

En diciembre del año pasado la Revista Medicina y Sociedad publicó el ensayo adjunto.
 (“Mera, Jorge A. Encrucijadas en el futuro del sistema de salud”: Medicina y Sociedad 2014;34 (4):43-58)
 (<http://www.medicinaysociedad.org/notas.php?id=740>).
 Sintetiza fundamentos e historia del sistema sanitario, discute y aporta la legislación vigente en cada momento y sugiere soluciones para lograr una oferta equitativa y justa.
 Se reproduce con autorización del autor y de los editores de la revista.

Encrucijadas en el futuro del sistema de salud

Jorge A. Mera

Postdoctoral Scholar in Medical Care Organization, University of California
 Ex - Subdirector Técnico del Hospital de Niños de Buenos Aires
 Ex - Consultor del Banco Mundial, CLAD, OPS, OISS y BID

Inmanencia 2015;4(2):9-17



Cualquiera sea el destino que técnicos y políticos postulen para el futuro de nuestro sistema de salud, la ruta de acceso deberá pasar por varias cuestiones (encrucijadas) que intentamos describir en este ensayo:

- el **federalismo** considerado como causa de “fragmentación” del sistema y las **distintas regiones** del país desde la perspectiva de las acciones de salud;
- la contraposición de la **beneficencia y la solidaridad** en el seno del sistema;
- la necesidad de un pacto que resuelva la apropiada relación **Nación–Provincias**;
- el papel de las **entidades sindicales** en el funcionamiento del sistema.

El federalismo y la fragmentación del sistema de salud

Una afirmación compartida por muchos que han analizado el sistema de salud argentino es que la fragmentación en provincias y obras sociales es un defecto central del sistema. El suscripto se incluye entre los distraídos que dejaron pasar el tema sin considerarlo más en profundidad. Craso error, no es esa fragmentación “*per se*” la que afecta nuestro sistema. Pruebas al canto.

Estados Unidos tiene el doble de jurisdicciones que nosotros, 50 a 24, pero nadie le achaca a esa “fragmentación” sus problemas de Salud. Incluso Canadá, ejemplo habitual de sistema de salud óptimo, está “fragmentado” en 10 Provincias y 3 Territorios.

Otrosí. Alemania u Holanda tienen proporcional-

mente más dispersión en su seguridad social médica (digamos, entre sus “obras sociales”) que nosotros, pero no parece haberlas afectado mayormente en la buena calidad de sus servicios de salud. Más aún, antiguos países europeos han puesto en marcha procesos de profunda “fragmentación” de sus sistemas (*Devolution* en Gran Bretaña, *Comunidades Autónomas* en España, *Regiones* en Italia) que, en materia de Salud, remedan la distribución territorial y de atribuciones y responsabilidades de nuestras provincias ¿Qué dicen todas esas situaciones sobre la supuesta culpabilidad del federalismo como fragmentación? Ensayemos un análisis diferente.

1. Funciones y atribuciones de los componentes del Sistema de Salud

Partamos de una simple comparación: la existencia de múltiples organizaciones no obstaculiza el funcionamiento del sistema bancario, altamente “fragmentado” en entidades públicas y privadas; bancos argentinos y extranjeros; nacionales, provinciales y locales; de sociedades anónimas y de cooperativas; etc., etc. Todos están vinculados funcionalmente por una regulación común que no afecta su naturaleza ni su propiedad.

Sin perjuicio de lo anterior, también debería tomarse en cuenta que con independencia de los límites provinciales, cuando se piensa en formas de atender la salud de población es posible distinguir **tres regiones dentro del país**.

A. La primera está constituida por las zonas de pobla-

ción dispersa y ámbito rural. Desde este punto de vista, la puna jujeña no difiere mayormente del chaco santafesino ni de la meseta patagónica. En casi todos los casos se trata de zonas sin mayor cobertura médica y con pocos o nulos recursos humanos y físicos propiamente de salud, que requieren para su atención servicios de “penetración”, es decir, aquellos que activamente van en busca del poblador donde quiera se encuentre para hacerle llegar los beneficios de la medicina moderna. Esto sin que obste a la utilización de personal, instrumentos y procedimientos de carácter tradicional y arraigo comunitario (léase curanderos, matronas, etc.). Es difícil imaginar otra fuente de cuidado para estas regiones remotas y despobladas que la responsabilidad directa del Estado, aun cuando la ejecución de las acciones incluso por su propia naturaleza tenga un altísimo grado de descentralización operativa.

