mera expresión de conflictos psíquicos, definidos éstos a su vez de diversas maneras. Quizás ésta ha sido una respuesta a la posición opuesta que no establecía ninguna relación entre los aspectos físicos de la enfermedad y sus aspectos psicosociales.

En su crítica al modelo estándar de la ciencia social, Tooby y Cosmides señalan que el modelo estándar de la ciencia, es atractivo no sólo para los científicos sociales que sostienen el dualismo natural/cultural, sino también para quienes suponen que los que como ellos, se ocupan del fenómeno biológico, son los que poseen un temperamento

²⁶³ Henry Ey, op. cit., págs. 60-68.

²⁶⁴ Jerome Barkow, Leda Cosmides, John Tooby, *The Adapted Mind, Evolutionary Psychology and the Generation of Culture*, New York, Oxford University Press, 1995, págs. 21. Para ampliar esta temática, consultar la traducción en castellano de *Mapping the mind. Domain Specificity in Cognition and Culture*, Hirschfeld, Lawrence y Gelman Susan A., *Cartografía de la mente. La especificidad de dominio en la cognición y en la cultura*, Vol. I y II, Barcelona, Editorial Gedisa, 2002.

científico “verdadero”. La doctrina del Modelo Estándar –que divide tajantemente las tareas entre los que se ocupan de los fenómenos naturales y quienes se ocupan de la cultura- les garantiza, *a priori*, que su trabajo no puede tener implicaciones que violen creencias socialmente santificadas acerca de los asuntos humanos: esa división de tareas les asegura que la biología está intrínsecamente desconectada del orden social humano y “libera a aquellos que están en las ciencias biológicas para seguir su investigación en paz, sin tener que temer que puedan accidentalmente tropezar dentro o correr en colisión con temas sociales o políticos altamente cargados. Les ofrece un salvoconducto a través del politizado campo minado de la moderna vida académica.”²⁶⁵

El modelo epistemológico que estos autores denominan modelo estándar de la ciencia social comporta entonces una noción dualista de la ciencia, en la que los científicos naturales tratan con el mundo no humano y el costado “físico” de la vida humana, mientras que los científicos sociales son los custodios de las mentes humanas, del comportamiento humano, y, en realidad, de todo el mundo humano mental: moral, político, social, y cultural. A conciencia, pero con muchas consecuencias a veces imperceptibles, tanto los científicos sociales como los científicos naturales han contribuido a que resurja un arcaico dualismo mental/físico, materia/espíritu, natural/humano.

A este tipo de dualismos habría que agregar el de individuo/sociedad, que trabajé al explicar los problemas que surgen de preguntarse por la cuestión de la etiología de la enfermedad: ¿es la sociedad la que enferma al individuo? ¿O es el padecimiento de enfermedades independiente de la sociedad en que el individuo vive?²⁶⁶

²⁶⁵ J. Barkow, J. Tooby, L. Cosmides, op. cit., págs. 48-49.

²⁶⁶ En mi opinión, la polémica mencionada en el capítulo II de la tesis, referida a la propiedad de y/o el mérito por los talentos también refleja en parte la dificultad que comporta pensar los problemas a partir del dualismo individuo/sociedad. La discusión a fondo de la responsabilidad individual por la enfermedad, que es muy importante, también está conectada con el dualismo individuo/sociedad. La dejo expresamente de lado porque se conecta con temas jurídicos –aunque no solamente- que no están dentro de mis posibilidades abordar en esta tesis.

Al finalizar este comentario sobre el dualismo en la ciencia, quiero traer a colación aquí, a propósito precisamente del dualismo en el campo de la noción de lo mental, los dichos de Freud en su conferencia “En torno de una cosmovisión”, olvidada por muchos que quieren alistar al psicoanálisis en un lugar distinto al de la ciencia:

“Como ciencia especial, una rama de la psicología -psicología de lo profundo o psicología de lo inconciente-, es por completo inepta para formar una cosmovisión propia; debe aceptar la de la ciencia. (...)...pues espíritu y alma son objeto de investigación científica exactamente como los son cualesquiera otras cosas ajenas al hombre. El psicoanálisis posee un título particular para abogar aquí a favor de la cosmovisión científica, puesto que no puede reprochársele haber descuidado lo anímico en la imagen del universo. Su contribución a la ciencia consiste, justamente, en haber extendido la investigación al ámbito anímico.”²⁶⁷

A mi juicio, hoy existen muchas posibilidades –dado el avance tanto de las ciencias médicas como de las psicológicas- de tener un abordaje integrado del campo de lo mental, que retome el intento de responder las innumerables preguntas que la ciencia sigue en el esfuerzo de responder. Una ciencia entendida como actividad humana, esto es histórica y político-social cuyo objetivo se resume en liberar a la especie de constricciones informativas.²⁶⁸

V.3. 1- Objeciones al “modelo médico”. Esbozo de una teoría alternativa y complementaria

El factor psico-social de la enfermedad nos lleva de una manera directa a la discusión del modelo médico y su concepto de enfermedad.

Para sintetizar los distintos tipos de objeciones al modelo médico, plantearé la crítica de Eduardo Menéndez, antropólogo social especializado en problemas de Antropología

²⁶⁷ Sigmund Freud, “En torno a una cosmovisión”, *Obras Completas*, Tomo XXII, Buenos Aires, Argentina, Editorial Amorrortu, 1989, pág. 146-147.

²⁶⁸ Antoni Doménech, “Memoria Académica: De La Ciencia Social a la Filosofía de la Ciencia: Un viaje de Ida y Vuelta”, pág. 17.

Médica, quien introdujo el concepto de Modelo Médico (MM), que define a través de la investigación histórica del papel que ha jugado la medicina hasta el presente.

Existen varias versiones de la crítica al modelo médico, pero elegimos la suya²⁶⁹ por su énfasis en la perspectiva histórica, lo cual permite la legitimación de una mirada no profesionalizada de la enfermedad de manera que el saber médico -aunque muy importante- pase a ser *una* parte del proceso de atención y prevención de la enfermedad.

Según Menéndez, el modelo médico puede resumirse en cuatro dimensiones: económico-política, institucional, saber médico y, por último, la ideológica.

a) La dimensión económico-política: El surgimiento y desarrollo de la biomedicina se da en los países de mayor desarrollo capitalista, donde la concentración de las invenciones y propuestas biomédicas se producirá cada vez más en un reducido número de centros (Inglaterra, Francia, Alemania, EEUU.) desde los cuales se difundirán hacia los países periféricos. Es así que:

“...frente a las propuestas liberales y neoliberales que se oponen o limitan la implantación de la seguridad social a cargo del estado, en el interior del capitalismo se desarrollan propuestas populistas y socialdemócratas que impulsan otras alternativas dentro del desarrollo capitalista, y en particular respecto del sector salud, ya que serán éstas las que promuevan la seguridad social.”²⁷⁰

Es de sumo interés la puesta en primer plano que el autor hace de varios hechos: a) de los procesos de transformación de la propia profesión médica, desde el profesional liberal independiente hasta el asalariado de una institución de salud; b) de las consecuencias negativas generadas en la salud/enfermedad por las nuevas condiciones de trabajo y de vida en las ciudades, lo que produce condiciones para la intervención del estado; c) de cómo de

²⁶⁹ Para este punto me basé en el texto de Eduardo L. Menéndez, “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores” (1978), en la revista *Salud Colectiva*, Volumen 1, número 1, Enero/Abril 2005, publicación científica cuatrimestral editada por Salud Colectiva Centro de Estudios para la Salud con el auspicio de la Universidad Nacional de Lanús, 2005.

²⁷⁰ Eduardo Menéndez, op. cit., pág. 20-21.

manera coherente con lo anterior, los economistas de la etapa imperialista desarrollarán el concepto de capital humano y de la salud como parte de ese capital, a partir de una concepción claramente mercantilizada de la fuerza de trabajo y de su salud, que fundamenta la necesidad de intervención del estado en el área.

Destaca el autor que el siglo XX se caracterizó por un incremento constante del Sector Salud dentro del estado, y por un desarrollo de la industria de la salud e industria de la enfermedad, hasta constituirse en una de las más dinámicas industrias, y el consumo en salud se constituyó en uno de los principales rubros tanto del gasto, familiar y nacional. Por eso será uno de los ejes de las políticas de bienestar de los países capitalistas y socialistas.

A partir de esta manera de concebir la dimensión económico-política del denominado modelo médico se puede deducir que para el autor, tanto el estado de bienestar como los modelos universales de atención de la salud son exclusivamente elementos que existen para mantener en condiciones una fuerza de trabajo. Si no se tiene en cuenta en cambio, su constitución histórica compleja, se puede concebir su desmantelamiento como un resultado irreversible, quedando en consecuencia sin elementos para defender el sistema universal de salud en los casos en que todavía existe, o para luchar por él, en el caso contrario.

b) La dimensión institucional: Es sabido, como recuerda Menéndez, que los médicos fueron aprendiendo su práctica en el hospital mediante ejercicios terapéuticos que se aplicaban, sobre todo, a pacientes de estratos sociales bajos.

El mismo proceso capitalista fue generando instituciones que intentaron ofrecer servicios de calidad en los tres niveles de atención a toda la población, como por ejemplo el Servicio de Salud Británico en los años 40 o el Instituto Mexicano del Seguro Social en los 50.

Como es harto conocido, otra característica de las instituciones de salud es la despersonalización y burocratización que afecta particularmente la relación médico/paciente en las instituciones.^{271 272}

Lo cierto es que desde el punto de vista institucional, el MM sufre una evolución que va desde trabajo artesanal de bajo costo hasta una etapa que el autor denomina industrial.

c) La dimensión saber médico: Según Menéndez, el saber médico implica: a) la teoría, b) la profesión y c) la práctica. En la teoría imperan las concepciones biologicistas, que el autor caracteriza como un enfoque empírico/positivista/causalista. En cuanto al establecimiento de la medicina como profesión, señala que se establece como forma dominante durante la segunda mitad del siglo XIX. Por último, en lo que tiene que ver estrictamente con la práctica médica destaca, como ya vimos, la diferencia entre la práctica privada y la hospitalaria, y también el fenómeno de la medicina de especialidades²⁷³, que liga tanto con el desarrollo técnico/científico de la biomedicina como al surgimiento de capas sociales con capacidad de consumo, por lo que –nótese- toda una serie de problemas prioritarios de salud no dará lugar al desarrollo de algunas especialidades, como fueron y son el caso de las enfermedades ocupacionales y también de las enfermedades mentales.

²⁷¹ Este último factor es importante porque crea las condiciones para que ciertos temas de la bioética hayan colonizado tan rápidamente la agenda pública, sin ser los más importantes en cuanto a las causas de su surgimiento. Menéndez cita toda una serie de estudios sobre las demandas de atención médica en México: “cuando un paciente de clase baja o media baja tiene capacidad de compra, concurre en primera instancia al médico privado, aun siendo derecho habiente de un sistema público de seguridad social, reservando la utilización de este último para la hospitalización o para la obtención de medicamentos”. El autor explica que esta evidencia condujo a proponer soluciones, algunas de tipo psicológico, especialmente en los EEUU. Propusieron sobre todo mejorar la relación médico/paciente, favoreciendo una mejor comunicación, lo cual implicaba educar a la población. Pero con acierto afirma que si bien estas propuestas podían ser parcialmente eficaces, no modificaban las características dominantes de la relación institución/paciente, que obedecen a condicionantes políticos, económicos y culturales que no pueden ser reducidos a la mejora de la comunicación. *Salud Colectiva*, op. cit., pág. 23.

²⁷² El autor explica que esta evidencia condujo a proponer soluciones, algunas de tipo psicológico, especialmente en Estados Unidos. Propusieron sobre todo mejorar la relación médico/paciente, favoreciendo una mejor comunicación, lo cual implicaba educar a la población. Pero con acierto afirma que si bien estas propuestas podían ser parcialmente eficaces, no modificaban las características dominantes de la relación institución/paciente, que obedecen a condicionantes políticos, económicos y culturales que no pueden ser reducidos a la mejora de la comunicación. *Salud Colectiva*, op. cit., pág. 23.

²⁷³ Menéndez plantea que en la medicina de especialidades el cuerpo pasará de ser considerado una suma de partes a ser reducido a una parte aislada, donde cada una tienen la denominación de la especialidad que se hace cargo de la misma. Op. cit., págs. 24-25.

Respecto a la especialización, el médico sanitarista Aldo Neri considera que constituye uno de los polos de la contradicción en la que se debate la medicina moderna. La creciente complicación de los conocimientos y destrezas necesarios para ejercer la práctica médica, exige una especialización aunque, desde el polo opuesto, cada vez hay más datos que abogan por entender al hombre como una compleja unidad bio-psico-sociológica y que por lo tanto confirman la necesidad de una atención personalizada, humanizada e integral que –como recuerda Neri– tan bien definió Laín Entralgo²⁷⁴ y que tan lejos está de la actitud de profesionalización corporativa que critica Menéndez.

Considero que el proceso de profesionalización, articulado fuertemente con el de mercantilización que describe Menéndez para el caso de los médicos, es adecuado para pensar también las otras profesiones ligadas a la atención de la salud, y en salud mental para el caso de los psicólogos y psicoanalistas.²⁷⁵

Y respecto del modelo médico, todo el proceso que describe y que incluye el incremento constante del personal de salud como profesionales y técnicos asalariados, conducirá a la emergencia de procesos que lo vinculan más aún con las condiciones socioeconómicas de cada sociedad; condiciones que, en particular con referencia a nuestro país, examiné en el capítulo I.

Por otro lado, Menéndez describe en esta dimensión del saber médico, cómo el investigador se va constituyendo cada vez más en el profesional hegemónico dentro del sector y cómo esta situación va cambiando la relación médico/paciente:

Los productos de la investigación biomédica constituyen uno de los principales factores que posibilitan la hegemonía biomédica (...) lo cual a nuestro juicio expresa simbólicamente la creciente despersonalización de la práctica médica (en la que un profesional) opera como una

²⁷⁴ Aldo Neri, op. cit., pág. 26.

²⁷⁵ Silvia Woods, “Psicoanálisis y Política”, trabajo presentado en el congreso de los Estados Generales París, 2000, y expuesto en las Primeras Jornadas sobre “Cultura, Crisis y Desarrollo Social, efectuada los días 1 y 2 de noviembre de 2002 en la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires en la ciudad de Tandil.

correa de transmisión entre sus pacientes y las técnicas diseñadas fuera del ámbito inmediato de su trabajo como médico.

