

El sistema hospitalario público del Partido de San Isidro: un caso para poco público

Por Fernando Gauna Alsina¹

Introducción.

La justicia federal de San Isidro, a instancias de una denuncia promovida por personal de la Municipalidad, procesó a Cecilia Susana Soriano y Sandra Analía Vildosola por considerarlas coautoras del delito de *falsificación ideológica de documento público* (art. 293 CP). Tuvieron por probado que, en su calidad de integrantes de la delegación local del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, habían colocado datos falsos en los DNI de J. J. B. y M. D. P. internadas para ese entonces en el Hospital Central de San Isidro.

El escenario era el siguiente. Una disposición municipal –aún vigente– impedía que el personal del hospital brindara asistencia médica a quien no tuviera domicilio en San Isidro. Ello, puesto que se financiaba exclusivamente con fondos municipales y no tenía por qué, a criterio de los denunciantes, atender a los habitantes de otros municipios². Desde ese lugar, constituía un requisito insoslayable para cualquier paciente acreditar mediante la exhibición del DNI que residía en el partido.

Siendo ello así, la familia de J.J.B. y M.D.P., por cuanto estos últimos vivían en otras localidades, recurrieron al Registro con el propósito de obtener el *cambio de domicilio*. Ante este panorama, Soriano y Vildosola *relajaron*³ los requisitos para realizar el

¹ Estudiante de derecho de la Universidad de Palermo. Integrante de la Asociación Pensamiento Penal.
Correo electrónico: fer_gaunaalsina@yahoo.com.ar

² Valga aclarar que ante un cuadro de salud de una persona extraña al vecindario que no admitiese demora, el hospital brindaba la atención médica que exigiese la urgencia, para luego sí, exigir su traslado a cualquier otro hospital público o privado ubicado dentro del radio de su domicilio.

³ A grandes rasgos, ha sido ésa la hipótesis que tuvo por probada la jueza de instrucción. Entre otras cosas, sobre la base del propio descargo de las imputadas. Sin embargo, los integrantes de la Cámara de Apelaciones entendieron que no había sido demostrado que las imputadas hubieren tenido motivos para sospechar de la presunta falacia del domicilio y, por tanto, que hubieren obrado con dolo. Ello,

trámite y otorgaron la inscripción que, luego, les valió el inicio de la causa penal. A su juicio, el hecho de que B. y D. P. se encontrasen al cuidado de sus familiares, quienes sí residían en San Isidro, implicaba que en la práctica se habían mudado. De manera que, a su criterio, tenía asidero legal concretar el trámite, independientemente del lugar donde residían antes de su episodio de salud.

El propósito de este trabajo lejos se encuentra de evaluar la decisión que recayó en sede penal. Intentaré determinar si es posible consentir el escenario que subyace detrás: que un hospital público -como lo es el Hospital Central de San Isidro-se encuentre habilitado legalmente a restringir el acceso a la salud del modo en lo que hace éste, so pretexto de que sólo se solventa con ingresos y tasas locales. Es ése, en definitiva, el argumento que sostiene la disposición municipal y el consenso de algunos *vecinos* que avalan la medida⁴.

Un paréntesis obligado: la competencia en materia de salud.

El *derecho a la salud* se encuentra reconocido en derecho local, así como en los Tratados Internacionales que a partir de la Reforma Constitucional de 1994 gozan de jerarquía constitucional. La Constitución Nacional prevé la protección de los consumidores y usuarios de bienes y servicios (art. 42); al tiempo que la Constitución de la Provincia de Buenos Aires, al imponer la promoción de la eliminación de obstáculos económicos, sociales o de cualquier otra naturaleza, que afecten o impidan el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales, garantiza el acceso a la salud de todos sus

básicamente, sobre la base de que era posible autorizar cambios de domicilio bajo la modalidad de *declaración jurada* –Reglamento 1824 de la Prov. Bs. As.-. Así pues, revocaron la decisión de la jueza y decretaron la falta de mérito –c/n°892/12, Reg. 6071, Rta. 5 de julio de 2012-. Pero este cuadro no tiene relevancia alguna con relación al objeto de este trabajo. De manera que no tiene sentido profundizar o brindar mayores consideraciones.