B. **La segunda** está constituida por los grandes aglomerados de población, tanto el núcleo urbano central como su corona periurbana. El proceso de concentración urbana en América Latina se sabe es dramático y el siglo XXI verá que dos de los mayores agregados urbanos del mundo (Ciudad de México y San Pablo) estarán situados en esta región. Uno de esos agregados, el tercero en orden decreciente dentro de las Américas, es el que corresponde al Área Metropolitana de Buenos Aires de la cual, obviamente, el ejido municipal de la ciudad es su núcleo principal. En todos estos casos se llega a la máxima complicación del sistema actual, apareciendo en toda su magnitud los problemas de multiplicidad de efectores y de pluralidad de centros de decisión sanitaria que afectan en general al sector salud de muchos países.

El desafío que estas áreas plantean es conciliar el hecho de ser los lugares donde hay mayor dispendio de recursos con la fuerte impresión de que en ellas no es viable unificar totalmente el sector o coordinar obligatoriamente todos los servicios de salud.

C. **La tercera** zona, casi una categoría residual, comprende las ciudades medianas y pequeñas (por ejemplo: Laboulaye, Chilecito, San Martín de los Andes, Goya), en general con un relativo aislamiento entre sí aunque las vinculen rutas pavimentadas. Este conjunto heterogéneo de localidades se distingue, sin embargo, por su capacidad potencial de autoabastecerse de la mayor parte de los servicios médicos básicos y solo depende del resto de la región o provincia para cierta atención especializada y para la alta complejidad. La coordinación de los subsectores y aun la completa unificación de la red de prestadores de salud parece, en estas ciudades, una posibilidad real e inmediata. En cambio, las vías para lograrlo pueden ser muy variadas y dependen de la existencia de un establecimiento asistencial público o privado que sea base de la organización, del grado de cohesión del personal de salud y de la conciencia de integración

comunitaria que tengan sus pobladores.

Por todo ello, el camino central para conseguir un diseño funcional eficiente del sistema de salud, es identificar cómo corresponde asignar en el país las distintas responsabilidades de los componentes del sector salud y disponer una normativa general que las articule.

2. Nivel jerárquico de las normas respecto de los problemas regulados

En su trabajo sobre Federalismo y Salud, Mera, Bello y colaboradores¹ destacaron la disociación entre el nivel jerárquico de la norma sobre salud y la importancia del tema regulado por ella.

En lo que se refiere a la modalidad de la legislación nacional, no existen criterios globales que permitan inferir una correlación entre norma y materia. **En primer lugar, no existe en la actualidad una relación entre la jerarquía de la norma (ley, decreto, resolución ministerial) y el grado de importancia de la actividad regulada.**

Planes médicos de gran envergadura han sido puestos en marcha mediante decisiones ministeriales. Programas Nacionales, como el PRONADIA (diabetes), son implementados directamente mediante resoluciones ministeriales (Res. 301/99 MSAS). Otro ejemplo evidente de esta situación es el Programa Médico Obligatorio, creado por un decreto del Poder Ejecutivo, que engloba a entidades habilitadas por Ley (Obras Sociales y Agentes Nacionales del Seguro de Salud), que fue modificado en su funcionamiento mediante sucesivas resoluciones ministeriales, suspendido por decreto del Poder Ejecutivo y puesto en funcionamiento en forma de emergencia mediante una resolución ministerial. A la vez, fueron incluidos dentro del plan como agentes del seguro de salud las mutuales mediante una decisión de un órgano descentralizado que se encuentra dentro de la esfera administrativa del propio Ministerio

De igual forma, coexisten en la práctica costumbres que sin tener un rango normativo determinado, informan y orientan la materia de la misma forma que una norma base. El Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas se encuentra derogado, pero constituye un orientador en la administración del sistema. Un caso límite fue la posibilidad de modificar nada menos que el Código Civil (normas sobre el aborto) a través de un simple instructivo de un programa de salud materno--infantil

Tampoco existe un criterio en la práctica para determinar objetivamente en qué casos corresponde a la Nación la regulación y en qué casos a las provincias, debiendo observarse caso por caso.

Este galimatías de normas legales y materias reguladas no es producto del federalismo o la seguridad social médica como “fragmentación” del sistema porque, como se ve, ocurre dentro de cada ámbito

institucional y podría repetirse tal cual en cualquier sistema fuertemente unitario cada vez que la jerarquía de la norma legal no guarde correspondencia con la importancia de la materia regulada.