Y así, otro aspecto que destaca, y que es de vital importancia para los temas de ética aplicada a la salud es el del análisis socio histórico de cuáles son los sujetos que se utilizan en las investigaciones biomédicas, que “no pertenecen casi nunca a los estratos sociales medios y altos”.²⁷⁶

La dimensión ideológica: La biomedicina se constituye no sólo en función de las clases dominantes sino del conjunto de las clases sociales, ya que las enfermedades infectocontagiosas que constituían las principales causas de mortalidad a fines del siglo XIX afectaban en mayor medida a las clases bajas urbanas. Cuando esas enfermedades son controladas, tanto la clase dominante como la subalterna atribuirán esos méritos a la biomedicina y, en consecuencia, los trabajadores urbanos demandarán cada vez más atención biomédica.

Para Menéndez el sector salud –incluyendo los médicos– no reconoce la ingerencia de procesos sociales e ideológicos en su saber profesional. Pero esto se evidencia en una serie de concepciones ideológicas que asumen como criterios técnicos:

“Éste (el sector salud) tiene una concepción de la población como pasiva, pero ocurre que cuando este sector aplica acciones de participación social, se caracterizan por su verticalismo, autoritarismo y asimetría”²⁷⁷

Para el autor, la medicina –en especial la psiquiatría– como control social, merece una mención aparte. Transitar por la lectura de autores que permiten apreciar esta dimensión de control, convoca a ser prudentes y “no convertir todo acto médico en un acto de control

²⁷⁶ Florencia Luna, en su artículo “Investigación en los países en desarrollo: Cuestiones éticas”, llega a la conclusión que por todos los problemas anteriormente citados en los países en desarrollo se deben extremar los recaudos para que se mantengan las salvaguardas sobre los sujetos de investigación, se evalúe la relación costo-beneficio y se proteja a las poblaciones más vulnerables. De ninguna manera los derechos de las personas pobres y sin educación deben llevar a maneras más fáciles y rápidas de implementar investigaciones. Véase Florencia Luna, “Research in Developing Countries: The Ethical Issues”, en *Bioethics, Latin American Perspectives*, op. cit., págs.125-140.

²⁷⁷ E. Menéndez, op. cit., pág. 28.

social”, como he señalado cuando abordé el problema de la objeción “etiqueta” a la cuestión diagnóstica. Entiendo que Menéndez es conducido a esta apreciación al reconocer los límites de una concepción estructuralista a ultranza, reconocimiento que a mi juicio es acertado. Cito:

“Ahora bien, estas acciones ‘de control’ más o menos planificadas y a través de formas centralizadas o descentralizadas de operación, son producto normal del desarrollo capitalista –y obviamente también de los países de socialismo real- para asegurar un mínimo de salubridad y protección a la salud de los conjuntos sociales, lo cual no niega que también constituyen medidas reales o potenciales de control social e ideológico.”²⁷⁸

Menéndez recuerda que este tipo de actividades de control social fue complementado por el trabajo social en las comunidades y en especial en los grupos familiares que, en países como Estados Unidos, llevó en algunos casos a transformarse de control social a control ideológico: “Para ellos, la explicación de las patologías radica en las características individuales de la madre soltera, de la prostituta o del alcohólico, y no en las condiciones sociales donde viven los sujetos. En consecuencia, promueven un tipo de acciones basado en la salvación individual, dado que para ellos el problema no está en el sistema social sino en el individuo.”²⁷⁹ Estas últimas explicaciones sobre la etiología estrictamente individual de la enfermedad mental que cita Menéndez, remiten al problema de cómo lo social afecta al individuo y desafían los resultados de los descubrimientos que cité²⁸⁰. Cabe recordar en ese sentido que -como he explicado anteriormente- Daniels sugiere en trabajos recientes la incorporación de la necesidad psico-social a la necesidad médica como criterio de acceso al sistema sanitario en salud mental.

²⁷⁸ E. Menéndez, op. cit., pág. 29.

²⁷⁹ *Ibidem*.

²⁸⁰ Véase página 166-167.

V.3. 2- Resumen de críticas al “modelo médico”

Después de este largo recorrido e inspirados por el análisis que del modelo médico hace Menéndez, entiendo que las críticas al modelo biomédico son de tres clases diferentes:

1-Las críticas al biologismo: Uno de sus aspectos recurrentes es la acusación de la a-historicidad del modelo médico, que se analiza cuando se investiga el desarrollo de su institucionalización. Como bien plantea Graciela de Ortúzar en un trabajo ya citado,²⁸¹ al considerar Daniels la definición de bienestar dada por la Organización Mundial de la Salud –OMS, y categorizarla como una definición comprehensiva de salud²⁸², este autor cuestiona –en un primer momento- la inclusión en la definición de salud de los factores psicológicos y sociales que influyen en ella. Más tarde admite la necesidad de incorporar lo psicosocial en el criterio de acceso, pero cree que los factores sociales deben ser considerados en forma independiente, como “determinantes sociales”. Pero el problema a definir entonces es si la salud es un evento biológico, algo dado y fijo, que puede verse afectado por diversos factores; o si es un proceso que depende para su constitución de múltiples factores (visión unicausal vs. visión multicausal). También deberíamos responder –plantea de Ortúzar- en qué medida se puede definir a la salud, en el nivel práctico y no teórico, separándola de los determinantes sociales. La salud, en el plano práctico, no es un estado, una condición pre-existente o una condición ideal. Comparto profundamente la preocupación por tener en cuenta este problema a la hora de definir criterios de acceso al sistema sanitario, y creo que esta preocupación no es incompatible con apuntar a lograr una definición de enfermedad lo más integral posible y que de cuenta de su complejidad, evitando así el reduccionismo biológico.

²⁸¹ Ver nota al pie página 99.

²⁸² Para una comprensión histórica de la definición de salud de la OMS, ver lo planteado por el Dr. Galli en la nota al pie de la página 98.

Destaco que, en un artículo recientemente publicado, Daniels admite ya la posibilidad de que el factor social no sea sólo un factor que “afecta” la salud, sino que la constituye. Cito:

“La vertiente del índice socioeconómico varía de manera sustancial en las distintas sociedades. Algunas muestran una pendiente relativamente llana en los índices de mortalidad: estar mejor situado confiere una ventaja en salud, pero no tan grande como en otras sociedades. Otras, con niveles más altos o comparables de desarrollo económico, muestran pendientes más abruptas. La vertiente del índice socioeconómico parece ser fijo por el nivel de desigualdad en el ingreso en una sociedad: Cuanto más desigual sea una sociedad en términos económicos, más desigual será en términos de salud. Además, los grupos de ingresos medios en un país con una gran desigualdad en el ingreso están generalmente peor en el sentido sanitario que grupos comparables o aún más pobres en una sociedad con menor desigualdad en el ingreso. Encontramos el mismo patrón dentro de los Estados Unidos respecto de la correlación entre los ingresos y la salud cuando examinamos las variaciones entre las áreas metropolitanas y del estado.” (...) Hace tiempo, advertí que las correlaciones entre desigualdad y salud no necesariamente implican causalidad. Sin embargo, existen plausibles e identificables atajos a través de los cuales las desigualdades sociales parecen producir desigualdades en la salud como para constituir un razonable tipo de causalidad.”²⁸³

Ahora bien, volviendo al tema de las críticas a los procedimientos órgano- mecánicos, que se trasuntan en la crítica al biologismo, no quiero dejar de destacar que aquéllas no deberían dejar de lado que en determinado momento histórico, la otra opción no era una “medicina diferente”, sino el oscurantismo que atraviesa desde la religión al hechicero, desde el barbero al farsante. No hay que olvidar que el positivismo fue un avance en contrapunto con la explicación religiosa del mundo y de las enfermedades. Hoy podemos pensar de otra manera. Ya planteé que si se concibe una biología en ruptura con el dualismo mente cuerpo, se abre la posibilidad de una interdisciplinariedad integrada que permite salvar el riesgo de un reduccionismo mecanicista.

²⁸³ Daniels, “Justice, Health and Health Care”, *Medicine and Social Justice: Essays on the Distribution of Health Care*, Rosamond Rodhes, Margaret P. Battin, Anita Silvers, Oxford, Oxford University Press, 2002, pág. 12-13.

Aunque no es tema de esta tesis, quiero dejar planteado que es importante que la argumentación contra una concepción unicausal y bioestadística de enfermedad incluya los planteos de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), que surge como postura fuerte en la reunión de Alma Ata en 1978 (OMS-UNICEF) y que a su vez reconoce los aportes de la Medicina Social como uno de sus componentes fundamentales.²⁸⁴

2- Las críticas al a-culturalismo: Es levantada por la corriente que enfatiza el rol que tiene la cultura en la expresión, la consideración, la valoración social y la categorización de la enfermedad mental; y discute la compleja relación que existe entre ellas. Quienes sustentan esta posición –criticando desde allí al modelo biomédico- consideran que se debe

²⁸⁴ Agradezco la aclaración de este punto a la lectura de: Vicente Galli, “Formación de recursos humanos...”. Dice allí refiriéndose a la APS: “Fue, y sigue siendo, una reformulación tan radical de la redistribución de poderes y financiaciones, de las perspectivas y miradas posibles sobre la salud y el enfermar, de cuestionamiento a modos de conocimiento y de prácticas en salud, y de transformación aún en las organizaciones de los Estados, que no parece muy desatinado pensar que la mayoría de los países miembros que la firmaron no tenían mucha comprensión de su contenido, o una actitud cínica de acordar con algo que no pensaban intentar poner en práctica.²⁸⁴ Lo que tampoco es demasiado sorprendente en el orden internacional de antes y el de ahora, que en los últimos veinte años ha tenido enormes variaciones, generadoras de nuevos problemas (Globalización de los mercados a escala planetaria, sistema financiero internacional con gran incremento de las inversiones especulativas, metamorfosis de las cuestiones sociales vinculadas al mundo del trabajo, incremento de la desocupación, reaparición de nuevas-viejas epidemias, avances tecnológicos inusitados, globalización comunicacional, etcétera).

Entre las experiencias que existían desde antes que la estrategia fuera planteada como propuesta tan generalizada y las que se han desarrollado después, señalan a la A.P.S. como una posibilidad que sigue siendo válida, quizás todavía más prioritaria, por los problemas específicos de salud y para colaborar con la reconstrucción creativa de los tejidos sociales tan seriamente perturbados y desconcertados. La A.P.S. es una estrategia cuyos rasgos esenciales son esencialmente éticos y epistemológicos, que propone principios en lugar de actividades; áreas de acción en lugar de tareas específicas; caminos de decisión acerca de prioridades en lugar de fijar prioridades. Que compromete a toda la organización de la sociedad, con sus valores de autosuficiencia y autodeterminación, y por sus objetivos e instrumentos:

- a.- Ocuparse de asuntos esenciales de la salud, acordados como tales con los propios habitantes de las comunidades
- b.- Emplear métodos científicamente probados - lo que implica crítica, cuestionamientos de paradigmas, revisiones de lo anterior y de lo nuevo, investigaciones permanentes;
- c.- Métodos que deben ser socialmente aceptables y accesibles a todos;
- d.- Considerar a la salud como un bien obtenido a través de la participación activa de todos y no como medida ofrecida o impuesta,
- e.- Lograr que el costo de atención de la salud sea acorde con el lugar que la salud ocupa en la escala de valores de cada sociedad.

Si para todas las actividades de salud la estrategia tiene sentido y utilidad, para las de Psiquiatría y Salud mental comunitaria no sólo las tiene sino que es refundacional. Hacia adentro de sus propias posibilidades y hacia todo el sistema de salud y el tejido social. Porque los problemas y trastornos mentales son siempre psicosociales, muy extendidos y generadores de sufrimientos, marginaciones y altos costos comunitarios. También porque los programas de salud mental pueden disminuir la deshumanización que se incrementa en los sistemas de salud. Por último, porque ya existen los conocimientos y las posibilidades de actuar en todas esas situaciones; a las que se le van agregando permanentemente variaciones y alternativas fértiles.” Vicente Galli, “Formación de recursos humanos para psiquiatría y salud mental comunitarias: problemáticas y posibilidades”, en **Revista de la Sociedad Argentina**

pensar a la cultura como una variable independiente, con una clara influencia sobre la enfermedad mental, que es considerada la variable dependiente. Es más, la cultura no sólo influye en la salud mental y en la enfermedad, sino que es un componente de ellas.²⁸⁵ Es cierto que en las diferentes culturas, los síntomas de enfermedad mental no son siempre interpretados como una disfunción. Mejor dicho, un fenómeno subjetivo como por ejemplo el de escuchar voces del “más allá”, se considera un síntoma de enfermedad mental en nuestra sociedad –si se cumplen determinadas condiciones-, pero en otra sociedad puede ser considerado un atributo que hace a las condiciones requeridas para ser un shamán porque le permite cumplir, por ejemplo, con la función de adivinar el futuro. Se trata de una vieja cuestión, que hace a la pregunta acerca de la universalidad o especificidad cultural de las condiciones que llamamos “mentales”. Y la posición que se tenga ante este tema determina en gran parte tanto el diagnóstico como el tratamiento.²⁸⁶

Ahora bien, es importante tomar los aportes de esta corriente que critica el aculturalismo del modelo biomédico, en especial su insistencia en la perspectiva histórica y en la diversidad cultural. Sin embargo entiendo que sus aportes no deberían contraponerse en absoluto a los de quienes investigan la existencia de mecanismos universales, tales como el emparejamiento, la paternidad/maternidad, los mecanismos de asociación grupal, los de

de *Psicoanálisis*, n° 3, agosto de 2000. Respecto de la medicina social consultar también la nota al pie en la página 162.

²⁸⁵ David Lackland Sam, Virginia Moreira, “The mutual embeddedness of culture and mental illness”, en W.J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes, & D. N. Sattler (Eds.), *Online Readings in Psychology and Culture* (Unit 9, Chapter 1), (<http://www.wvu.edu/~culture>), Center for Cross-Cultural Research, Western Washington University, Bellingham, Washington USA.