⁴ Debo destacar que no surge de los *considerandos* de la resolución de primera instancia o de la Cámara de cuál es la norma que dispone esta restricción. Sin embargo, la vigencia de la disposición es de público y notorio conocimiento en San Isidro. Existe un estudio de campo que refleja no sólo la existencia de la norma, sino también que se trata de una consigna que la *administración* actual se empeña por defender e instalar en la opinión pública local (<http://www.latinpedia.net/Salud-y-medicina/salud/Salud-Derecho-o-Bien-de-Mercado-ad788.htm> visitado el 31 de julio de 2012.

habitantes en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos, sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación (art. 36).

En el plano internacional, entre otros, la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* prevé que 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 (art. 11), el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* estipula que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (art. 12); y la *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer* obliga a los Estados Partes a adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica (art. 12).

Sobre esta base, la distribución de competencias entre la Nación y las provincias responde a los principios generales. Se trata de un asunto de incumbencia local, pero ante situaciones que la rebasen, como lo son, pues, problemas de índole *interjurisdiccional* o cuando se encuentra en juego la *prosperidad*, demanda la intervención del Estado Nacional. Aparecen entonces las facultades federales exclusivas o concurrentes: el poder central sólo debe intervenir si el problema excede a las provincias, ya sea por su área o por su dimensión⁵.

Por lo demás, cabe señalar que la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha reafirmado en distintos pronunciamientos la obligación impostergable de la autoridad pública de garantizar el acceso a la salud con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de medicina prepaga⁶.

⁵ Conf. Bidegain, Carlos María y otros, “Curso de Derecho Constitucional”, 2001, Abeledo Perrot, Tomo V, pag. 116 y sstes.

⁶ Conf. BIDEGAIN, Carlos María y otros. Ob. cit.

Resumiendo, la *protección de la salud* es una obligación impostergable cuya exigencia no sólo deriva de la legislación nacional, sino también de los instrumentos internacionales. De manera que cualquier tipo de incumplimiento no sólo tiene entidad para generar reproche en el ámbito interno, sino también, para poner en marcha la responsabilidad internacional estatal. Por lo demás, si bien se trata en principio de un tema de competencia ejecutiva local, la Nación se encuentra obligada a intervenir cuando el problema exceda aquella esfera.

Una primera aproximación al problema: la inequidad del sistema de salud en la República Argentina.

Pues bien; en lo que hace al servicio de salud en sí mismo, debo señalar que el sistema actual está integrado por tres subsistemas. *El público*, cuyo propósito consiste en brindar servicios de salud de forma gratuita a toda la población y que se mantiene básicamente a través del sistema impositivo; *el de las obras sociales*, que funciona cual suerte de seguro social para la protección de los trabajadores asalariados, así como de sus familiares directos, cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado; y *el privado*, integrado por las empresas de medicinas prepagas, financiadas con el aporte de sus usuarios⁷.

El *subsistema público* es utilizado en mayor medida por los integrantes de los grupos sociales de más bajos ingresos, tiene una amplia distribución geográfica, y presencia en zonas que el *sector privado* considera que no son rentables. El de *las obras sociales*, concentra a la mayor parte de la población y constituye el eje constitutivo del sistema de salud. Finalmente, dentro de *las empresas de medicina prepaga* se aglutinan entidades, cuya oferta de servicios cubiertos es mucho mayor que el *de las obras sociales* y que se

⁷ Conf. Acuña, Carlos H. y Chudnovsky, Mariana, “El Sistema de Salud en la Argentina”, <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>, visitado el 28 de Julio de 2012.

financian con el aporte de sus usuarios. Por lo general, tienen medianos y altos ingresos y, muchas veces, cobertura de seguridad social. Es decir, doble afiliación⁸.

En el común de los casos, el sistema hospitalario público está signado por una situación de colapso, cuyo origen es la falta de recursos humanos, insumos, equipamiento, etc. A modo de ejemplo, cabe señalar que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires distintos bloques partidarios denunciaron el desgaste de los edificios, en muchos casos caracterizados como vetustos y obsoletos; déficits en materia de medicamentos para pacientes ambulatorios; demoras en la realización de cualquier estudio, así como en la atención en consultorios externos; falta de personal, incluso en cargos vacantes por jubilación, renuncia, etc.; disminución progresiva de camas; y cantidad de designaciones *ad honorem*.⁹ Si el sector público aún se sostiene, no ha sido sino al esfuerzo, dedicación y empeño de sus trabajadores.