El sistema de salud: entre la beneficencia y la solidaridad

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

La red de hospitales públicos

La medicina que en nuestro territorio precedió a la llegada del conquistador europeo aún se mantiene viva en regiones con fuerte tradición indígena, como la puna norteña. Recién hacia 1780 el Virrey Vértiz instala en Buenos Aires el Tribunal del Protomedicato, primer organismo formal de salud pública del país.

A su vez, desde 1611 la ciudad 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 Betlehemitas y parcialmente sostenido por la caridad. Hasta allí se remonta la idea de *beneficencia* que ha distinguido a nuestros servicios públicos de salud.

Cuando Argentina crece por la inmigración masiva, es de 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 o Coni.

El primer antecedente de peso en los tiempos modernos es el dictado de la Ley 4953, que en 1906 crea la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales. La Comisión, dependiente del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto debido a la vinculación de muchos establecimientos asistenciales con la Iglesia Católica, fue presidida por Domingo Cabred. Construyó hospitales públicos gratuitos -particularmente neuropsiquiátricos- para atender a poblaciones desprotegidas dentro de las Provincias. Esta acción sanitaria ejecutada directamente por la Nación, coincide con una similar en Educación, concretada en la creación de las escuelas Láinez (Ley 4874 de 1905), también orientadas a acudir en subsidio de provincias sin capacidad para atender esas necesidades por sí solas. La tarea de la Comisión, que funcionó aproximadamente hasta 1925 (Cabred fallece en 1929) fue retomada, ya desde un Ministerio de Salud, por Ramón Carrillo quien siguió el criterio de construir hospitales nacionales en las provincias con la participación adicional de la Fundación Eva Perón. Así incrementó la capacidad instalada pública entre 1946 y 1954 en un ritmo y dimensión nunca superados hasta hoy.

Luego de la revolución que destituye al Presidente Perón en 1955, las acciones prevaletientes, aconsejadas por la Organización Panamericana de la Salud, se orientaron en el sentido de descentralizar esos hospitales nacionales transfiriéndolos a las provincias, en consonancia con los criterios de planificación en boga en el mundo en materia de servicios sociales y de salud: descentralización, democratización y cercanía de los servicios a la población usuaria.

Esta tendencia fue compartida, con mayor o menor intensidad, por todos los gobiernos posteriores. Sin embargo, la razón última de dichas políticas de transferencias no parece haber sido solo un criterio sanitario sino también el alivio del Tesoro Nacional, a punto tal que la última gran transferencia se realiza en 1992 por la ley del presupuesto nacional de ese periodo (ley 24061, art. 25).

Como resultado de la sostenida política de transferencias en el presente, la casi totalidad de capacidad instalada pública en materia hospitalaria está en manos de provincias y municipalidades.

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 inscribe, por ejemplo, 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.

Seguramente el más conocido ejemplo de establecimiento público enteramente descentralizado es el Hospital de Pediatría Garrahan, que se organizó reactivando la ley 17.102 de Atención Médica de la Comunidad. Contó con el hecho favorable de empezar desde cero, sin rémoras de tiempos anteriores y se ha convertido en un hospital modelo no solo para Argentina sino para toda Latinoamérica.

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

La seguridad social y los servicios médicos

La evolución de esta rama 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. La oleada migratoria 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 (Italiano, Español, Francés, etc.) que aún hoy persisten en Buenos Aires y otras ciudades del interior (Rosario, Córdoba, etc.). La solidaridad étnica que dio lugar a esas entidades fue paulatinamente reemplazada por la solidaridad laboral. Así comenzó la primera etapa de las organizaciones que hoy se conocen como “obras sociales”, o sea la manifestación 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.

Con el correr del tiempo, el Estado advierte la importancia de ese movimiento y comienza a participar en él. Así, 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 nacional 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 (origen de la hoy OSFE, Obra Social para el Personal Ferroviario) es la Dirección General de Asistencia Social para el Personal Ferroviario establecida por Decreto 9644/44 tomando para sí los preexistentes servicios de la Unión Ferroviaria y de la Fraternidad. 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 el Congreso Nacional asume la función de dar marco y sustento legal a servicios de salud y otros sociales correspondientes a distintas ramas de la actividad laboral. 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.

Si bien se crearon algunas 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 organice por rama de actividad laboral (textiles, metalúrgicos, bancarios, etc.) por lo cual la solidaridad de base 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, .