²⁸⁶ “Históricamente se pensaba que las condiciones físicas, desequilibrios o impurezas en el sistema sanguíneo, contribuían a los cambios extraños e incontrolables en el comportamiento y en el estado de ánimo. La mayoría hemos oído hablar de los cuatro “humores” de los que se hablaba en la Grecia temprana. Sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla, y cómo sus variaciones en el volumen físico eran responsables por la “anomalidad” o el carácter de una persona. En los tiempos del medioevo aplicar sanguijuelas o sangrías eran consideradas como curas de la ansiedad o la depresión. Otras culturas usaron pociones fuertes, baños calientes, y bebidas para cambiar los ánimos y comportamientos, mientras otras consideraban a los cantos y las súplicas de los chamanes como fuentes de bienestar emocional.”. Editorial en la Introducción de *Online Readings in Psychology and Culture*, op. cit.

dominancia y jerarquía, etcétera,²⁸⁷ ya que estos últimos también pueden constituir una vía fecunda para entender cuáles son las funciones “mentales” que pueden verse alteradas en un individuo de un grupo social dado, y que pueden en consecuencia dar lugar a un problema que requiere atención, se le llame o no enfermedad en ese grupo social.

Es digno de destacar que, a pesar de las innumerables críticas al modelo médico, muchos de sus representantes se han preocupado por las condiciones histórico sociales de la enfermedad. Así por ejemplo Mario Testa –formador fundamental de la corriente de Medicina Social- en su libro *Pensar en Salud*: dice: “...la preocupación histórica domina la relación entre ciencias sociales y salud durante todo el siglo XIX en nuestro país. (...) esta preocupación surge básicamente en médicos y no en historiadores. Este fenómeno del origen médico de la preocupación social se verá repetido en todas las otras disciplinas sociales hasta bien avanzado el siglo XX.”²⁸⁸ Y agrega otra reflexión interesante:

“Es posible que la segunda disciplina a la que recurren los médicos, en su intento por tener una visión distinta de la salud que la que propone la ciencia médica, sea la antropología, tal vez siguiendo los caminos trazados en otros ámbitos de la realidad, que intenta ver las diversas expresiones de la vida social como subculturas dentro de una misma sociedad. La consideración de la enfermedad como una subcultura –o mejor, de un grupo de pacientes en ese carácter- debe haberse visto facilitada en la medida de la existencia de enfermedades crónicas para las cuales el único tratamiento concebible era el aislamiento, no solo por sus características epidemiológicas intrínsecas –su infecciosidad, su contagiosidad-, sino por el temor que despertaban en el resto de la sociedad. De manera que el enfoque antropológico se justificaba desde el doble punto de vista de la subcultura de los enfermos crónicos y la subcultura de los sanos.”²⁸⁹

3- Las críticas que relacionan pobreza y salud mental: El aspecto positivo de estas críticas, es que pone en evidencia el tipo de sufrimiento particular al que están expuestas

²⁸⁷ Ver David m. Buss, *Evolutionary Psychology. The New Science of the Mind*, EEUU, Allyn & Bacon, 1999.

²⁸⁸ Mario Testa, *Pensar en Salud*, Buenos Aires, Lugar editorial, 1997, pág. 208.

²⁸⁹ Mario Testa, op. cit. Pág. 208.

todas las personas que viven sin las condiciones para poder satisfacer sus necesidades de existencia. Su exposición a la dominación de los otros es mayor, y se puede considerar que las instituciones de salud y de salud mental en particular también pueden ser parte de esa dominación. El acopio de información sobre la relación entre los distintos tipos de enfermedades y la pobreza es abrumador²⁹⁰. Ahora bien, es necesario –como ya he señalado– evitar la reducción de la enfermedad a un problema sociológico, y también la confusión entre sufrimiento y enfermedad, que lleva a patologizar la pobreza y confinarla al orden sanitario o de “bienestar social”, sin una referencia al campo político. Realizar estas distinciones –entre otras– permitirá discutir en lo posible cada problema en el ámbito adecuado. No hace falta invalidar a la ciencia, acusándola de cientificismo, para saber que en ese ámbito, como en cualquier otro, se reflejan las luchas políticas²⁹¹. Es necesario vencer la tentación de denostar lo académico, para tomar lo mejor de él y potenciarlo. Por eso, una cosa es criticar el uso que muchos laboratorios hacen de pagar a sujetos en una sociedad empobrecida –que no pueden “elegir” no someterse– para realizar sus investigaciones, y otra muy distinta es denostar la investigación en sí misma.

4- Las críticas al poder: Estas críticas apuntan al poder que tiene el Modelo Médico, como institución que analizamos cuando hablamos brevemente de la historia de la

²⁹⁰ Por ejemplo, la película de Pino Solanas “Memoria del saqueo” es una agenda ética en varios temas, entre ellos el de salud. El médico del hospital de Jujuy dice allí claramente: “cada vez que se anuncia un plan de ajuste, sabemos que al tiempo aumentará –no hace falta esperar a que las estadísticas lo confirmen– la cantidad de niños desnutridos que ingresan al hospital”. El film analiza el período 1976-2001 y da cuenta de la decadencia económica, social, política, cultural y moral en un duro cuestionamiento a las privatizaciones, el manejo de la deuda externa y el derrumbe industrial hasta llegar a la caída de Fernando de la Rúa. Fue asesor de la película –entre otros– el economista de FLACSO Daniel Azpiazu, citado en el capítulo I. Alfredo Ezequiel Solanas, *Memoria del Saqueo*, coproducción Argentina/Francia, 2003.

²⁹¹ En ese sentido es interesante la nota que ante el fallecimiento de Manuel Sadosky escribe el periodista y científico Leonardo Moledo. Imagina en “Recuerdos del Futuro” la entrada correspondiente al matemático en un imaginado Anales de la Ciencia Argentina: “Sadosky se transformó en un símbolo: tanto sus contemporáneos como las sucesivas generaciones que lo recordaron y evocaron lo hicieron no como el gran científico que descubre nuevos resultados para su ciencia, sino como la figura que permite que muchos científicos lo hagan. (...), encarnó la tradición de la ciencia iluminista, la ciencia como liberadora de la condición humana, la ciencia como el combate contra el oscurantismo, y en la que incluso algunas corrientes llegaron a renegar de la palabra ‘científico’, a la que colgaron el mote de ‘cientificismo’, que se usaba como un insulto.” Leonardo Moledo, contratapa del diario *Página 12* del miércoles 22 de junio de 2005.

medicina y dentro de ella de la historia de la psiquiatría. En el aspecto institucional, el cuestionamiento al modelo biomédico en psiquiatría, está dirigido a la institución manicomial. Sobre este punto quiero advertir que muchas de las críticas a las instituciones psiquiátricas mezclan dos cuestiones que es necesario, sin embargo, distinguir: una cosa es si una institución de un determinado tipo —el manicomio en este caso— es la adecuada para el tratamiento de una enfermedad “x”, y otra es la crítica a las malas condiciones que, en esas instituciones, aumentan el sufrimiento que la enfermedad genera —como por ejemplo falta de limpieza, de alimentación, de trato humano adecuado. Dicho en pocas palabras: la falta de vigencia de los derechos humanos y de los derechos de los enfermos mentales, en esa misma institución.

Otro aspecto distinto de la crítica institucional al modelo médico y que nos parece pertinente, es la que nos recuerda en esta afirmación Alicia Stolkiner: “En este espacio (el del área salud mental) se transparenta particularmente que la defensa del carácter de público y solidario de la asistencia en salud no puede hacerse, sin profundizar el cuestionamiento y transformación de sus instituciones.”²⁹²

Aunque, como Menéndez reconoce, el atravesamiento de las instituciones biomédicas por las cuestiones del poder no es privativo de ellas, y no es ajeno a las luchas ideológicas que se dan en una sociedad dada. Esto es así —a mi juicio— en todas las profesiones, y los resultados dependen en consecuencia, de la actitud y fuerzas de cada sector. Así, cuando Neri dice que el sector salud necesita “una conceptualización y una experiencia totalizadora de la persona sana o enferma; y una visión crítica de su oficio”, está haciendo una invitación a la reflexión activa que interpela a la corporación médica, precisamente allí, en los privilegios que le da su poder.²⁹³ Esta última afirmación es particularmente importante

²⁹² Alicia Stolkiner, “Tiempos ‘posmodernos’: ajuste y salud mental” en *Políticas en Salud Mental*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1994, pág. 51.

²⁹³ Aldo Neri, (sobre la especialización de la biomedicina), op. cit., pág., 27.

para quienes trabajan con lo mental, a raíz de todo lo explicado en el desarrollo de la tesis acerca de la complejidad singular de la materia delicada con la que se trabaja. Complejidad que tiene como uno de sus componentes el riesgo -mayor quizás que aquel en el que se incurre cuando se trabaja con el componente estrictamente biológico de una persona- de no distinguir y/o reconocer los elementos valorativos y, en consecuencia hacerlos jugar subrepticamente en su práctica profesional.

A partir de las cuestiones que expuse, he querido mostrar que confundir todos los niveles de análisis en la cuestión salud/enfermedad, empobrece el conocimiento y nos lleva a posiciones anticientíficas, que nos colocan del lado del peor oscurantismo. También he tratado de poner en evidencia que, en general, las críticas surgen porque el biologismo -entendido como una concepción órgano mecánica de la biología- se considera como única explicación de la morbilidad en general y de la morbilidad mental en particular pero sobre todo, por la extensión de su causalidad a los fenómenos sociales, y eso deja sin resolver muchas cuestiones -en el mejor de los casos- y en el peor, redujo las luchas sociales a un darwinismo pobre que justificaba matanzas, pobreza y exclusión por la ley de sobrevivencia del más fuerte.

Así, en nombre de la teoría de la evolución de las especies, olvidan estas palabras del propio Darwin rescatadas por el biólogo Stephen Jay Gould: “Si la miseria de nuestros pobres no es causada por las leyes de la naturaleza, sino por nuestras instituciones, cuán grande es nuestro pecado”.²⁹⁴

V.4- Conclusiones generales

El objetivo de este trabajo ha sido:

- 1- Plantear los problemas de la distribución de recursos en salud mental.

²⁹⁴ Charles Darwin, *El viaje del Beagle*, citado por Stephen Jay Gould en *La falsa medida del hombre*, Barcelona, Editorial Crítica, 1997, pág. 20.

- 2- Defender parcialmente el criterio de enfermedad de Daniels para enfocar el tema de distribución de recursos en salud mental.
- 3- Plantear los problemas para encontrar una definición de salud mental que se adapte a la definición de “normal funcionamiento” de Daniels.
- 4- Dejar abierto un camino para discutir la distribución de recursos en salud mental, y especialmente poner el acento en la diferencia entre enfermedad y sufrimiento, en los peligros que implica “patologizar” la pobreza, o buscar soluciones que no impliquen un rediseño institucional que se haga cargo de los problemas de injusticia social sin caer en el error de descargar en el sistema de salud aquellos padecimientos evitables que son producto de la injusticia social.

He trabajado como tema central las reflexiones de Daniels, con miras a identificar a la salud como un “bien derivado de la justa igualdad de oportunidades” –el segundo bien social primario, en la lista de cinco que Rawls propone.

Para ello, enfoqué inicialmente la distribución de los bienes sociales en nuestro país y traté de indagar cuáles son las instituciones políticas y relaciones de fuerza y de poder desde las que se tiene acceso a esa distribución.

Creo haber mostrado que en la Argentina se ha creado una situación muy lejana a lo que para Rawls sería una “sociedad medianamente justa”. Entre otras cosas porque, en el último cuarto de siglo, se redistribuyó la riqueza de un modo regresivo: la participación del 10% más rico de la población creció, la del 60% -la famosa clase media- disminuyó, y la del 30% más pobre decreció más aún. Al deterioro de los salarios reales y la precarización del trabajo se sumó que muchos de los supuestos del estado de bienestar tienden a devenir en riesgos individuales.

He optado por llamarla situación de desamparo, porque, y contrariamente a otras situaciones en el pasado, el trabajador ve impedida inclusive la migración, el profesional –el de la salud es un ejemplo claro- ve deteriorada su posición en la sociedad y aún el empresario –por lo menos en las pequeñas y medianas compañías- descubre que no tiene un lugar en el nuevo modelo.

Todo ello ha confirmado lo que pensaban los economistas clásicos: "si hay desigualdades de distribución de la propiedad y del ingreso, el mercado tenderá a reproducirlas o a empeorarlas."²⁹⁵

En nuestro país la exclusión, el desempleo, el individualismo, la ruptura de las formas conocidas de organización social, tienen consecuencias epidémicas, y exigen una respuesta, como dice el Ministerio de Salud en el documento que cito²⁹⁶ al registrar la política oficial: "Lo social, el discurso imperante, los conflictos que afectan a una sociedad determinada inciden generando específicas formas de padecimientos que como síntomas expresan ese malestar y son a la vez una demanda implícita."

A lo largo de esta tesis he intentado reflexionar, precisamente, sobre esa respuesta y su viabilidad.

Con ese propósito, he retomado la preocupación teórica de Rawls, esto es la búsqueda de principios para tratar con las desigualdades y las diferencias debidas al azar de nuestro nacimiento, -y que redundan en colocarnos, o no, entre los peor situados en una sociedad que se dice cooperante. He trabajado en la posición contraria a quienes ven en la salud una mercancía más, y me he enrolado con quienes –como Rawls y Daniels- han buscado los caminos para una concepción de justicia distributiva y la defensa de un acceso equitativo a la atención de la salud.

²⁹⁵ Página. 15.

²⁹⁶ Página 158.

Ya en esta etapa de concluir, recuerdo que la línea de la Medicina Social que marcó la formación de algunos psicoanalistas de la generación del 70 partía del preconcepto – entendido éste como convicción y no en sentido peyorativo- de que el grado en que las necesidades básicas se pueden satisfacer condiciona en parte la posibilidad de enfermar.

La circunstancia compleja que hace que el eje de la materia Problemas Especiales de Ética – obligatoria para la mayoría de quienes hicimos este posgrado- y de varios de los seminarios cursados en la maestría que nos convocó, fuera una teoría de justicia distributiva como la de Rawls, me introdujo en conceptos novedosos para mí como por ejemplo el de *igualdad de oportunidades* y el de *bases del respeto de sí o autorrespeto* como bienes sociales primarios que la estructura básica de la sociedad puede y debe distribuir en el mismo nivel que los derechos y libertades, oportunidades y poderes, ingresos y riquezas. Hasta ese momento, en lo particular de mi formación profesional, ese tipo de temas estaba ligado a lecturas políticas, a lo sumo a lecturas políticas dentro del psicoanálisis y no a un tema teórico-técnico referido a consideraciones de justicia.