Sin embargo, el *sistema privado* refleja una situación muy distinta. Son de *público y notorio* las comodidades de sus centros de salud, así como el buen estado de sus edificios, instalaciones y equipamientos en general. Pero eso no es todo. Lo más paradójico es que recibe usualmente a los trabajadores que se deciden a abandonar el sector público en búsqueda de mejores salarios. Esto, en el caso de los anestesiólogos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, también ha sido motivo de denuncia¹⁰.

Cabe entonces una primera conclusión. El acceso a la salud, cual mercancía o bien de consumo, se mueve al ritmo del mercado. De ahí, pues, una nota *intrínseca* del sistema actual: su inequidad. Pero este escenario no es para nada casual. Desde hace un tiempo a esta parte, en especial durante la *década del 90'*; el sistema de salud hizo propias las

⁸ Idem 4.

⁹ “Situación de la salud pública de la ciudad de Buenos Aires” http://www.lafogata.org/06arg/arg6/arg_11-13.htm visitado el 29 de Julio de 2012. En particular, también son categóricos los proyectos realizados por la Auditoría General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre el “Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano” y el “Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú”. Ambos a disposición en el sitio web www.agcba.gov.ar.

¹⁰ Idem 6.

consignas de gestión pública de un modelo que encontraba a muchos *gastos sociales* como un obstáculo para el desarrollo y crecimiento económico. Este cuadro encontró respaldo en la opinión pública. Básicamente, por la ineficiencia de algunos agentes del Estado para administrar espacios públicos, por diversos casos de clientelismo y corrupción, etc.

Las recetas de recorte presupuestario para *la cosa pública* determinaron entonces el fortalecimiento de los espacios privados y las transferencias de asuntos de incumbencia nacional, como lo fueron algunos hospitales públicos, hacia las jurisdicciones locales. Ello, puesto que las *privatizaciones* habrían de erradicar la ineficiencia estatal en materia de gestión y administración; mientras que las *transferencias de competencias* reducirían el gasto público nacional y solucionarían las crisis financieras de las provincias, por cuanto habrían de alcanzar otro espacio dentro de la Coparticipación Federal de Impuestos¹¹.

Sobre este período, Luis Alberto Romero sostuvo: *“La crítica neoliberal, que circuló por todo el mundo occidental, no solo afectó al Estado dirigista sino al providente, empeñando en el bienestar de la sociedad. En este segundo aspecto, la reducción de gastos acompañó la tendencia a interesarse menos por sus funciones sociales: no sólo por las específicas del Estado benefactor sino aquellas otras que, según cualquier concepción del Estado, son irrenunciables. El Estado redujo su participación en el desarrollo y hasta en el mantenimiento de las obras públicas, la salud, la educación, el sistema jubilatorio, la defensa y la seguridad. Trató de transferir la responsabilidad a los usuarios, según sus respectivas posibilidades, y de asumir solamente la parte destinada a los pobres o indigentes. El principio de que el Estado tiene una función en relación con la equidad y la justicia social, una de las más importantes conquistas de la sociedad argentina en el siglo XX, fue abandonado”* –el destacado me pertenece⁻¹².

¹¹ Idem 6.

¹² Romero, Luis Alberto; “Breve historia contemporánea de la Argentina”, Fondo de Cultura Económica, 2001, pag. 301.

En suma, el acceso y protección de la salud recibió la impronta de un asunto financiero más. Esto determinó que en la práctica el sistema de salud dependa de la capacidad adquisitiva individual. Por ende, que los sectores más acomodados de la sociedad se beneficien con una atención médica adecuada, como es aquella que brindan por lo general las obras sociales y las empresas de medicina prepaga; al tiempo que los *invisibles*, aquéllos que integran los sectores más vulnerables, reciban las pocas concesiones que en la materia han brindado las carteras de salud de las provincias o los municipios que se han ocupado, según el caso, de la cobertura pública.

El caso peculiar de San Isidro. Una veda ilegal.

La *inequidad* estructural del sistema de salud, propia entonces de un *bien* que se rigió – y aún lo hace- por las reglas del mercado, determinó la suerte del *sub-sistema público*. Es utilizado por el sector menos aventajado de la sociedad y, por ende, por aquél con escasa posibilidad de influir sobre las decisiones de los operadores de la agenda política. Sin embargo, en la *zona norte* del conurbano bonaerense, precisamente en San Isidro, ocurre una situación que, cuanto menos, sobresale del común de los casos. Cuenta con un destacado sistema de salud y, de acuerdo a su propio sitio web, con un hospital *modelo* en la Argentina, cual es, el *Hospital Central de San Isidro Dr. Melchor A. Posse*¹³.