Por otra parte, la Ley 18.610 creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), organismo estatal con funciones de regulación, apoyo financiero y contralor general de las obras sociales. La entidad manejaba un fondo destinado a equiparar las distintas capacidades financieras de las obras sociales y fue reemplazada por la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL). Hoy, la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) es el organismo estatal de control del sistema de obras sociales. Conserva las facultades y atribuciones de INOS y ANSSAL ampliadas y perfeccionadas. Administra el Fondo Solidario de Redistribución, constituido por un porcentaje de los aportes y contribuciones destinados a las obras sociales. El primer estudio de la cobertura de la Seguridad Social, por entonces parcialmente voluntaria, fue realizado por la Comisión Coordinadora de los Servicios Sociales Sindicales (Decreto 2318/67) y la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales (Ley 17.230) hacia 1967-68 y mostró que más de un tercio (35%) de la población tenía cobertura de obra social. Años más tarde (1984), con el régimen en funcionamiento pleno, el INOS informó una cifra del 75%, seguramente abultada por doble cobertura y datos sobreenumerados de las obras sociales. El censo de 1991 registró una disminución, con un porcentaje del 57.6% que, en el grupo de población de 65 y más años alcanzaba al 85.3% como resultado de la expansión de la obra social que cubre a los jubilados y pensionados (PAMI).

En los últimos años se ha mantenido el decrecimiento de la cobertura poblacional de las obras sociales, vinculable a los problemas del mercado laboral en el país, pues la cobertura de la seguridad social de la población está estrechamente ligada al nivel de empleo formal con que cuentan.

El camino recorrido hacia la renovación del sistema de salud

Como se desprende de lo anterior, es difícil saber qué es Argentina en materia de servicios de salud. Tres corrientes de crecimiento se disputan el campo de la atención de la salud:

los hospitales y demás servicios públicos, hoy bajo administración provincial (o municipal) con mínimas excepciones;

la **seguridad social médica**, representada por las obras sociales, de las que hay nacionales, provinciales, de las fuerzas armadas, etc.;

y **el sector privado**, constituido tanto por profesionales y técnicos cuanto por establecimientos con internación (o sin ella) de la más variada índole y por entidades de seguro médico privado (prepagas).

Por otra parte, sin necesidad de reiterar descripciones sobre la situación nacional en materia de organización y funcionamiento del sistema de salud, puede resumirse el diagnóstico diciendo que nuestro país presenta indicadores socio-económicos superiores a los de varios países de América Latina. A pesar de ello, muestra indicadores de salud por debajo de aquellos (sirva como vano consuelo que igual ocurre hasta hoy con los Estados Unidos vis-à-vis otros países desarrollados). Luego, el problema central parece ser la tecnología de organización, esto es, la apropiada asignación y articulación de los recursos y políticas públicas referidas a Salud.

En diferentes ocasiones se ha intentado promover la integración/articulación del sistema pero en ninguna se alcanzó el éxito esperado:

- El **Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)** fue aprobado en 1974 junto con la Carrera Sanitaria Nacional (Leyes 20.748 y 20.749). El SNIS declaró a la salud un derecho básico de todos los habitantes de la República Argentina y dio al Estado Nacional la responsabilidad de efectivizar ese derecho “como financiador y garante económico en la dirección de un sistema que será único e igualitario para todos los argentinos”. En rigor, el régimen creado sólo era de aplicación obligatoria para los servicios públicos de salud en las jurisdicciones bajo mandato federal: la Ciudad de Buenos Aires y el entonces Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. Para las provincias y los sectores privados, incluyendo las obras sociales, solo se preveía la firma de convenios de adhesión. Únicamente cuatro provincias realizaron acciones dentro del SNIS: Chaco, Formosa, La Rioja y San Luis. La oposición frontal

de grupos profesionales y de dirigentes sindicales hizo el resto. La iniciativa no consiguió arraigo y la irrupción de un gobierno militar en 1976 cerró la experiencia con la derogación final de las leyes y sus respectivos decretos reglamentarios.

- La **Comisión Paritaria Nacional creada por la Ley 19.710** tenía a su cargo regular las relaciones entre los prestadores privados y las obras sociales con respecto a “la concertación de los convenios tarifarios de aplicación obligatoria a las actividades referidas a los servicios de atención médica” brindados a los beneficiarios de las obras sociales. Hacia fines de 1975, esta Comisión logró una serie de acuerdos por primera vez en su historia. Dichos acuerdos comprendieron no sólo “valores tarifarios” sino también -lo más importante desde el punto de vista del sistema- un conjunto de normas de funcionamiento sobre el régimen de prestaciones y el hecho novedoso de que aceptaba el papel de las entidades profesionales (federaciones médicas, odontológicas, etc.) como prestadores legítimos de las obras sociales, capaces de ser inscriptas en el respectivo Registro Nacional.