Me ha resultado sumamente provechoso conocer los fundamentos teóricos que permiten derivar ese tipo de consideraciones, y la convicción de que si no se dan las condiciones de una distribución justa de esos bienes, es muy posible que las personas menos afortunadas tengan un alto grado de sufrimiento.

En relación con el tema de la atención de las necesidades sanitarias y de su derivación de la justa igualdad de oportunidades abordé el problema de la distinción y relación entre enfermedad y sufrimiento, en particular en lo referido a salud mental.

El planteo de Daniels es que el criterio de acceso al sistema sanitario es el de enfermedad, entendida como “alteración del funcionamiento normal de la especie”. El análisis de su teoría ha permitido encontrar un criterio de acceso al sistema sanitario que no cayera en el

error de patologizar la pobreza, agregando un estigma más a ese individuo, o de reducir la enfermedad a un problema sociológico.

Pero aquí se plantea una cuestión decisiva: por un lado, hemos visto que Daniels sugiere sumar la necesidad psico-social a la necesidad médica como criterio de acceso al sistema sanitario en salud mental, para evitar, de este modo el problema de externar o dejar fuera del sistema a las personas que no tienen las condiciones mínimas para conservar la mejoría conseguida con el tratamiento. Entonces se encuentra un problema en la definición misma de enfermedad como alteración del funcionamiento normal de la especie: el funcionamiento normal de la especie se refiere no sólo al individuo sino a la relación entre el individuo y los otros miembros de la sociedad que le permiten o no funcionar normalmente. Y esta circularidad es la que conduce a la necesidad de incluir –valga la redundancia- la necesidad psicosocial a la necesidad médica como criterio de acceso al sistema sanitario.²⁹⁷

Es el vivir y constituirse entre otros lo que hace evidente el componente histórico social de una enfermedad.²⁹⁸

Por otra parte, la inclusión de la mencionada necesidad psicosocial, hace evidente la necesidad de reconocer la multicausalidad en el origen de la enfermedad en general y, en especial, en el origen de la enfermedad mental.²⁹⁹ Para sortear los problemas de la definición bioestadística y unicausal de la enfermedad mental, he optado por recorrer otros

²⁹⁷ Esta circularidad, señalada también por Graciela de Ortúzar en la tesis de doctorado ya citada, la conduce a marcar la insuficiencia de la enfermedad como criterio para delimitar el acceso a la salud, al no haber consenso en la definición del concepto. Ver Graciela de Ortúzar, op. cit.

²⁹⁸ Para los problemas de ética ambiental y salud en un contexto histórico, consultar La Valle, María Teresa, “¿Informe Brundtland o economía ecológica? Acerca de los conceptos de desarrollo y cuidado del ambiente”, Cuadernos de Filosofía N° 46, 1999, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

²⁹⁹ Cabe destacar que en un país de nuestra región, Brasil, existe una experiencia muy interesante que produjo la transformación de un hospital psiquiátrico en la ciudad de Santos, experiencia que derivó en la conformación de los Núcleos de Atención Psicosocial (NAP) que intentaron romper con la exclusión del enfermo mental y con la modalidad manicomial de atención. Dicha experiencia –que se llevó a cabo durante un período en que una mujer del Partido de los Trabajadores (PT) estaba a cargo de la intendencia- tuvo una gran influencia en una de las modalidades asistenciales públicas que hoy funcionan en ese país, por ley nacional, como Centros de Atención Psicosocial (CAP). Ver “El proceso de transformación de Salud Mental en

caminos al presentar también una definición funcional o descriptiva. Es desde la perspectiva evolucionaria³⁰⁰ de Jerome Wakefield, que tanto la enfermedad física como la mental -entendidas como *desorden físico* o *mental*- se pueden definir como una “disfunción dañina”, disfunción que en el caso de las enfermedades físicas presenta menos problemas, porque son ya bien conocidas las funciones naturales que se ven alteradas –precisamente funcionan mal, son disfuncionales- y ya se sabe la función que cumplen en un cuerpo sano. Pero en el terreno de lo mental, son muchas las incógnitas. Y eso es lo que contribuye a que la controversia acerca de si la enfermedad es o no un concepto normativo (un concepto fundado en juicios de valor) sea más difícil de zanjar.

Para elaborar su definición de enfermedad mental como desorden, Wakefield parte de esta afirmación de Kendell:

“El tópico más fundamental, y también el más controvertido, es si la enfermedad o el malestar son conceptos normativos fundados en juicios de valor, o si son términos científicos no valorativos; en otras palabras, si son términos biomédicos o sociopolíticos.”³⁰¹

Si bien Wakefield elabora una explicación híbrida de desorden, como “disfunción dañina”, el aspecto que me parece interesante es que “disfunción” es un término fáctico y científico, que refiere a una falla en el mecanismo interno para realizar la función natural para lo cual fue designado, y “dañino” es un término de valor que se refiere a las consecuencias que

Santos. Deconstrucción de saberes, instituciones y cultura”, Tesis de Maestría en Ciencias Sociales, María Fernanda de Silvio Nicasio, Pontificia Universidad Católica, San Pablo, 1994.

³⁰⁰ Cabe resaltar que es Daniels quien habla de la importancia de recurrir a una perspectiva evolucionaria para caracterizar la organización funcional natural de la especie para poder así definir funcionamiento normal. Más allá y más acá de las críticas al naturalismo, esta discusión tiene suma importancia en un momento como el presente –año 2005- en el que en Estados Unidos está en primer plano en el debate público el tema de la teoría de la evolución versus la teoría creacionista, evolución versus diseño inteligente (ID por las siglas en inglés), en el que la derecha más recalcitrante quiere imponer en las escuelas públicas la enseñanza religiosa (en la versión Bush). Para un esbozo de comprensión de la importancia y profundidad del debate en juego, ver Jodi Wilgoren, “Politicized Scholars Put Evolution on the Defensive”, *The New York Times*, 21 de agosto de 2005.

³⁰¹ R. E. Kendell, “What are mental disorders?” en A. M. Feedman, R. Brotman, I. Silverman, & D. Hutson (Eds.) *Issues in psychiatric classification: Science, practice and social policy*, New York, Human Science Press, pag. 23-45, 1986. Citado por Wakefield, op. cit., pág. 65.

ocurren en la persona a causa de la disfunción, consecuencias que son consideradas negativas por los estándares socioculturales.

A mi modo de ver, esta definición podría servir como criterio para establecer si existe o no una enfermedad/desorden, sólo en el caso de que se pueda establecer claramente cuáles son las funciones mentales naturales de la especie. O sea, se trata de una enfermedad (o desorden), en el caso de que el funcionamiento normal de la especie en el plano mental está alterado. Pero esto se podrá definir seriamente si -y sólo si- hubiera consenso científico acerca de cuáles son las funciones mentales naturales de la especie. Esta línea de investigación parece abrir un camino interesante, pero creo que no se deben desestimar las dificultades que conlleva y que, por lo ya señalado, la tarea de la puesta al día de los conocimientos históricamente adquiridos en ese campo es muy ardua.

Estoy de acuerdo entonces, en defender el concepto de enfermedad como criterio de acceso al sistema sanitario en salud mental, pero esto si -y solo si- no se ocultan 1) las complejidades de la definición y de su aplicación en general, y en particular en países que, como los nuestros, dejan a gran parte de su población con necesidades básicas insatisfechas.³⁰² 2) Y también si -y sólo si- se plantea un diseño institucional que dé cuenta de cuáles son las otras instituciones a las que se accede -al no padecer de una enfermedad mental- cuando el sufrimiento psíquico llama a la puerta.

Quiero continuar esta conclusión con unas pocas afirmaciones más que sintetizan lo encontrado en el recorrido hasta aquí efectuado.

Creo que es exitoso el esfuerzo de Daniels por extender la Teoría de Justicia de Rawls al campo del derecho a la atención de la salud mental como una especificación del bien social primario justa igualdad de oportunidades. Los argumentos que expone y que expliqué a lo largo de esta tesis, pueden utilizarse para justificar un sistema universal de atención de la

³⁰² Cabe relacionar estas necesidades insatisfechas, con los bienes sociales primarios a tutelar según Rawls.

salud como es el nuestro. Su preocupación por el tema, que data de los años 70, continúa hoy y tiene un grado de pertinencia cada vez más alta en su país³⁰³.

Por otro lado, también es positivo el aporte de Daniels en tanto no desconoce el contexto histórico político de su propuesta. Así, en su trabajo titulado “*Benchmarks of Fairness*” (Tribunal de Equidad),³⁰⁴ intentó elaborar una “herramienta política” con base empírica (*evidence-based policy tool*) para evaluar los efectos de las reformas en salud –sobre la equidad, la eficiencia y la responsabilidad pública (*accountability*)- propuestas por los organismos internacionales. Insisto: no es que Daniels desconozca el contexto histórico político en el que se han producido las reformas –al menos el contexto de su propio país- sino que parte de una teoría de justicia ideal, la rawlsiana, con supuestos ideales muy fuertes como la escasez moderada, la justicia de fondo aseguradas por las Instituciones básicas, el monismo motivacional y, por eso mismo, no puede incorporar en su teoría algunos datos histórico-políticos que conoce muy bien.

He explicado a lo largo de esta tesis que el objetivo de Daniels es doble: (1) incorporar en la estructura básica a las instituciones que atienden a la salud, esto es considerarlas como

³⁰³Por ejemplo, el destacado economista Paul Krugman dice en su artículo periodístico “America’s Failing Health”: “El hecho es que el principal sistema privado de atención de la salud en EEUU gasta mucho más que el principal sistema público de atención de la salud de otros países avanzados, pero obtiene peores resultados. En el año 2001, gastamos U\$4.887 en atención sanitaria *per capita*, comparado con los U\$ 2.792 en Canadá y los U\$2.561 en Francia. Aún así EEUU está peor que cualquiera de esos países tomando en cuenta cualquier medida de éxito sanitario que se quiera tomar – expectativa de vida, mortalidad infantil, o cualquier otra. (En su tope, la atención de la salud de EEUU es la mejor en el mundo. Pero el rango de norteamericanos que no pueden acceder a ese mejor nivel, y que incluso pueden no tener ningún tipo de cobertura médica, es enorme y está creciendo.” Y continúa, metiendo el estilete en los puntos más caros al “sentimiento nacional norteamericano”: “¿Significa esto que el *American way* es equivocado, y que debemos cambiar a un estilo canadiense sistema de pagador único (*Canadian-style single-payer system*)? Pues bien, la respuesta es sí. Veámoslo de esta manera: en Canadá, respetables hombres de negocios son ardientes defensores de una ‘medicina socializada’. Dos años atrás la Comisión de Conferencia de Canadá –un quién es quién de la elite corporativa de la nación- distribuyó un informe en el que urgen a los colegas canadienses a tener en mente no sólo el ‘valor simbólico’ de la atención universal de la salud, sino su ‘contribución económica a la competitividad’ de los negocios canadienses. “Mis amigos economistas especializados en salud dicen que no es realista abogar por un sistema de pago único aquí en EEUU: los grupos de interés son demasiado poderosos, y la propaganda antigubernamental de la derecha política ha llegado a estar demasiado bien establecida en la opinión pública. (...) Pero no nos permitamos ignorar la evidencia creciente de que nuestro sistema médico disfuncional es malo no sólo para nuestra salud sino para nuestra economía.”. Paul Krugman, “America’s Failing Health”, *New York Times*, 17 de agosto de 2004.

instituciones que definen la justicia de fondo, cosa que no hace Rawls y (2) diseñar mecanismos destinados a regular esas instituciones que sean compatibles con la “justicia como equidad”, y especialmente con el principio de justa igualdad de oportunidades, y es por ello que discute el concepto de “*decent minimum*” y propone otros criterios que explique en las críticas al abordaje de mercado en salud.

En el artículo citado, Daniels ha argumentado de una manera aguda, acerca de las consecuencias de las políticas llevadas a cabo en el sector salud por las agencias internacionales, como por ejemplo el Banco Mundial. Según señala, los efectos, se tradujeron a menudo en el agregado de nuevas capas de burocracia, en el estímulo a una medicina privada no regulada que minó el sistema público; en otras ocasiones, el efecto fue el aumento de las desigualdades en el sistema, y a menudo fracasó en producir responsabilidad tanto en los sectores públicos como en los privados.

Una reflexión honrada –como lo es la suya- se enriquece si no sólo no pierde de vista, sino que además incluye, que muchas de las reformas en salud propuestas para el tercer mundo son acogidas por una sociedad para la que los países centrales significan mucho más que “un buen amigo” que se preocupa por su hambre. Sin caer en chauvinismos que están al servicio de oscurecer los problemas reales, es importante tener en cuenta que, como dice Mario Testa refiriéndose al papel que juega Estados Unidos respecto de nuestros países:

“La reflexión se realiza, pero no corresponde al panorama nacional, sino que ocurre en el país que se perfila como el gran ordenador de lo que sucede en los países bajo su dominio. De manera que la práctica de salud en los países periféricos es pensada en los países centrales con el propósito de resolver los problemas que la relación centro-periferia creaba para los países del centro, en el ámbito de la salud o en cualquier otro. En el caso de salud, el saneamiento del territorio era una necesidad para la explotación de sus recursos naturales, sobre todo cuando en ella intervenían empresas extranjeras como en el caso del petróleo y la minería, pero también

³⁰⁴ N. Daniels, *Special Communication: The Ethics of Health Sector Reform in Developing Countries: An evidence-Based Approach to Benchmarking Fairness*, Estados Unidos.

para posibilitar esa explotación por la fuerza de trabajo nativa, así como la higiene –sobre todo en ciertas zonas y para algunos grupos de población- era un requisito para que los productos exportados llegaran a los centros sin contaminaciones indeseables.”³⁰⁵

Creo que no es forzar las cosas considerar que, con las diferencias lógicas de discutir en otro contexto y desde otras ideas políticas, Daniels sin embargo coincide en muchos aspectos –como lo insinúa en algunas de sus conclusiones sobre los efectos de las reformas en salud propiciadas por el Banco Mundial- con el espíritu del análisis que expuse en el capítulo sobre la situación socioeconómica de la Argentina.

Se ha objetado el método de equilibrio reflexivo utilizado por Daniels, y que he comentado en el capítulo II,³⁰⁶ por considerar que parte de y concluye en el *statu quo*. Sin embargo, tanto Rawls como Daniels dejan bien claro que es necesario demostrar por qué es razonable sostener los principios y creencias que se sustentan, y que no es suficiente con aceptarlos sin más.³⁰⁷ Ciertamente es que, aún siendo una propuesta interesante, la teoría de Daniels hereda los mismos problemas de la metodología del “equilibrio reflexivo” propuesta por Rawls. A saber: una caracterización insuficiente de la conformación histórico-cultural de esas mismas intuiciones morales.³⁰⁸

³⁰⁵ Mario Testa, *Pensar en Salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1997, pág. 209.

