

En busca de mínimos éticos: ética de la solidaridad

Dr. Jorge A. Mera

Profesor de Políticas de Salud, Universidad Torcuato Di Tella
Director, Centro de Investigación en Servicios de Salud (CISSAL)

jorgeamera@hotmail.com

La respuesta casi obligada para procurar equidad y justicia en el sistema de salud es la *solidaridad nacional*. Puesta en términos de agregados crecientes de población, un primer núcleo de solidaridad lo constituyen las familias y las iniciativas que derivan de su actividad. Un segundo círculo de solidaridad está ocupado por las entidades de seguridad social que, en la mayor parte de los países están reguladas por el Estado. Un tercer agregado de solidaridad está representado por la Nación, o en su caso, por entidades subnacionales como las Provincias, donde toda población es el universo entre el cual se distribuye el costo de acudir en ayuda del necesitado de servicios de salud. Finalmente, como se observa, por ejemplo, en países del África subsahariana, la solidaridad internacional se manifiesta en programas de ayuda que a veces constituyen la parte principal del presupuesto disponible para el sector salud.

En el caso de Argentina, el bajo nivel de nuestra solidaridad nacional se manifiesta en la fuente de los fondos que se destinan a salud. La fuente principal del sostenimiento de salud ha provenido siempre de las familias, mientras que el más inclusivo, o sea el sector público, no llega ni a la cuarta parte del aporte total.

La carencia de esa solidaridad se magnifica cuando se recuerda que, como nuestro sistema tributario no es progresivo en razón de los muchos impuestos indirectos que lo componen, los programas sociales son la fuente principal de redistribución del ingreso y, por tanto, refuerzos de la equidad y la justicia dentro del sistema de salud.

Educación Primaria y Salud, en cuanto programas sociales, son altamente progresivos y distribuyen efectivamente el ingreso. Por otra parte, las Obras Sociales, más allá de las críticas que suelen recibir como entidades de la Seguridad Social, tienen un impacto también positivo, similar al de salud.

La búsqueda de equidad y justicia

Una parte no despreciable de la explicación de algunas particularidades de la búsqueda de equidad y justicia en nuestro sistema de salud se comprende mejor cuando se analiza la evolución de los servicios públicos de salud, generados en torno al criterio de la **beneficencia** de Estado y el desarrollo de las obras sociales, construidas alrededor del concepto de la **solidaridad**

La alternativa “beneficencia”: la red de hospitales públicos

Desde 1611 la ciudad-puerto, futura Buenos Aires, tenía un pequeño hospital para los militares del presidio que una cédula real convirtió en Hospital General de Hombres en 1745, a cargo de los padres Betleheimitas y parcialmente sostenido por la caridad. Hasta allí se remonta la idea de *beneficencia* que ha distinguido a nuestros servicios públicos de salud.

La presencia de las comunidades religiosas en el campo de la salud sufre una interrupción con la reforma de Rivadavia. En el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, donde Rivadavia es ministro, ponen sus establecimientos bajo la jurisdicción de una Sociedad de Beneficencia, en especial los relacionados con la infancia y la juventud desvalida. Su solo nombre revela la persistencia de ese criterio para servicios de salud con participación del Estado. De hecho, el presupuesto de la Sociedad llegó a tener una proporción del 80% proveniente de fondos públicos. Producto de esa concepción de “tercerizar” servicios sanitarios fueron el Hospital Rivadavia y el San Luis Gonzaga, llamado luego “de Niños” y hoy Ricardo Gutiérrez. En tiempos del gobierno del Presidente Perón ambos se nacionalizaron manteniendo sus planteles y, por supuesto, su carácter de gratuitos, como el resto de los servicios públicos de salud.

Cuando Argentina crece por la inmigración masiva, es del tácito interés gubernamental arraigar a esa masa con servicios que, por lo mismo, deben ser gratuitos. Salud no tuvo entonces un Sarmiento, como Educación, pero sí higienistas al estilo de Rawson, Penna o Emilio Coni, que promueve la creación de la Asistencia Pública en 1883 (Intendencia de Torcuato de Alvear) e inspira la constitución hacia 1892 del Patronato de la Infancia.

El primer antecedente de peso en los tiempos modernos es el dictado de la Ley 4953 en 1906. Crea la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales dependiente del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto y que contemplaba la fuerte vinculación de muchos establecimientos asistenciales con la Iglesia Católica. Fue presidida por Domingo Cabred y construyó hospitales públicos gratuitos, particularmente neuro-psiquiátricos, para la atención de poblaciones desprotegidas dentro de las Provincias.