Las normas llevaban un enorme potencial para ordenar un régimen de prestaciones todavía joven. La Ley 19.710 que lo regía había recogido las experiencias de la legislación anterior aunque no tenía ni un lustro de aplicación y podría haber sido el punto de partida para solucionar el desorden del modelo prestador. No fue así. El inmediato gobierno militar no efectivizó los acuerdos y tampoco puso en vigencia las normas de procedimiento para la regulación del sistema de prestaciones asistenciales elaboradas por el INOS para ejecutar los mencionados acuerdos.

- El **Seguro Nacional de Salud** fue la siguiente estrategia cuando se prefirió continuar la pujanza del conjunto de las obras sociales que, luego del dictado de la Ley 18.610, se habían convertido a comienzos de la década del '80 en el subsector más dinámico y eje del desarrollo de todo el sector.

La legislación finalmente aprobada (Leyes 23.660, de “Obras Sociales” y 23.661, de “Sistema Nacional del Seguro de Salud”) sufrió serios recortes pero mantuvo bastantes postulados del proyecto original. De haber sido puesta en ejecución plena por manos idóneas, hubiera producido cambios profundos en el sistema. No sucedió así. Sólo entraron en vigencia las cláusulas referidas a los incrementos en materia de financiación de las obras sociales.

La firma de convenios para su aplicación por las provincias, otro punto central del Seguro, no fue siquiera considerado en la reglamentación ni se tuvo en cuenta el correspondiente Capítulo VIII, que los autorizaba. Si bien no hubiera sido imprescindible para aplicar el sustrato federal de la ley, el hecho da la pauta de una permanente voluntad del poder central de no transferir atribución alguna en la materia a las jurisdicciones provinciales.

El esquema que se configuró, marcó la consolidación de las entidades intermedias, tanto del lado de la demanda (obras sociales) como de la oferta (entidades de profesionales y de servicios de salud privados), con el fuerte crecimiento del sector prestador privado y la cada vez menor injerencia del sector público, por la pérdida de capacidad reguladora y el paulatino deterioro de su propia oferta de servicios de salud. En esta situación, el sector de servicios privados fue el que mostró mayor capacidad de influencia en el sistema y por lo tanto, pudo salir ganancioso en la pugna distributiva planteada, hasta que la crisis económica alteró los basamentos de ese desarrollo.

Participación en salud y la dirigencia sindical

La participación directa de la ciudadanía en el curso de sus destinos, para nuestro caso en materia de Salud, es un principio sustantivo para la acción social que se realiza a través de la comunidad organizada. En la actitud y en las acciones concretas que realizaron los sindicatos de trabajadores en materia de obras sociales, que hemos descrito previamente, se manifiestan dos de las etapas del movimiento sindical que reconocía el dirigente de Luz y Fuerza Juan José Taccone. Decía él que la primera etapa es puramente *reivindicativa*. Todo el esfuerzo de las organizaciones se vuelca a la consecución de aumentos de salario y de mejores condiciones de trabajo. La segunda etapa es la *provisión de servicios sociales* a sus afiliados. La tercera etapa es la *participación en el poder*. Así, mediante el manejo de las obras sociales, especialmente sus recursos financieros, los sindicatos se aseguran una destacada y firme participación en el poder social y político.

Este “modelo sindical argentino” y su estrecha vinculación con las obras sociales, ha merecido elogios, pero también críticas, que parten de observar una verdadera disociación de intereses, evidenciable en tres facetas, según la tipología de Adrián Goldín:

“a) Disociación representativa: se expresa en la prevalencia de los intereses del aparato sindical por sobre los de los propios trabajadores;

“b) Disociación política: los representantes sindicales que desempeñan funciones en las instituciones específicas del sistema político (v.g., legisladores) se involucran en la formulación de políticas públicas que, más allá del juicio de valor que merezcan, entran en contradicción con los intereses sectoriales que los sostienen;

“c) Disociación funcional: Los dirigentes abandonan su rol de representación y defensa [de los trabajadores] y asumen, en cambio, el de empresarios-prestadores de servicios; en esa gestión los trabajadores no son aquellos a quienes se defiende y representa, sino clientes prestatarios y, para peor, clientes cautivos (obras sociales, seguros de retiro, etc.). La experiencia actual y pasada muestra con singular elocuencia que también aquí los intereses de

unos y otros suelen tomar rumbos divergentes.