Sin duda alguna, un panorama como éste encuentra su origen en la gestión de la administración pública local. Pero más allá de las intenciones desinteresadas que pueden haber motivado un emprendimiento de esas características, cierto es que la puesta en marcha del hospital ha integrado la preocupación del electorado *san isidrense* desde hace tiempo. De ahí que haya sido motivo de campaña de los candidatos a ocupar la intendencia¹⁴ y, por ende, que haya ocupado un espacio en la agenda de la política

¹³ <http://www.ccsanidro.com.ar/ciudad.php>

¹⁴ La preocupación de los *vecinos* de San Isidro por la culminación del Hospital Central y, por ende, que el asunto haya abarcado una de las consignas de campaña de los candidatos a ocupar la intendencia la refleja la cita que sigue: “En otro artículo periodístico publicado por ‘La Nación’ el 15 de junio de 2000 aparecía el siguiente titular en la sección de Información General: ‘El Hospital Central, una eterna promesa’. El artículo expresaba, entre otras cosas, que el hospital era construido desde 1959 y que aún permanecía sin funcionar. ‘El complejo comenzó a construirse durante la primera intendencia de Posse,

local. Pero cuál es la disyuntiva; es decir, la razón que me lleva a ocuparme de este asunto.

Como lo señalé en líneas anteriores, existe una disposición que restringe la atención médica de los centros de salud municipales. Salvo que se trate de asuntos urgentes, los únicos que pueden acceder, en el caso que nos ocupa, al *Hospital Central de San Isidro*, son los *vecinos*. En este marco, como parte de una profusa propaganda política, existen cantidad de indicaciones y carteles que reflejan el modo en que se financia el Hospital – *tasas locales*- y la necesidad de exhibir el DNI para corroborar la *vecindad* y tener prioridad¹⁵ sobre los *forasteros*. Desde la intendencia local entienden que si han sido los *vecinos* quienes se ocuparon de su construcción *-y hoy de su mantenimiento-* deben tener el privilegio de ser atendidos con exclusividad.

Ahora bien; sin perjuicio de las ideas que se esconden detrás de un discurso de esta índole *-sobre lo que volveré más adelante-* y que en principio no encuentro óbice en punto a que exista una mejor infraestructura, así como nivel y calidad de atención médica en un hospital público que en otro¹⁶, es inexorable señalar, a modo de punto de

en 1959, a quien sus opositores acusan de haberlo utilizado como caballito de batalla de las campañas que lo llevaron a ocupar ese cargo en 1983, 1987, 1991 y 1995, así como en las elecciones del último año que catapultaron a su hijo Gustavo a ese mismo puesto.’ Más adelante, en la misma nota aparecía la opinión de un vecino: ‘Ya estamos cansados de que ante cada elección nos digan que el hospital se va a terminar. Ya lo licitaron cuatro veces y esa mole está igual que siempre.’ Al finalizar esta noticia se lee: ‘Mientras tanto han pasado más de cuarenta años y el moderno hospital que prometió Posse en 1959 sigue siendo, para todos los sanisidrenses, el Elefante Blanco. Ni más, ni menos’ (conf. idem 3).

¹⁵ Se habla de *prioridad*. Sin embargo, el estudio de campo citado y las citas de la resolución revelan que salvo que se trate de cuadros de salud que no admitan demora, aquellas personas que no tenga residencia en San Isidro, acreditada en el DNI, no son atendidas en el Hospital Central.

¹⁶ Es una circunstancia que dependerá de muchos factores, entre éstas, el modo en que se asigne el presupuesto, etc. En algún punto hablará *bien o mal* de quienes se hagan cargo de la gestión pública. Sin embargo, entiendo que deber haber un *piso mínimo*. Es decir, una atención médica de calidad *estándar* que verdaderamente satisfaga la protección de la salud acorde con las disposiciones constitucionales y convencionales. Y no es ésta, pues, una idea original. Se condice con los parámetros establecidos por la CSJN en Fallos 329:4741. Así pues, sostuvo el Dr. Lorenzetti que aquéllos que tuvieran a su cargo “la administración de los asuntos del Estado deben cumplir con la Constitución garantizando un contenido mínimo a los derechos fundamentales y muy especialmente en el caso de las prestaciones de salud, en los que están en juego tanto la vida como la integridad física de las personas”. Citado en “Constitución

partida, que una medida de esta magnitud reduce aún más las alternativas -de por sí escasas- de los usuarios del *sub-sistema público de salud*. Tanto de aquéllos que no hubieren inscrito legalmente su domicilio, así como de quienes moren en las localidades vecinas. Sin embargo, los clientes de las *empresas de medicina prepaga* así como los afiliados de las *obras sociales* seguirán contando con una vasta variedad de alternativas en la materia. No sólo a nivel nacional, sino también en el exterior.