³⁰⁶ Página 36-37.

³⁰⁷ *JAJ*, op. cit., pág. 1.

³⁰⁸ El problema de este tipo de teoría es también un estudio insuficiente de la regimentación cognitiva –en el que no nos detendremos en esta tesis- de nuestras intuiciones morales compartidas. Pero quiero dejar asentado, para retomar en futuros trabajos, que por lo general la metodología del equilibrio reflexivo considera las intuiciones morales como dadas, hace un tratamiento superficial o *folk* de ellas, y no entra en averiguaciones, conceptual y empíricamente independientes, sobre su regimentación cognitiva. Rawls, por ejemplo, se limita a suponer que los individuos en la "situación original" son "racionales" y "razonables" y están dotados de determinadas facultades morales y de sentido de justicia. Sin embargo, para una teoría con aspiraciones universalistas como la de Rawls –de quien Daniels es discípulo- es muy importante saber, por ejemplo, si la "racionalidad" de los individuos es de tipo dominio-universal o dominio-específico, si sus facultades morales y su sentido de justicia están o no modularmente regimentadas y cognitivamente organizadas de modos específicos, cómo influye eso en la distribución de los distintos sesgos morales. Para ampliar los problemas metodológicos a que da lugar el análisis del equilibrio reflexivo, ver Antoni Domènech, *Ocho Desiderata Metodológicos de las Teorías Sociales Normativas*, revista *Isegoria*, Madrid, 1998. Para este tema ver también la conferencia dictada por el Dr. Jordi Mundo, titulada “Ciencia Social y cognición humana: ¿por qué apostar a la psicología evolucionaria?”, el 11 de junio de 2003 en la Universidad Nacional de La Plata.

Me interesa subrayar que cuando digo “caracterización insuficiente de la situación histórica” no hablo de su falta de inclusión, puesto que desde el mismo comienzo de uno de sus textos, *Justice and Justification*, Daniels ubica su posición históricamente. Con lo cual adhiere, de hecho, a la importancia otorgada al contexto histórico en que un autor se forma, si se trata de entender cuáles son sus preocupaciones y quiénes sus interlocutores. En su caso, y en paralelo con la generación que en la Argentina despertó a la vida política en la universidad entre fines de la década del 60 y la siguiente década, Daniels hace en su prefacio una breve y elocuente descripción de su pasaje desde la preocupación por los temas filosóficos de la disciplina en la cual se había especializado -la literatura-, hacia la filosofía, y más específicamente hacia la filosofía de la ciencia³⁰⁹.

Es por eso que estas reflexiones ponen en evidencia que la solidez de su teoría por un lado, su esfuerzo en analizar las reformas en su contexto histórico, y la intención de aprender de las peculiaridades de los sistemas de los países impropriamente llamados en vías de desarrollo, da la pauta de los caminos abiertos para el trabajo en conjunto. En mi opinión estos caminos posibles tienen su apoyo en dos puntos fundamentales:

1) su enfoque en la atención de la salud como una derivación de la justa igualdad de oportunidades, que es una toma de posición. Sean cuales fueren los aciertos o errores, los desacuerdos o las coincidencias en la apreciación histórica de los procesos que desembocan en las inequidades –ya en el campo de la salud, o en cualquier otro- existe una coincidencia en que hay un límite para su tolerancia, atravesado el cual, hablar de justicia es perpetuar el crimen. Perpetuar la exclusión e inequidad. Esto también está en una línea de coincidencia

³⁰⁹ Pasaje que realiza con la esperanza, dice Daniels, de entender qué hace que una teoría sea mejor o preferible a otra. Lejos de comprender su cambio de orientación como una vocación personal e íntima sin conexión con la realidad, atribuye el viraje a los acontecimientos histórico políticos y académicos que se desarrollaron en sus épocas de estudiante. Hace notar que esos tiempos demandaban un fuerte compromiso, y que para eso no había refugio posible: las oficinas de estudiantes graduados en el departamento de filosofía

con las preocupaciones ya citadas anteriormente de Bertomeu/Vidiella³¹⁰ y de Azpiazu/Argumedo.³¹¹

2) el segundo punto de apoyo es el discernimiento de quiénes son los oponentes principales para cualquier universalización de la atención de la salud, sea como derecho o como igualdad de oportunidades: los oponentes con poder de decisión son quienes no están interesados en reivindicar, ni un derecho a la salud, ni en pensar en lo justo o injusto de su acceso. Una discusión entablada –en realidad– con quienes defienden otra forma de entender la equidad: la equidad actuarial, regulada por el mercado.

Ahora bien, en cuanto al otro problema que he planteado: la concepción de lo mental, soy consciente de no haber tomado un partido claro por una u otra de las corrientes expuestas, sea de acuerdo al criterio con que Henry Ey las agrupa, o de acuerdo a algún otro criterio o concepto. Sin embargo, es fácil comprender que está más allá del alcance de esta tesis resolver la disputa acerca de lo mental. Estimo que he contribuido a plantear la complejidad que comporta el tema, rastrear autores, exponer su pensamiento y ponerlos en relación.

También creo haber expuesto con claridad los argumentos que aporta la teoría evolucionaria a la discusión sobre lo mental, principalmente a través de los conceptos de un autor como Wakefield que, lejos de rechazar dogmáticamente los problemas que, por ejemplo, el psicoanálisis plantea, los considera a la luz de los nuevos descubrimientos de la biología y del aporte que éstos significan para la concepción de enfermedad mental.³¹²

se convirtieron en el centro de operaciones de la huelga estudiantil en la universidad de Harvard en abril de 1969. JAJ, op. cit., págs. 9-11.

³¹⁰ Págs. 46-47.

³¹¹ Págs. 12-14.

³¹² Es importante sin embargo tener en cuenta que las disputas existen también en el campo de la biología. Es así que, en la misma teoría evolucionaria existe una discusión interesante que muestra las divergencias en cuanto a la concepción misma de la teoría de la evolución. No es lo mismo el Darwin de Gould con quien J. Philippe Rushton polemiza rudamente; que el de Randolph M. Nesse y Alan T. Lloyd, que escriben en el clásico libro de Tooby y Cosmides ya citado; que el Darwin de Eva Jablonka y Marion Lamb³¹² quienes discuten –entre muchas otras cuestiones– los mecanismos mediante los cuales se da la herencia de las tradiciones comportamentales.

Respecto de la discusión mencionada en primer término, J. Philippe Rushton discute las posiciones de Gould y dice que “La década de los 90 (1990’s) ha dado en denominarse la ‘década del cerebro’ por buenas razones.

La cita que hice de la conferencia 35ª de Freud, *En torno de una Cosmovisión*, no fue casual. Me parece que indica un camino que no valora 'revelaciones' inefables, ni intuiciones místicas en la comprensión científica, sino que ubica al campo de lo mental del lado de la ciencia. En mi opinión, no es momento de "conversiones" de una teoría a otra, de Piaget a Freud, o de Freud a Lacan, o del psicoanálisis al cognitivismo o al evolucionarismo, sino que se trata del momento de retomar un camino menos espectacular, que pide ecuanimidad, tolerancia y constancia en la investigación, cual es el camino abierto hace tiempo por la ciencia, un tiempo que es poco si lo pensamos en términos de la historia de la especie. En ese sentido afirma Freud:

Se hicieron descubrimientos importantes (...) que confirman muchas de las relaciones que fueron descubiertas por los visionarios del siglo XIX difamados por Gould. Ni Gould ni su editor, mostraron ningún escrúpulo al volver a editar los capítulos correspondientes sin las revisiones requeridas." Para ampliar la crítica que hace Rushton a Gould, en especial a su libro *La falsa medida del hombre*, consultar su artículo "Race, intelligence, and the brain: The errors and omissions of the 'revised' edition of S. J. Gould's *The mismeasure of man* (1996)" en la revista **Personality and Individual Differences**, Volumen 23, Tema 1, Págs. 169-180, Editorial Elsevier Science LTD, Gran Bretaña, Julio de 1997.

Por su parte, los colaboradores en el libro de Tooby y Cosmides -Randolph Nesse y Alan Lloyd- plantean que tanto el psicoanálisis como la psiquiatría pueden derivar beneficios importantes de una integración con la biología evolucionaria. "El más importante es la posibilidad que le brinda de una base teórica sólida en las ciencias naturales (Bowlby, 1981; Sulloway, 1979). Los esfuerzos por aproximar el psicoanálisis con la neurofisiología, no han acercado al psicoanálisis a la corriente científica, pero la psicobiología evolucionaria, con su énfasis creciente que da a las funciones adaptativas de las subunidades de la mente, puede ofrecer un fundamento natural del psicoanálisis." (...) "El psicoanálisis ofrece una perspectiva sobre la vida mental que no ha sido incorporada hasta ahora a la psicología evolucionaria. Su método de investigación, la asociación libre, ofrece oportunidades únicas para la observación natural de la forma en que operan los mecanismos psicológicos. También ofrece una información muy rica acerca del auto-engaño humano, cuya importancia está siendo reconocida ahora por los biólogos evolucionarios. Finalmente, ofrece una teoría de mecanismos mentales de alto nivel, que está fragmentado y algunas veces oscurecido, pero que es rico desde el punto de vista descriptivo y que deriva de material clínico, y que es independiente de las intuiciones evolucionarias modernas." "Intrapsychic Processes", en Barlow, Tooby y Cosmides, *The Adapted Mind*, op. cit., 618-619. En tercer lugar, Lamb y Jablonka postulan en su libro *Evolution in Four Dimensions*, que la dimensión que es propia de la especie humana es la herencia simbólica, las tradiciones que aprendemos y transmitimos no por claves sutiles olorosas de la leche materna o de los excrementos, o por imitación directa de nuestros mayores o pares, sino a través de nuestra capacidad para el lenguaje, la cultura, nuestras representaciones de cómo comportarnos, y que se comunican a través del discurso y la escritura. El estudio de estos niveles más altos es importante -dado que las autoras distinguen su abordaje de lo que consideran banalidades de la psicología evolucionaria, tal como la teoría de los 'memes', y aún de las ideas chomskyanas de una gramática universal. Ver *Evolution in Four Dimensions*, Editorial MIT, Cambridge, EEUU, 2005.

Si bien en estas disputas lo que constituye el motivo de controversia son los mecanismos de la evolución y no la evolución misma, me parece importante tener en cuenta estas discusiones sobre todo para quienes desde las llamadas ciencias sociales tendemos a atribuir a las "ciencias duras" una homogeneidad absoluta y libre de ambigüedades, en la interpretación de los fenómenos.

“El pensamiento científico es todavía muy joven entre los hombres, elevado es el número de los grandes problemas que no puede dominar todavía. Una cosmovisión edificada sobre la ciencia tiene, salvo la insistencia en el mundo exterior real, esencialmente rasgos negativos, como los de atenerse a la verdad, desautorizar las ilusiones. Aquel de nuestros prójimos insatisfecho con este estado de cosas, aquel que pida más para su inmediato apaciguamiento, que se lo procure donde lo halle. No se lo echaremos en cara, no podemos ayudarlo, pero tampoco pensar de otro modo por causa de él”³¹³

En ese sentido creí oportuno presentar en esta tesis la polémica acerca de si podemos o no pensar el psicoanálisis —una de las herramientas para pensar lo mental— dentro del campo de la ciencia. Por ejemplo aquéllos que consideran que es simplemente una mera narración sobre la constitución del sujeto, tienen que sostener su postura frente a las posiciones claras de Freud respecto a las diferencias entre ciencia, y cualquier otra cosa, en la conferencia que acabo de citar. Freud enrola allí claramente al psicoanálisis del lado de la ciencia, y su apuesta coincide —para algunos— plenamente con el espíritu de la concepción evolucionaria (¿o evolucionista?) de Darwin, de quien se declaraba un profundo admirador. Ahora bien, si retomamos esa apuesta de Freud, se podrían incorporar al corpus de una psicología científica —con la debida rigurosidad— los desarrollos del evolucionarismo y de la ciencia cognitiva a la manera en que lo plantean John Tooby y Leda Cosmides, Chomsky, A. Fiske, y muchos otros —que tanto pueden ayudar a definir o identificar qué es y qué no es una enfermedad. El hecho de que después de Newton o Galileo la ciencia haya seguido avanzando en la ampliación de la construcción de la información, no los coloca a éstos fuera de ese campo. Si avanzamos en la comprensión de la arquitectura de la mente y de la sociedad, lo haremos a partir de muchos pensadores, entre los cuales también se encuentra Freud.

Ahora bien, he intentado mostrar el error de considerar al psicoanálisis por fuera del ámbito de la ciencia, pero también quiero señalar que es un error considerar que el

³¹³ Sigmund Freud, “En torno de una cosmovisión”, op. cit., pág. 168.

problema de lo mental es un problema para el que las últimas investigaciones en biología – como por ejemplo las referidas al Genoma Humano- darán una solución sencilla, que eche por tierra con cualquier especulación teórica seria sobre la especificidad cultural de la especie humana.³¹⁴

Por todo lo que acabo de plantear no me parece vano insistir en que aún no existe una explicación plenamente satisfactoria acerca de la dinámica compleja que se produce desde el punto de vista filogenético, ontogenético e individual entre lo biológico y lo ambiental o sociocultural que permita la conformación de lo psíquico en el ser humano.³¹⁵

Creo que esta discusión ha enriquecido la presentación sobre la enfermedad como criterio de acceso al sistema sanitario en el campo de la salud mental, cumpliendo con el objetivo explícito de la maestría que en su plan del año 1998, ya citado en la Introducción de esta tesis, dice que “... la ética aplicada requiere un intercambio de información permanente con otras disciplinas especializadas capaces de proporcionar una descripción científica de la situación que, en cada caso, corresponde al problema investigado”.

El motivo que me condujo a ingresar a este posgrado ha sido doble, por un lado, el de seguir buscando respuestas a la pregunta sobre cuál es la ética del quehacer de un psicoanalista en su práctica clínica : ¿Es la ética de su quehacer de una índole distinta a la de otros? Por el otro, avanzar en la comprensión del sufrimiento mental.