La tarea de la Comisión (Cabred fallece en 1929) fue retomada, desde un Ministerio de Salud, por Ramón Carrillo. Este, siguió el criterio de construir hospitales nacionales en las provincias con la participación adicional de la Fundación Eva Perón. Así, entre 1946 y 1954 incrementó la capacidad instalada pública, basada en el otorgamiento gratuito de servicios de salud y con un ritmo y dimensión no superados hasta hoy.

Luego de la revolución que destituye a Perón en 1955, las acciones prevalecientes, aconsejadas por la Organización Panamericana de la Salud, consonantes con los criterios de planificación entonces en boga en el mundo en materia de servicios sociales y de salud, se orientaron hacia la descentralización

de los hospitales nacionales y la transferencia a las provincias. Se promovían la descentralización, la democratización y la cercanía de los servicios a la población usuaria.

A su vez, se aplicaron en los establecimientos públicos modalidades de desconcentración administrativa que permitieran al hospital manejar su personal y presupuesto, y la búsqueda de fuentes adicionales de financiación. De allí la simultánea indicación de que los servicios brindados a la población, siempre gratuitos –salvo breves experiencias de arancelamiento- fueran facturados a terceros pagadores (obras sociales, prepagos privados, seguros de accidentes de trabajo, etc.).

En esa línea de organización se inscriben distintas experiencias como el sistema de hospitales públicos de auto-gestión creado por Decreto 578/93, luego rebautizados como Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (Decreto 939/2000), con su complemento de pago obligatorio de las obras sociales y otros aseguradores.

En cambio, el propósito de encargar a la comunidad circundante la conducción política de los hospitales públicos no ha arraigado en la misma medida que las disposiciones administrativas. Por el momento, las únicas instituciones públicas con entera autogestión siguen siendo las Universidades.

La alternativa “solidaridad”: las obras sociales

La evolución de la seguridad social ha seguido en Argentina, como en muchos otros países del mundo, las líneas de *solidaridad* propias de la sociedad civil.

En un primer momento, se produce la creación de entidades mutuales generadas por la solidaridad étnica de distintas comunidades de inmigrantes, permanentes o transitorios. El antecedente más remoto es la sociedad filantrópica establecida por comerciantes británicos en 1827. Luego, la oleada inmigratoria de fines del siglo XIX y comienzos del XX generó múltiples asociaciones basadas en el socorro mutuo de sus integrantes, que dieron lugar a los Hospitales de Comunidad (Hospital Italiano, Español, Francés, etc.) que aún hoy persisten en Buenos Aires y otras grandes ciudades del interior (Rosario, Córdoba, etc.). Paulatinamente, la solidaridad étnica que dio lugar a esas entidades fue reemplazada por la solidaridad laboral y así comenzó la primera etapa de las organizaciones que hoy se conocen como “obras sociales”, o sea la manifestación en Argentina de las organizaciones de la seguridad social médica que se encuentran en otras partes del mundo (“krankencassen” en Alemania, Fondos de salud en Holanda o Bélgica, etc.).

Esta primera etapa fue *voluntaria* y espontánea. Las asociaciones de trabajadores (sindicatos) empezaron a ofrecer a sus afiliados servicios sociales de diferente tipo: pensiones, turismo, recreación y, entre todos ellos, salud. La financiación de estos servicios, por lo general contratados con médicos y clínicas privadas, se

hace en ese momento sobre la base de las cuotas societarias que voluntariamente abonan los afiliados y, más tarde, se consiguen subsidios y subvenciones por la vía de los convenios colectivos de trabajo pactados con los empleadores. Los servicios atienden sólo a miembros del sindicato por lo cual la solidaridad, aunque genuina, no pasa de ser grupal.

Con el correr del tiempo, el Estado advierte la importancia de ese movimiento y comienza a participar en él. En 1944, el Poder Ejecutivo Nacional sanciona el Decreto 30655 por el que se constituye una Comisión de Servicio Social cuya finalidad fue "...propulsar la implantación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se presten tareas retributivas".

Con esta medida el Estado inicia una segunda etapa, que llamaremos *mandatoria*, donde se alienta el movimiento preexistente de crear servicios sociales, incluyendo salud, en ámbitos laborales. A corta distancia, el gobierno avanza un paso más y, directamente, constituye "obras sociales" tomando como base las estructuras creadas en torno a los sindicatos, pero dándoles individualidad jurídica y financiera. El primer ejemplo es la Dirección General de Asistencia Social para el Personal Ferroviario (origen de la hoy Obra Social para el Personal Ferroviario) establecida por Decreto 9644/44 tomando para sí los preexistentes servicios de la Unión Ferroviaria y de la Fraternidad, este último el sindicato más antiguo de vida ininterrumpida de la Argentina (agrupa al personal de conducción de trenes). A este ejemplo siguen otros donde, incluso, la institución de obras sociales se hace prácticamente desde cero, agrupando a empleados del Estado, por ejemplo Ministerio del Interior (Decreto 41321/47), Ministerio de Educación, hoy Obra Social para la Actividad Docente-OSPLAD (Decreto 39715/48), etc.