Entonces, esta disposición no hace más que constituir una arista más de la *inequidad intrínseca* del sistema de salud en perjuicio de los menos pudientes. *Nada nuevo bajo el sol*: así funciona la cosa bajo las reglas del libre-mercado. Los defensores de la política *pública* de salud de San Isidro argumentarán que no tienen por qué hacerse cargo del déficit del sistema público de salud, como así también, que en todo caso será responsabilidad de cada administración local brindar una cobertura que garantice el piso mínimo que exigen las normas nacionales e internacionales como, precisamente, lo hacen ellos. Y en alguna medida el argumento tiene asidero.

Sin embargo, no estamos hablando de un bien, sino de un *derecho*; así como de un *sistema*, donde si bien interviene en alguna medida el sector privado, es *público*. Máxime el *sub-sistema público* que es, por antonomasia, público.

Es cierto que le cabe a las administraciones locales brindar una cobertura médica que satisfaga los estándares mínimos en materia de salud. Pero esto, pues, no es una *concesión* de los operadores locales; sino, antes bien, un *deber*, que les cabe de acuerdo a las obligaciones que derivan de la Constitución Nacional y Provincial, así como de los Tratados Internacionales citados.

Así entonces, cabe anticipar una conclusión. El sistema de salud municipal de San Isidro merecerá cualquier tipo de reconocimiento en el caso que, como lo refleja su propio sitio web, cuente con instalaciones *modelo* en el país, circunstancia ésta que podrá ser recogida en los procesos electorales. Pero aún así, no hace otra cosa que satisfacer una obligación que deriva de las normas constitucionales e internacionales que rigen la

Nacional en la doctrina de la Corte Suprema de Justicia de la Nación”; Silvia B. Palacio de Caero; La Ley; 2011, pag. 229.

materia, así como ejercer el rol que le cabe de acuerdo a la distribución de competencias propias del *acceso a la salud*.

Y por derivación lógica de esta última premisa, se asoma la *expresión de la ecuación* que constituye prácticamente el *quid* de este trabajo. Siempre que una situación rebese la competencia local se impone la intervención del resto de los niveles de gobierno, a quienes les incumbe impedir que obstáculos económicos, sociales o de cualquier otra naturaleza, afecten, impidan o restrinjan el igual y libre acceso de cualquier habitante a un servicio esencial y básico, como lo es aquél que *debe satisfacer el derecho a la salud*.

De manera que sobre la base de la hipótesis que aducen desde la Municipalidad de San Isidro, es decir, que la *oferta de asistencia médica indiscriminada* podría repercutir sobre la calidad del servicio público de salud municipal, la alternativa legal en modo alguno puede ser una restricción de estas características. De acuerdo a lo hasta aquí desarrollado, no sería otra cosa que trasladar una responsabilidad que le cabe al Estado en cabeza de los usuarios, cual suerte de política pública propia de la *década del 90'*, bajo el famoso *slogan* de *cada cual en la medida de sus respectivas posibilidades*.

La omisión de las administraciones locales –vecinas- de contribuir a la construcción colectiva de un adecuado *sub-sistema público de salud* y que obliga a sus habitantes a atenderse en los centros de salud de las localidades más próximas; no lo puede ni debe pagar el sector más desaventajado de la población. Con todo, se tratará de una situación que, coordinación mediante de todos los sectores de gobierno involucrados, debe resolverse entre un municipio y otro -repetición de los gastos- o a partir de la reasignación o redistribución de los recursos provinciales o nacionales. Las normas citadas no dejan para la duda: la veda que rige en el *Hospital Central de San Isidro* es ilegal.

Una apostilla final.

Hemos visto entonces que políticas públicas de esta naturaleza encuentran su origen en los criterios de gestión estatal de la *década del 90'*. Además, sobre la base de las disposiciones constitucionales y supranacionales que rigen el *acceso a la salud*, ha quedado a la vista que carecen de asidero legal. Sin embargo, esto no es todo.