³¹⁴ En ese sentido, dice la bióloga Susana Sommer, quien dictó el seminario *Ética y Genética* para la cohorte en la que me formé: “Los descubrimientos científicos muchas veces cambian nuestra percepción y comprensión, nos llenan de asombro y maravilla. Así cuando Watson y Crick postulan su modelo parecen contestar las preguntas que durante siglos no tenían respuesta, cómo se transmite de generación en generación la información que permite el mantenimiento de las especies, además de la variabilidad. En rigor, (Lewontin, Richard. “The DNA era”. *GeneWatch*, vol.16, #4, 2003), la tendencia a atribuir la extraordinaria complejidad de los procesos vitales a la estructura y metabolismo del ADN es una versión demasiado simplista y reduccionista que ignora las intrincadas y múltiples formas de las funciones metabólicas y estructurales de las proteínas, su interacción entre sí, con otras moléculas y con el ambiente. Los organismos vivos, plantas, animales y seres humanos, son el resultado de la interacción de las características genéticas y el medio, es decir, cada organismo es el producto de la influencia que ha heredado y de la acción que ejercen los distintos factores físicos y ambientales sobre él.” Susana E Sommer, “De Watson y Crick a Dolly” en *ADN 50 años no es nada*, Alberto Diaz y Diego Golombek, (comp.), Buenos Aires, Editorial Siglo XXI, págs. 258-267.

³¹⁵ Guillermo Arias Beatón, *Evaluación y Diagnóstico en la Educación y el Desarrollo desde el Enfoque Histórico Cultural*, San Pablo, Editora Laura Marisa Carneilo Calejon, 2001, pág. 31.

Tanto las preguntas como las respuestas se han complejizado y, más aún, ampliado en perspectiva, en el camino realizado hasta hoy.

Por último, querría decir que es incalculable el grado en que mi vida profesional y personal ha sido enriquecida por el recorrido realizado en la maestría en general y, en particular, a raíz de la investigación en el tema enfermedad mental. Es por eso que –tengo conciencia de ello- me he extendido en algunos aspectos vinculados con el psicoanálisis, donde creo que reflexiones como las que he realizado para esta tesis pueden abrir nuevos enfoques.

Mi agradecimiento a quienes me acompañaron en este camino de innumerables maneras, es incalculable también.

Anexo I

Los datos desnudos(*)

OMS - 20/06/2005

- “450 millones de personas son afectadas por problemas mentales en algún momento de sus vidas
- “unas 873 mil personas se suicidan por año
- las enfermedades mentales son comunes a todos los países y causan inmenso sufrimiento. Las personas con esos desórdenes están sujetas a aislamiento social, pobre calidad de vida y altas tasas de mortalidad. Esos desórdenes causan costos económicos y sociales desestabilizantes.
- “uno de cada cuatro pacientes que visitan un centro de salud tiene por lo menos un desorden mental, neurológico o de conducta, pero la mayoría de las veces no es diagnosticado ni tratado.
- “los enfermos mentales afectan o son afectados por condiciones crónicas como cáncer, enfermedades del corazón o cardiovasculares, diabetes y SIDA. Sin tratarse, traen aparejado una conducta insalubre, falta de seguimiento de los regímenes médicos, disminución de las funciones inmunizadoras y una pobre evolución del tratamiento.
- “existen tratamientos de costo-efectivo para la mayoría de los desórdenes y, adecuadamente aplicados, puede permitirle funcionar en la comunidad a la mayoría de los afectados.
- “las barreras para el efectivo tratamiento de la enfermedad mental incluye la falta de reconocimiento de la seriedad del problema y falta de comprensión sobre los beneficios de

los servicios que pueden ofrecerse. Los hacedores de políticas de salud, las compañías de seguros, las políticas de salud y laborales, y el público en general tienen una actitud discriminatoria para los problemas de salud mentales frente a los físicos.

- “la mayoría de los países de ingresos medios y bajos disponen menos del 1% de su gasto médico para los problemas de salud mental. Consecuentemente, sus políticas de salud mental, la legislación, las facilidades públicas de atención y los tratamientos a las personas con problemas mentales no tienen la prioridad que merecen.”

(*) Traducción de la autora.

El Proyecto Atlas³¹⁶

En el 2001, el Proyecto Atlas³¹⁷ de la OMS había realizado un relevamiento mundial, como consecuencia del cual estableció que, de los 185 países estudiados,

- el 41% no tenía políticas de salud mental
- el 25% no tenía legislación sobre salud mental
- el 28% no tenía presupuesto específico para salud mental
- el 41% no tenía facilidades para el tratamiento de desórdenes mentales severos en atención primaria de la salud
- de los países con políticas de salud, el 57% las estableció recién a partir de mediados de los años 90

³¹⁶ Mental health / The Bare Facts - http://www.who.int/mental_health/en/index.html

³¹⁷ Project Atlas: Mapping mental health resources around the world, traducción de la autora http://www.who.int/whr/2001/media_centre/en/whr01_fact_sheet3_en.pdf

Anexo II

De qué se habla

El siguiente resumen, elaborado sobre la base del informe sobre la salud mental realizado por la OMS en el 2001³¹⁸, reseña las afecciones mentales más frecuentes, muestra su incidencia en la población y, adicionalmente, registra que existen enfermedades mentales – como la epilepsia o el retardo mental- que tienen estrecha conexión con las condiciones socio económicas de los que la padecen.

Depresión. Se estima que un 5.8% de hombres y un 9.5% de mujeres la sufren en un año dado. Junto con la esquizofrenia, es vinculada al 60% de los suicidios.

Esquizofrenia. La sufren unos 24 millones de personas en el mundo y afecta por igual hombres y mujeres.

Alzheimer. Existen en el mundo unas 37 millones de personas con demencia, en general causada por la enfermedad de Alzheimer. Un 5% de los hombres y un 6% de las mujeres mayores de 60 años están afectados por esta enfermedad. Se estima que crecerá en los próximos 20 años.

Epilepsia. Es el más común de los desórdenes del cerebro. Afecta a unos 50 millones de personas en todo el mundo, con la particularidad de que el 80% de ellos reside en países en desarrollo.

Retardo mental. Puede afectar al 1 y hasta el 3% del total de una población, y es más común en los países en desarrollo, por la alta incidencia de problemas en los nacimientos y primeros años de vida.

Sustancias psicoactivas. Los desórdenes causados por sustancias psicoactivas –alcohol, opiáceos, cannabinoideos, sedativos, hipnotizantes, cocaína, alucinógenos, tabaco,

³¹⁸ Mental and neurological disorders - NMH Communications. World Health Organization, Geneva, 2001. http://www.who.int/whr/2001/media_centre/en/whr01_fact_sheet1_en.pdf

solventes- abarcan a uno de cada tres adultos, o 1.200 millones de personas en el mundo. En 1998 produjeron 4 millones de muertes y se cree que para el 2020 sólo el tabaco producirá 8.4 millones de muertes. Los desórdenes por alcohol afecta a 70 millones de personas, el 78% de las cuales no es tratado.

Desórdenes de la niñez y la adolescencia. Contrariamente a las creencias populares, se trata de desórdenes comunes, que incluyen la depresión, la demora en desarrollar ciertas capacidades, o problemas emocionales. Las cifras de afectados pueden pasar del 10% al 20% de esa franja etaria, variación que se da según los diferentes estudios, por lo que se ignora su real dimensión.

Anexo III

La situación del Hospital Moyano³¹⁹

El hospital Moyano ha presentado en 1999 un cuadro tal en materia edilicia, sanitaria, alimenticia, de convivencia que la Defensoría del Pueblo recomendó la declaración en emergencia del hospital, la inmediata clausura de un pabellón y la redistribución de las internas allí alojadas, la instalación de baños químicos provisorios, la destrucción de los chalecos de fuerza y el llamado a concurso para cubrir el cargo de director (el actual era ocupado desde hacía 9 años por un interventor).

Las pacientes, observó el Defensor, se encontraban en total estado de abandono. Algunas estaban descalzas y sin ropa. La comida que se les servía era escasa, y no contaban con vasos ni con bebidas, la que se procuran en el baño. Advirtió también que había una falta casi total de actividades para las pacientes.

El gobierno de la Ciudad dijo que había comenzado a resolver estas dificultades.

La Defensoría (...) comprobó la crítica situación del hospital (edilicia, sanitaria, alimenticia, de convivencia) y, en particular, del muy deteriorado pabellón Charcot, con una ducha y tres inodoros para 106 internas.

Esto motivó serias recomendaciones de la Defensoría al Jefe de Gobierno de la Ciudad, entre ellas, la declaración en emergencia del hospital, la inmediata clausura del pabellón Charcot y la redistribución de las internas allí alojadas, la instalación de baños químicos provisorios, la destrucción de los chalecos de fuerza y el llamado a concurso para cubrir el cargo de director (el actual es ocupado desde hace 9 años por el interventor).

(...)

³¹⁹ Informe de Gestión de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, enero 2000.
http://www.finteramericana.org/noti_casos/defensoria/www.buenosaires.gov.ar/defensoria/document1/la_defensoria.htm

Las pacientes se encontraban en total estado de abandono. Algunas estaban descalzas y sin ropa. La comida que les sirven es escasa y no cuentan con vasos ni con bebidas, la que se procuran en el baño.

(...)

Otro problema advertido es la falta total de actividades. Sólo funcionan talleres por la mañana con una duración de una hora y no todas las pacientes concurren.

Por otra parte, durante la visita pudo observarse que una paciente había sido sometida a un chaleco de fuerza —elemento prohibido por decreto nacional N° 3549 del 24/6/68— por lo cual se resolvió poner esta circunstancia en conocimiento de la justicia penal.

Anexo IV

Desigualdades y recursos en el país

A partir de 1970, y siguiendo tendencias que se abrían camino en Europa, especialmente en Italia, en Río Negro se comenzó a aplicar el método de desinstitucionalización. En 1991, la Legislatura de la Provincia prohibió expresamente la habilitación de manicomios y hospitales mentales y psiquiátricos o cualquier otra institución equivalente, pública y privada, que no se atuviera a las disposiciones de la ley provincial en favor de la desinstitucionalización.

En Neuquén funciona el primer hospital de día y centro de intervención en crisis del sur argentino, que para el 2001 había ya capacitado a medio centenar de médicos clínicos e igual cantidad de enfermeros de la provincia en el abordaje de trastornos graves en salud mental. El instituto fue el laboratorio que demostró la eficacia del médico general, y el papel de artistas, maestros, y profesores secundarios como eficientes sustitutos de los especialistas en enfermedades mentales. Según destacan las autoridades del Instituto, hasta su fundación la gente que tenía un brote psicótico -esquizofrenia, depresión, intento de suicidio- debía tratarse en Buenos Aires. Se calcula que cada paciente que era enviado representaba un gasto de 7000 pesos (dólares) mensuales.

La experiencia es tan original que se interesaron en ella los departamentos de epidemiología psiquiátrica de la Universidad de Columbia y de Inglaterra. El *British Council* financia viajes de médicos de Londres a Neuquén, y de enfermeras y doctores neuquinos para que se capaciten allá. La iniciativa, sin embargo, tuvo mucha resistencia por parte de los psiquiatras nacionales.

En el Norte del país, en tanto, los curanderos muchas veces hacen el papel de los psiquiatras y tratan la esquizofrenia con litio, aunque admiten que no pueden curarla.

En Salta, el sistema de salud pública está dividido de acuerdo a los niveles de complejidad. El nivel inicial está atendido por psicólogos, con 11 centros. De ser necesario se deriva al paciente a un hospital general. Hay un solo hospital monovalente para esquizofrenia, el Christofredo Jacob. Con 200 camas de capacidad, atiende además otras patologías psiquiátricas y adicciones. Recibe pacientes de Jujuy, Catamarca y Bolivia (por la proximidad geográfica).

En Jujuy, hay un solo hospital monovalente; en Tucumán, dos, uno para varones y otro para mujeres. En Tucumán no hay dirección de Salud Mental.

Los médicos psiquiatras consultados han coincidido en destacar como hospitales monovalentes líderes en el interior del país al Neuropsiquiátrico y a Colonia Oliva, ambos de Córdoba, en el centro del país; El Sauce de Mendoza, en el Oeste; y el Neuropsiquiátrico de Tucumán, en el Norte.

El sistema más importante se encuentra en los territorios de la Ciudad y la Provincia de Buenos Aires. Sin embargo, no han logrado establecer una adecuada coordinación ni articulación entre ellas y con la Nación.

En la ciudad de Buenos Aires, uno de los monovalentes más importantes es el Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario "José Tiburcio Borda" (varones), que contaba con un total de 1089 pacientes internados de los cuales 546 contaban con 50 años y más (50,13 %). En un 80% el Borda está ocupado por esquizofrénicos, y atiende a su vez a 800 esquizofrénicos ambulatorios.

También en Buenos Aires, el Hospital Nacional "Dr. Braulio A. Moyano" (mujeres) contaba con un total de 1577 pacientes internadas, de las cuales 1043 (66,13 %) tenían 50 años y más. Tienen asimismo un destacado servicio de salud mental los hospitales Tobar García (jóvenes), y el Alvear.

Todos los mencionados son estatales. Hay, además, 28 centros de salud que funcionan en otros tantos hospitales municipales. El Sistema de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires cuenta, aproximadamente, con 2912 camas para internación. La ciudad tiene déficit de camas de internación para pacientes de más de 60 años y para niños hasta 16 años.

La Red de Servicios de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires está integrada por 1.782 profesionales: psicólogos (49,9 %), psiquiatras (33,2 %), psicopedagogos, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales, musicoterapeutas, sociólogos, fonoaudiólogos y psicomotricistas. Las disciplinas mencionadas representan aproximadamente un 18% de la dotación total de profesionales que prestan servicios en los establecimientos dependientes de la Secretaría de Salud.

El Hospital Interzonal Colonia Dr. Domingo Cabred, de la provincia de Buenos Aires, es uno de los más importantes establecimientos psiquiátricos del país. Contaba con total de 1134 pacientes internados, de los cuales 550 (48,50%) tenían 50 años y más. Al Hospital Melchor Romero (La Plata), se lo considera como uno de los más avanzados del país en estos momentos en el tratamiento de la enfermedad mental. El Hospital Interzonal "José A. Estévez", de Temperley, contaba con un total de 1002 pacientes internadas de las cuales 613 enfermas tenían 50 años y más (61,17%). Hospital Interzonal Neuropsiquiátrico Especializado en Agudos y Crónicos "Dr. Alejandro Korn", contaba con un total de 1089 pacientes internados en la Dirección de Rehabilitación, de los cuales 550 (50,50%) tenían 50 años y más.