Por último es el Congreso Nacional el que asume la función de dar marco y sustento legal a servicios de salud y otros sociales correspondientes a distintas ramas de la actividad laboral. Así, surgen las obras sociales para Bancarios (Ley 13987 y 14171), para Trabajadores del Vidrio (Ley 14056), de Seguros (Ley 14057), etc. La etapa mandatoria culmina con el dictado de la Ley 18610 (t.o.1971), que extiende el régimen de obra social a todos los trabajadores en relación de dependencia del ámbito nacional (los provinciales se canalizaron por otras vías). La ley además, consagró la vinculación sindical que se vio en el origen del proceso de gestación de las obras sociales, al establecer que solo los sindicatos signatarios de convenios colectivos de trabajo podrían constituir una obra social. Si bien se crearon otras obras sociales no relacionadas con sindicatos, el hecho de conformarse un vínculo muy estrecho entre la estructura sindical y la seguridad social médica ha determinado que el subsistema de obras sociales se organizara por rama de actividad laboral (textiles, metalúrgicos, bancarios, etc.) por lo cual la solidaridad de base solo ha sido grupal y dio lugar a

reformas en el sentido de permitir la libre elección de entidad de cobertura, a partir del Decreto 9/93.

La Ley 18.610, también creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), organismo estatal con funciones de regulación, apoyo financiero y contralor general de las obras sociales. Fue remplazada por la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) y hoy, es la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). Conserva, ampliadas y perfeccionadas, las facultades y atribuciones de INOS y ANSSAL como organismo estatal de control y desde siempre, está a cargo también, de la administración del Fondo Solidario de Redistribución. Este fondo, constituido por un porcentaje de los aportes y contribuciones de las obras sociales está destinado a equiparar las distintas capacidades financieras de las obras sociales. Por medio de subsidios, préstamos y subvenciones amplía de algún modo la dimensión grupal de la solidaridad del sistema en la medida que intenta reducir la brecha que separa a las obras sociales “ricas” de las “pobres” diferencia nacida de las diferencias salariales de los afiliados,

A modo de reflexión final

El desarrollo de los organismos inspirados en el concepto de la beneficencia, lo mismo que aquellos basados en la solidaridad, no han logrado aportar a mi juicio los niveles de equidad y justicia deseables para la atención de la salud en la sociedad argentina. Los primeros porque, sometidos a cierta desfinanciación crónica (ya desde 1952 a causa de la crisis económica que limitó las expectativas de Carrillo) y no actualizados en su papel como instituciones de salud (estructura y funciones de nuestros actuales hospitales públicos han cambiado poco desde hace cincuenta años), no cumplen cabalmente su cometido de abastecer las necesidades del país en calidad y cantidad. Lo muestran las colas que se forman para sacar número a fin de poder ser atendido y el hecho paradigmático de que las más altas autoridades y sus familiares jamás recurren a los servicios públicos de salud sino que privilegian servicios privados, cuya excelencia no tiene por qué estar en duda, pero revela la carencia de servicios equivalentes en el ámbito público.

En el contexto planteado, si nuestro país, siguiendo lineamientos políticos de auténtico federalismo, es capaz de ejercer en su territorio una efectiva jurisdicción sobre servicios públicos y privados de salud y compatibilizar las diferentes fuentes de financiación de dichos servicios incluyendo la seguridad social médica, podrá tal vez, por un proceso de expansión y convergencia constituir el sistema universal, pluralista y equitativo que ha estado buscando a través de iniciativas que aún no han dado los resultados esperables.

Sin perjuicio de haber tratado hasta aquí de plantear una relación más bien analítica que prescriptiva, séame permitido concluir la presentación manifestando mi opinión personal en el sentido que una política de salud con base ética, que

busque consolidar criterios de justicia y equidad, debiera apoyarse en tres acciones principales:

1 - Suprimir o reducir al mínimo las carencias graves de la población más desprotegida;

2 - Asegurar a toda la población un acceso efectivo a los servicios de salud más necesarios;

3 - Contribuir a modelar una sociedad basada en la libertad responsable y la ética de la solidaridad.