Amén de ello, debo señalar que se contraponen con la concepción igualitarista que deriva del artículo 16 de la Constitución Nacional y, en especial, con el preámbulo y el artículo 20, en cuanto prevén los mismos derechos para los *extranjeros* que para los ciudadanos que de cualquier modo habiten nuestro suelo.

Digo esto, en el primer caso, porque el municipio, más allá de su *autonomía*, constituye en esta materia el nivel de gobierno o agencia estatal que se hace cargo del *sub-sistema público*. Siendo ello así, la proliferación de este tipo de políticas avalaría que el habitante de una localidad no reciba la misma atención médica o, en rigor de verdad, no acceda al mismo *servicio público de salud*, que aquél que tenga la suerte de residir en otro. En otras palabras, implicaría que el Estado brinde una mejor atención médica en una localidad que en otra y, por ende, que trate a sus habitantes en forma desigual por la mera circunstancia del sitio donde vive, cual suerte de *categoría sospechosa*.

Y en el otro, porque utilizando idénticos argumentos, si se quiere, *economicistas*, a los que recurre la administración de San Isidro, podría decirse a nivel nacional que sería válido vedar a un extranjero atenderse en cualquier centro de salud público. Una decisión como ésta, al margen de cada uno de los *prejuicios* que subyacen detrás, sería insostenible. La Constitución Nacional, al tiempo de asegurar la libertad para todos los hombres del mundo que quieran habitar el suelo argentino, impone que los extranjeros gocen de los mismos derechos civiles que aquéllos que le caben a los ciudadanos.

A modo de conclusión.

El sistema de salud en la República Argentina lleva consigo una *inequidad* estructural que se manifiesta en brindar una atención médica que depende de la capacidad adquisitiva individual. La salud de los integrantes del sector menos favorecido de la población está librada a la suerte de un *sub-sistema* que en pocos casos satisface los estándares mínimos que imponen las normas locales e internacionales. Al mismo tiempo, su escaso margen de acción dentro del electorado reduce, cuando no elimina, cualquier tipo de posibilidad de instalar el tema en la agenda de los operadores políticos actuales.

Entonces, un caso paradigmático es el de San Isidro. La administración local, sobre la base de sus propios recursos, claro está; desarrolló un centro de salud *público* modelo; a tal punto que los vecinos de otros municipios persiguen su atención. Como corolario, las autoridades restringieron el acceso de aquéllos que no residan en el partido. Esta decisión recibió notable aceptación de la opinión pública local.

Ahora bien, este tipo de políticas públicas son inaceptables. Se contraponen con el programa constitucional en materia de salud, puesto que, cual suerte de lógica que regula la oferta y demanda de los bienes de consumo, reducen las alternativas -de por sí escasas- de sus usuarios y ponen en su cabeza las falencias y omisiones funcionales de las agencias estatales involucradas. Al mismo tiempo, no se adecúan con la concepción igualitarista que deriva del artículo 16, así como con el trato que impone el Preámbulo y el artículo 20, en el caso de los extranjeros.

Su origen podemos encontrarlo en los criterios de gestión pública que acompañaron los *procesos de privatización* durante *la década del 90'* y redujeron la influencia del Estado en las materias más sensibles. Pero no es la primera vez que esta administración recurre a este tipo de *políticas públicas*. En algún momento, promovió la construcción de un muro sobre una de las fronteras de San Isidro *para reducir la inseguridad*¹⁷. Nada más cerca del rechazo, la segregación y la discriminación para aquéllos que moraban del otro lado del muro.

Este panorama, de un lado, exige la intervención del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, así como, en última instancia, del Estado Nacional. En suma, estamos hablando de una política pública que alienta un *servicio público de salud* desigualitario en perjuicio de la parte más vulnerable de la población. De manera que sobresale una situación excepcional que demanda la intromisión subsidiaria y concurrente de aquellos niveles de gobierno. Y por el otro, que la parte más acomodada de la sociedad abandone los paradigmas individualistas de otros contextos políticos y no avale, en especial

¹⁷ “Levantán un muro entre San Isidro y San Fernando para proteger a los vecinos de la Horqueta”, publicado en http://www.perfil.com/contenidos/2009/04/08/noticia_0009.html visitado el 8/10/2012.

durante los procesos electorales, la promoción de políticas públicas de esta naturaleza: de rechazo, segregación y discriminación.