Anexo V

La marginalidad, en tres estudios en la Capital Federal³²⁰

En el Servicio de Psicopatología del Hospital General de Agudos "Doctor Teodoro Álvarez", de la Ciudad de Buenos Aires, la evaluación de una población de 150 pacientes (56% de mujeres y 44% de varones) en primera consulta, en forma ambulatoria, arrojó los siguientes resultados:

- La mayor parte de los pacientes tenía entre 20 y 50 años para ambos sexos, es decir en la edad de mayor productividad en lo laboral, profesional y familiar.
- Al momento de la consulta estaban desocupados el 32%, eran amas de casa el 22%, empleados el 16% y jubilados, estudiantes, actrices, abogados, empresarios, comerciantes, albañiles, vendedores, etcétera, siempre menos de 5 pacientes.
- El 21% presentaba trastorno psicótico (hombres, 59%; mujeres, 41%); trastorno adaptativo, el 7%; trastornos asociados a patología clínica, 5%
- En desocupados, el Trastorno psicótico engloba al 40%, los trastornos asociados a patología clínica al 6% y el trastorno adaptativo al 4%. El porcentaje de trastornos psicóticos parece elevado en comparación con la experiencia médica en la actividad privada.
- Entre ellos, existe una alta tasa de desocupación, lo cual puede adjudicarse a la carencia de programas de rehabilitación social y a los síntomas residuales de la psicosis.

Los especialistas han trabajado con el manual DSM-IV, y observaron una gran dificultad para su uso en el diagnóstico de hechos clínicos concretos.

³²⁰ Basado en un informe de consultoría preparado en el 2001 para un Laboratorio internacional interesado en conocer el tratamiento de la salud mental en el país.

En otro estudio, una revisión de historias clínicas de pacientes cuya primera internación se hizo en enero de 1977, evaluadas hasta diciembre de 1988, permitió identificar 97 pacientes de sexo femenino cuyas edades en el primer ingreso variaban entre 15 a 85 años (promedio 40,1).

- La mayoría (39%) tenía psicosis esquizofrénica.
- El nivel de escolaridad en la primera internación mostró 1 paciente analfabeta (retraso mental). En las restantes 96 hubo predominio del nivel primario (67%), seguido por el secundario (26%) y el terciario (6%). El 40% tenía cobertura social.
- La cantidad de internaciones fue desde 1 hasta un máximo de 5; el 78,3% tenía sólo 1 internación y sólo 2% con 5 internaciones, con un promedio de 1,1% en trastornos neuróticos de personalidad, 1,63% en psicosis esquizofrénica y 1,2% en estados paranoides. El tiempo total de internación (sumando todas las internaciones) es menor de 1 año en casi la mitad de las pacientes; el promedio es de 2,2 años.
- En casi 60% había antecedentes psiquiátricos familiares.
- Se aplicaron tratamientos biológicos, farmacológicos y psicológicos; la modalidad más empleada fue la combinación de fármacos y psicoterapia (54,6%).
- Al completarse el período de estudio permanecía internado el 16,5% y había sido dado de alta el 78,4%.
- De esas 76 pacientes, el 34,2% cumplió en forma satisfactoria el control ulterior. De 5 que habían fallecido, las causas fueron: crisis epiléptica (1), edema de pulmón (1), suicidio (3).

Un tercer estudio, realizado en 1999, en la Ciudad de Buenos Aires, sobre 74 personas sin techo casi el 40% había recibido alguna vez en su vida atención psiquiátrica y prácticamente el 10% de ellos había tenido alguna internación psiquiátrica, es decir cinco de 74 personas,

proporción superior a la de la población general. Entre las mujeres la condición mental más prevalente es la esquizofrenia; entre los varones, el alcoholismo.

Anexo VI

El 48.1 % de la población del país no tiene cobertura de ningún tipo³²¹

En el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 se incluyó la pregunta sobre Cobertura de Salud, entendiéndose la misma como si "está asociado a obra social", "plan médico privado o mutual" o "ambas" alternativas.

A partir de los resultados del mencionado censo, se identificó que un 36,9 % de la población no tenía cobertura de ningún tipo, variando los porcentajes entre provincias entre 19,7 % (Ciudad de Buenos Aires) y 57,3 % (Formosa). En la distribución el valor del medio (la mediana) era 38,2 %.

En el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001, se incorporó la misma pregunta, con igual categorización y definiciones, de manera que es posible hacer comparaciones.

Es observable el notable incremento en todas las provincias, con excepción de Tierra del Fuego, del porcentaje de la población sin cobertura de salud.

En función de los resultados del mencionado relevamiento estadístico del 2001, se identificó que un 48.1 % de la población del país no tenía cobertura de ningún tipo, variando los porcentajes entre provincias entre 26.2% (Ciudad de Buenos Aires) y 65.8 % (Formosa). En la distribución el valor del medio (la mediana) era 48.8 %, como puede verse en el cuadro precedente.

De acuerdo con el censo 2001 mencionado, diez (10) jurisdicciones están por encima del 50 % de población sin cobertura de salud (cinco de ellas superan el 60 %). En 1991 sólo tres (3) jurisdicciones superaban el 50 % de población sin cobertura, no registrándose ninguna jurisdicción por encima del 60 %.

³²¹ Variaciones de la cobertura según los censos nacionales de Población y Vivienda 1991 y 2001-Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud y Ambiente <http://www.deis.gov.ar/informes.htm>

Exceptuando Ciudad de Buenos Aires, Santa Cruz y Tierra del Fuego, puede observarse que aproximadamente cada dos personas, al menos 1 ó más de 1, no tienen cobertura de salud.

Esta situación se explica por el hecho de que los sistemas de cobertura vigentes están fuertemente relacionados con el empleo en blanco y estable. Justamente, en la década de los 90', se agudizaron los procesos de desocupación, subocupación y precarización laboral con la consecuente pérdida, entre otros beneficios sociales, de la cobertura de salud. (Para mayor información véase el Capítulo I)

Bibliografía

Aguiar, Elina (2001), "Desocupación: terror y amenaza cotidiana", en **Revista Topía**, año **XI**, n° **32**, septiembre/octubre.

Arceo, Enrique, "América Latina y el nuevo orden mundial", "campus virtual" de CLACSO, Buenos Aires, 2004.

Arceo Enrique, Schorr Martín, "Argentina: del modelo de la convertibilidad al modelo del dólar alto", "campus virtual" de CLACSO, Buenos Aires, 2004.

Argumedo, Alcira, "Pobreza y Desigualdad Social en el Mercosur", periódico digital Rebelión, 2001.

Arias Beatón, Guillermo, *Evaluación y Diagnóstico en la Educación y el Desarrollo desde el Enfoque Histórico Cultural*, San Pablo, Editora Laura Marisa Carneilo Calejon, 2001.

Azpiazu, Daniel y Nochteff, Hugo, *El desarrollo ausente, restricciones al desarrollo, neoconservadurismo y élite económica en la Argentina*, Ensayos de Economía Política, Editorial Tesis/Norma. Buenos Aires, noviembre de 1994.

Azpiazu, Daniel, "Programas de ajuste en la Argentina en los años ochenta: década perdida o decenio regresivo", ponencia presentada en el seminario "Ajuste económico, sindicalismo y transición política en los años ochenta", organizado por el Memorial de América Latina", Sao Paulo, marzo 1991.

Barkow, Tooby & Cosmides, *The Adapted Mind*, Oxford University Press, 1992.

Barrionuevo, Hugo, "Profesionalizar la gestión en salud mental", Fundación Instituto Universitario I Salud.

Berlin, Isaiah (1958), *Cuatro Ensayos sobre la Libertad*, Alianza Editorial, Madrid, 1996.

Berlinguer, Giovanni, *La enfermedad*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1994

- Bertomeu, María Julia (2002), "Equidad y mercado en salud" en *Genoma Humano*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, Editorial Rubinzal-Culzoni, 2004.
- Bertomeu, María Julia (2002), *Las raíces republicanas del mundo moderno*, Conicet, UNLP. Argentina, en prensa, Madrid.
- Bertomeu, María Julia (2003), *Propiedad, ciudadanía y libertad: A propósito de una idea republicana de Kant*, Conicet, UNLP, Argentina.
- Bertomeu, María Julia, Vidiella, Graciela (1996), *Asistir o Capacitar: En defensa de un derecho a la salud*, revista **Perspectivas Bioéticas en las Américas**, Número 1, Bs. As.
- Bertomeu, María Julia, Doménech, Antoni, De Francisco, Andrés, *Republicanism and Democracy*, Buenos Aires, Editorial Pedro Miño, 2005.
- Brody, Howard, "Un bioeticista ofrece sus disculpas" en **Newspaper for The Rest of Us**, www.lansingcitypulse.com/041006/features/health.asp, Editor Berl Schwartz, 6 de octubre de 2004.
- Buss, David, *Evolutionary Psychology. The New Science of the Mind*, EEUU, Allyn & Bacon, 1999.
- Carpintero, Enrique, Vainer, Alejandro (2004), *Las Huellas de la Memoria*, Buenos Aires, Editorial Topía.
- Casals de Corne, Alicia; Fernández, Fiz Antonio; Lardies González, Julio, *Panorama Histórico de la Medicina Argentina*, Buenos Aires, Todo es Historia, 1977.
- Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), "Indicadores de Seguimiento de Políticas en Salud" (mesa debate), Seminario VII, Buenos Aires, Noviembre de 2003.
- Costa, Maria Victoria (2003), *Justicia Política y Educación Ciudadana*, Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de La Plata (UNLP).
- Daniels, Norman, *Just Health Care*, Cambridge, USA, Cambridge University Press, 1985.

Daniels, Norman, *Justice and Justification*, Cambridge, USA, Cambridge University Press, 1996.

Daniels, Norman, "Rights to Health Care and Distributive Justice: programmatic worries".

Journal of Medicine and Philosophy 4:2.

Daniels, Norman, "Justice, Health and Health Care", *Medicine and Social Justice: Essays on the Distribution of Health Care*, Rosamond Rodhes, Margaret P. Battin, Anita Silvers, Oxford, Oxford University Press, 2002.

Daniels, Norman, "Special Communication: The Ethics of Health Sector Reform in Developing Countries: An evidence-Based Approach to Benchmarking Fairness", EE.UU.

Sitio web <http://www.hsph.harvard.edu/faculty/NormanDaniels.html>

Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, Informe de Gestión, enero de 2000.

De Francisco, Andrés y Raventós, Daniel (2003). *Ricos y Pobres*, diario El País de Madrid.

De Ortúzar, Graciela (2005). *Justicia en Salud y Genética*, Tesis de Doctorado de Filosofía, capítulo VII, Universidad Nacional de la Plata (UNLP), (inédito).

De Silvio Nicasio, María Fernanda, "El proceso de transformación de Salud Mental en Santos. Deconstrucción de saberes, instituciones y cultura", Tesis de Maestría en Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica, San Pablo, 1994.

Domènech, Antoni (2003), *El eclipse de la fraternidad. Una revisión republicana de la tradición socialista*, Barcelona, Editorial Crítica.

Domènech, Antoni, "Memoria Académica: De La Ciencia Social a la Filosofía de la Ciencia: Un viaje de Ida y Vuelta", Universidad de Barcelona, 2001.

Domènech, Antoni, "Ocho Desiderata Metodológicos de las Teorías Sociales Normativas", revista **Isegoria**, Madrid, 1998

DSM-IV, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Editorial Masson, Barcelona, 1997.

Efron, Rubén (2005), Programa de la materia Niñez y Adolescencia, Universidad Nacional de Lanús.

Engelhardt, Tristram (1995), *Los fundamentos de la Bioética*, Editorial Paidós.

Ey Henry, Bernard Paul, Brisset Charles (1987), *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona-México, Editorial Masson.

Farell, Martín Diego, “El alcance (limitado) del multiculturalismo” en *Universalismo y Multiculturalismo*, María Julia Bertomeu, Rodolfo Gaeta, Graciela Vidiella (compiladores), Buenos Aires, Editorial Eudeba, 2000.

Fernández Beatriz, Mecle Armiñana Elina, “La justicia social de mediados de siglo en Argentina: derechos sociales, nuevo modelo de acumulación y búsqueda de un nueva utopía.”, en *La (in) justicia social en el marco de políticas públicas y modelos de desarrollo*, Florida-Pcia. de Buenos Aires, Editorial Proyecto Editorial, 2003.

Freud, Sigmund (1930), *El Malestar en la Cultura, Obras Completas*, Buenos Aires, Editorial Amorrortu, Tomo XXI, 1988.

Freud, Sigmund (1926), *Inhibición, Síntoma y Angustia, Obras Completas*, Buenos Aires, Editorial Amorrortu, Tomo XX, 1988.

Freud, Sigmund (1933), “En torno a una cosmovisión”, *Obras Completas*, Tomo XXII, Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1989.

Galende, Emiliano, *Psicoanálisis y Salud Mental*, Buenos Aires, Paidós, 1997.

Galli, Vicente, “Formación de recursos humanos para psiquiatría y salud mental comunitarias: problemáticas y posibilidades”, *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, n° 3, agosto de 2000.

Galli, Vicente, “Algunas problemáticas identificatorias, éticas y epistemológicas para trabajadores de salud mental”, versión corregida y abreviada de la Conferencia realizada en la inauguración del iPsi (Centro de Atención, Docencia e Investigación en Salud Mental), Barcelona, el 10 de febrero de 1994.

- Gianella, Alicia (2003), clases del seminario de doctorado “Conocimiento e Información en las ciencias cognitivas: ¿Una nueva epistemología?”
- Goodin, Robert E., “La utilidad y el bien” en *Compendio de Ética*, Madrid, Peter Singer (ed), Editorial Alianza, 1995.
- Goodin, Robert E., *Protecting the Vulnerable*, Chicago, Editorial The University of Chicago Press, 1985.
- Gould, Stephen Jay, *La falsa medida del hombre*, Barcelona, Editorial Crítica, 1997.
- Grob, G. N., “Origins of DSM-I: a study in appearance and reality”, **American Journal of Psychiatry**, 148: 421-431, 1991.
- Guariglia, Osvaldo, *Moralidad. Ética Universalista y Sujeto Moral*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1996.
- Harlem Brundtland, Gro, “Informe por la salud mental en le mundo”, 2001.
- Hirschfeld, Lawrence y Gelman Susan A., *Cartografía de la mente. La especificidad de dominio en la cognición y en la cultura*, Vol. I y II, Barcelona, Editorial Gedisa, 2002.
- Iacononi, Lucía, “El hospital interzonal Colonia Dr. Domingo Cabred y el Método Open Door”, en **Alcmeón – Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica**, Año X, Vol. 7, marzo 1999.
- Kant, Manuel (1785), *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbre*, México, Editorial Porrúa, 1995.
- Kohn, Marek, “Why an unequal society is an unhealthy society” en *New Statesman*, 26 de julio de 2004.
- Krugman, Paul, “Siempre salarios bajos. Siempre.”, *The New York Times*, 13 de mayo de 2005.
- Laing, Ronald D, (1967). *La política de la experiencia*, Editorial Crítica, Barcelona, 1978.
- Lamb, Marion y Jablonka, Eva, *Evolution in Four Dimensions*, Editorial MIT, Cambridge, EEUU, 2005.

Langer, Marie, del Palacio, Jaime y Guinsberg, Enrique, *Memoria, Historia, y Diálogo Psicoanalítico, Declaraciones de los grupos Plataforma y Documento*, en Cuestionamos.

La Valle, María Teresa, “¿Informe Brundtland o economía ecológica? Acerca de los conceptos de desarrollo y cuidado del ambiente”, Cuadernos de Filosofía N° 46, 1999, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Levcovich, Mónica, “Matriz de Gasto y Financiamiento en Salud” en “Indicadores de Seguimiento de Políticas en Salud” (mesa debate), CEDES, Seminario VII, Buenos Aires, Noviembre de 2003.

CEDES, op. cit., pág. 3.

Lodieu, María Teresa, “La infancia empastillada”, en Sorokin, P. (comp.): *Drogas. Mejor hablar de ciertas cosas*, Departamento de publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, UBA, 1997.

Luna, Florencia, “Research in Developing Countries: The Ethical Issues”, en *Bioethics, Latin American Perspectives*, Amsterdam, New York, Editado por A. Salles y M.J. Bertomeu, Editorial Rodopi, 2002.

Maffía, Diana, “Éticas y feminismos” en *Los derechos reproductivos son derechos humanos*, Asamblea Permanente por los Derechos Humanos, Comisión La Mujer y sus Derechos, Buenos Aires, 1995.

Marazina, Isabel, Tesis de Maestría, *Psicoanálisis Implicado. Algunas consideraciones sobre la implantación del psicoanálisis en San Pablo (Brasil) y Argentina. Su relación con la Salud Mental*, Pontificia Universidad Católica, San Pablo, 2003, inédito.

Marcuse, Herbert (1953), *Eros y Civilización*, Editorial Seix Barral, Barcelona, 1968.

Menéndez, Eduardo, “El modelo médico y la salud de los trabajadores” en Revista **Salud Colectiva**, Vol. I, número 1, 2005.

Moreira, Virginia y Lackland Sam, David, "The mutual embeddedness of culture and mental illness", en W.J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes, & D. N. Sattler (Eds.), **Online Readings in Psychology and Culture** (Unit 9, Chapter 1), Center for Cross-Cultural Research, Western Washington University, Bellingham, Washington USA.
(<http://www.wwu.edu/~culture>),

Mercado, Tununa, *Yo nunca te prometí la eternidad*, Buenos Aires, Editorial Planeta, 2004.

Ministerio de Salud, "Situación de salud en Argentina", informe 2003.

Moledo, Leonardo, "Recuerdos del Futuro", diario *Página 12* del miércoles 22 de junio de 2005.

Mundo Blanch, Jordi, Conferencia *Ciencia Social y cognición humana: ¿por qué apostar a la psicología evolucionaria?*, dictada el 11 de junio de 2003 en la Universidad Nacional de La Plata.

Neri, Aldo, *Salud y Política Social*, Buenos Aires, Hachette, 1982.

Neri, Aldo, "Democracia y Salud", en mera, J. (ed.), 1994.

Nesse, Randolph y Lloyd, Alan, "Intrapsychic Processes", en Barkow, Tooby & Cosmides, *The Adapted Mind*, Oxford University Press, 1992

Nozick, Robert, *Anarquía, Estado y Utopía*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1988.

Organización Mundial de la Salud (OPS), informe de salud en Argentina, 2003.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), informe de salud en Argentina, 2003.

Ortiz, Zulma, CEDES, "Indicadores de Seguimiento de Políticas en Salud" (mesa debate), Seminario VII, Buenos Aires, Noviembre de 2003.

Pedroncini Alberto, Pérez Esquivel Adolfo, De Luca José, Blatezky Arturo, Cortiñas Nora, Moreau Ernesto y Szmukler Beinusz, *Querrela Criminal por los Delitos de Subversión*

- Económica (art. 6 y concordantes de la ley 20.840), Tratos Inhumanos, crueles y degradantes, 2005. <http://www.abogarte.com.ar/querellapedroncini.html>
- Pennacchi, Laura, *Las Razones de la Equidad* (comp.), Buenos Aires, Losada, 1999.
- Peterson, Elisabeth A., "Relief of Poverty Improves Child Mental Health", artículo de la sección **Journal notes** del Swedish Medical Centre, Seattle, Washington, Editorial EBSCO, 2005. <http://www.swedish.org/17534.cfm>
- Pettit, Philip, *Republicanism*, Barcelona, Editorial Paidós, 1999.
- Plotkin, Henry, *Evolution in Mind*, Harvard, Harvard University Press, 2000.
- Raventós, Daniel, *El Derecho a la Existencia*, Barcelona, Ariel, 1999.
- Rawls, John (1952-1982), *Justicia como equidad*, editorial Tecnos, Madrid, 1986.
- Rawls, John (1971), *Una teoría de la justicia*, México, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1993.
- Rogers, Wendy, Raven, Melissa, Jureidini Jon, "Partnerships between academia psychiatry and the pharmaceutical industry" en **Australian Psychiatry**, Vol. 13, N° 1, Marzo 2005.
- Rogers, Wendy, "Evidence based medicine and justice: a framework for looking at the impact of EBM upon vulnerable or disadvantaged groups", **Journal of Medical Ethics**, 30: 141-145, 2004.
- Roudinesco, Elisabeth, *El paciente, el terapeuta y el estado*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno, 2005.
- Royer de García Reinoso, Gilberta, "Algunas consecuencias píquicas de las transformaciones sociales", Ponencia V congreso metropolitano de psicología, Buenos Aires, 1988.
- Rushton, Philippe J, "Race, intelligence, and the brain: The errors and omissions of the 'revised' edition of S. J. Gould's *The mismeasure of man* (1996)", en la revista **Personality and Individual Differences**, Volumen 23, Tema 1, Editorial Elsevier Science LTD, Gran Bretaña, Julio de 1997.

- Sabin, James y Daniels Norman, "Managed Care: Public-Sector Manager Behavioral Health Care: V. Redefining 'Medical Necessity'-The Iowa Experience", *Psychiatr. Serv.*, 51:445-459, Abril 2000.
- Salles, Arleen, "Autonomy and Culture: The case of Latin America", en *Bioethics. Latin American Perspectives*, Amsterdam, New York, Editado por A. Salles y M.J. Bertomeu, Editorial Rodopi, 2002.
- Sethson, Jorge, *Informe de Consultoría*, Buenos Aires, 2001.
- Sloan, F. y Bentkover, J. D., *Access to Ambulatory Care and the US Economy*, Lexington, MA: Lexington Books, 1979.
- Solanas, Fernando Ezequiel, película *Memorias del Saqueo*, coproducción Argentina/Francia, 2003.
- Sommer Susana, "De Watson y Crick a Dolly" en *ADN 50 años no es nada*, Alberto Diaz y Diego Golombek, (comp.), Buenos Aires, Editorial Siglo XXI, 2005.
- Stolkiner, Alicia, "Tiempos 'posmodernos': ajuste y salud mental" en *Políticas en Salud Mental*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1994.
- Szasz, Thomas S., "The myth of mental illness", en *Ethics of Psychiatry: Insanity, Rational Autonomy and Mental health care*, Rem B. Edwards, Amherst, New York, Editorial Prometheus, 1997.
- Teitleman, Michael, "The Medical, the Mental, and the Dental: Vicisitudes of Stigma and compassion" en *Medicine and Social Justice: Essays on the Distribution of Health Care*, Rosamond Rodhes, Margaret P. Battin, Anita Silvers, Oxford, Oxford University Press, 2002.
- Testa, Mario, *Pensar en Salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1997.
- Vanossi, Jorge R., *La Constitución Nacional y los Derechos Humanos*, Buenos Aires, Editorial Eudeba, Universidad de Buenos Aires, 1994.
- Veronelli, Juan Carlos, *Medicina, Gobierno y Sociedad*, Buenos Aires, El Coloquio, 1974.

Vezzetti, Hugo, *Aventuras de Freud en el país de los argentinos. De José Ingenieros a Enrique Pichon Rivière*, Buenos Aires, Paidós, 1996.

Vezzetti, Hugo, *Freud en Buenos Aires 1919/1939*, Buenos Aires, Editorial Puntosur, S.R.L., 1989.

Vidiella, Graciela, *El Derecho a la Salud*, Buenos Aires, Editorial Eudeba, 2000.

Visacovsky, Sergio, *El Lanús*, Madrid/Buenos Aires, Alianza, 2002.

Wakefield, Jerome, "The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values" en *Ethics of Psychiatry: Insanity, Rational Autonomy and Mental health care*, Rem B. Edwards, Amherst, New York, Editorial Prometheus, 1997.

Watson, Paul y Andrews, Paul, "Toward a revised evolutionary adaptationist analysis of depression: the social navigation hypothesis", **Journal of Affective Disorders**, Vol. 72, octubre 2002, editorial Elsevier Science LTD, Gran Bretaña.

Worsley, Peter, *Knowledges: Culture, Counterculture, Subculture*, New York, Editorial New Press, 1998.

Woods, Silvia, "Psicoanálisis y Política", ponencia en el Congreso de los Estados Generales París, 2000, <http://psiconet.com/foros/egp/woods.htm>. Expuesto en las Primeras Jornadas sobre "Cultura, Crisis y Desarrollo Social, efectuada los días 1 y 2 de noviembre de 2002 en la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires en la ciudad de Tandil.

Woods, Silvia, "El diagnóstico y las adicciones", ponencia en el ateneo clínico del 30 de agosto de 1997, en la Institución Encuentro Clínico, Buenos Aires, (inédito).

Zagouri, Radmyla, *Pulsiones de Vida*, Buenos Aires, Editorial Portezuelo, 2005.



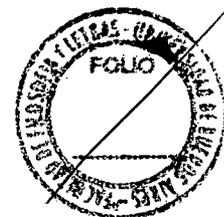
Tesis de Maestría
Facultad de Filosofía y Letras
Universidad Nacional de Buenos Aires

Alcances y límites del concepto de salud/enfermedad
de Norman Daniels
como criterio de acceso al sistema sanitario en Salud Mental

Silvia Woods

Octubre 2005

Tesis maestría – Fe de Erratas



En la página 9, tercer párrafo, donde dice

Finalmente quiero expresar mi deseo de que sea apreciada dentro de los criterios

Debe decir

Finalmente quiero expresar mi deseo de que esta tesis sea apreciada dentro de los criterios

En la página 14, segundo párrafo, última línea donde dice:

instituciones que se ocupan ella.

Debe decir

instituciones que se ocupan de ella.

En la página 14, cuarto párrafo, última línea donde dice:

Conviene, lo que les conviene a ellos, único interés que considerarán legítimo. **MORENO**

Debe decir

Conviene, lo que les conviene a ellos, único interés que consideran legítimo.

En la página 32, nota al pie número 42, donde dice:

como lo observa Diana Mafia. Ver nota al pie en la página 31.

Debe decir:

como lo observa Diana Mafia. Ver nota al pie en la página 34.

En la página 57, nota al pie número 85, donde dice:

...Rawls plantea que la desobediencia civil es la conducta moralmente apropiada:

Debe decir:

...Rawls plantea que la desobediencia civil es la conducta moralmente apropiada en determinadas circunstancias :



En la página 72, nota al pie número 109, donde dice:

–como dije en una nota al pie en la página 60–

Debe decir:

–como dije en una nota al pie en la página 64–

En la página 95, nota al pie número 109, donde dice:

de concentración empresarial y de oligopolización de la interdependencia económica:

Reagan (fecha)

Debe decir:

de concentración empresarial y de oligopolización de la interdependencia económica:

Reagan (fecha)

En la página 108, nota al pie número 162, línea 10, donde dice:

los trastornos “mentales” y mucho de “mental” en los trastornos “físicos”. el problema planteado por el

Debe decir:

los trastornos “mentales” y mucho de “mental” en los trastornos “físicos”. El problema planteado por el

En la página 132, nota al pie número 184, donde dice:

En realidad la forma más genuina de atenuar ese riesgo es trabajar en equipos de salud metal en

Debe decir:

En realidad la forma más genuina de atenuar ese riesgo es trabajar en equipos de salud mental en

En la página 141, nota al pie número 193, donde dice:

biomédicas –a las que se debe recurrir– deben incluir la teoría evolucionaria. Pág. 97 de esta tesis.



Debe decir:

biomédicas –a las que se debe recurrir- deben incluir la teoría evolucionaria. Pág. 101 de esta tesis.

En la página 170, nota al pie número 242, donde dice:

Página 112.

Debe decir:

Página 111.

En la página 179, nota al pie número 260, donde dice:

Ver página 158.

Debe decir:

Ver página 162.

En la página 193, línea 19, donde dice:

individuo y desafían los resultados de los descubrimientos que cité.

Debe decir:

individuo y apoyan los resultados de los descubrimientos que cité.

En la página 194, nota al pie número 281, donde dice:

Ver nota al pie página 99.

Debe decir:

Ver nota al pie página 103-104.

En la página 194 en la nota al pie número 282, en donde dice:

Para una comprensión histórica de la definición de salud de la OMS, ver lo planteado por el Dr. Galli de la página 98.

Debe decir:

Para una comprensión histórica de la definición de salud de la OMS, ver lo planteado por el Dr. Galli de la página 102.

En la página 197, nota al pie número 284, última línea, donde dice:

Respecto de la medicina social consultar también la nota al pie en la página 162.

Debe decir:

Respecto de la medicina social consultar también la nota al pie en la página 166.



Licenciada Silvia Woods

Expte: 876641/93

Fecha: 3 de marzo de 2006