A tal resultado negativo contribuyó señaladamente el concepto de que las obras sociales, a fuerza de estar estrechamente ligadas a la marcha de los sindicatos, son su “propiedad”, cuando solo se trata del manejo de dineros públicos recaudados por el mandato de una ley y por tanto -en el mejor de los casos- el dirigente o funcionario de una obra social es un agente fiscal a quien caben las responsabilidades administrativas del empleado público, aunque no rijan para él las normas de un escalafón o un reglamento de funciones.

Tampoco debe olvidarse que dicha dirigencia ha sido habitualmente tratada por las autoridades como un grupo a seducir o combatir en función de la lucha por el poder político o económico (léase el apoyo inicial y luego la feroz disputa entre la CGT de Hugo Moyano y el gobierno de Cristina Kirchner) y que, por cierto, cuando son parte de un negocio político resultan hábiles e impiadosos (recuérdense los resultados del arreglo con el “grupo de los 15” que intentó el gobierno del Presidente Alfonsín).

Lord Acton popularizó para siempre el adagio sobre que el poder corrompe y el poder absoluto corrompe absolutamente. Es de lamentar que la participación en sociedades intermedias como las obras sociales, que son una inmejorable ocasión de servicio para los gremialistas -de las que hay excelentes ejemplos- no siempre haya resultado escuela de esfuerzo y dedicación desinteresadas y que el rol modelo predominante, que ha copiado o imitado más de un dirigente, y que ha pasado a la conciencia colectiva de la sociedad y también, desafortunadamente, a los anales de la picaresca criolla, sea el del sindicalista aprovechado que ocupó el más alto cargo directivo del INOS y proclamó sin pudor que en el país “nadie hizo la plata trabajando”.

Diferentes grupos de presión y factores de poder cuestionaron el protagonismo, incluso la mera presencia de las asociaciones gremiales en el escenario de Salud. Desde la izquierda neta porque para ella el Estado es el único camino para conseguir la perfecta equidad y justicia. Hegel hubiera dicho que “el Estado es la realidad de la idea moral”; luego nazismo y comunismo transitarían por ese camino. Desde el cuerpo médico profesional porque se la vivió como una intrusa que perturbaba la santidad de un sistema basado en el hospital público donde, revestido de blanco, el médico es sumo sacerdote. Solo los empresarios de la salud han recibido sin hostilidad ese nuevo actor social sanitario, con el cual pueden compartir la neblina que a veces opaca la transparencia del sector. No obstante lo anterior, conviene distinguir en esta materia la sana teoría de la seguridad social y la participación en ella de los sindicatos, en cuanto “sociedades intermedias”, de la práctica deficiente que muestra no solo el ejemplo mencionado

sino también dirigentes condenados por delitos cometidos en el ámbito de las obras sociales.

Monseñor Eduardo Briancesco ha sabido comentar que la famosa trilogía de la revolución francesa, “libertad, igualdad, fraternidad”, ha cambiado su sentido y hoy es “*autodeterminación, participación, solidaridad*”. En esa línea de pensamiento, el mensaje de ley con que se presentó en 1985 el proyecto de Seguro Nacional de Salud decía, entre otras cosas, a propósito del principio de participación:

El articulado mantiene un cuidadoso equilibrio entre las responsabilidades del Estado como promotor del bien común y la participación de los beneficiarios en la gestión inmediata de las actividades ... La salud, como la educación y la vivienda son cuestiones de prioritario interés público -de allí la necesidad de un activo papel del sector estatal- pero que permiten y necesitan una amplia participación de las personas y sociedades intermedias en su gestión directa.

La participación de representantes de los beneficiarios, que estaba prevista en los directorios del INOS y de la ANSSAL, ha sido hoy suprimida en la constitución de la Superintendencia de Servicios de Salud y remplazada de hecho por el arbitrio o el humor de las autoridades gubernamentales.

Pese a las vicisitudes que ha corrido la participación de los beneficiarios en las obras sociales, representados de hecho por los sindicatos en cuanto parte legítima de la comunidad, el sistema de salud de nuestro país no alcanzará la plenitud si no resolvemos con realismo y concordia la justa ubicación de las asociaciones gremiales en un nivel de conducción participativa.

Equidad y justicia en la distribución de recursos sanitarios

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 la entera población es el universo dentro del 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 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 fami-

lias, mientras que el más inclusivo, o sea el sector público, no llega ni a la cuarta parte del aporte total. La carencia de 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.

Hacia un Pacto de salud Nación-Provincias

El sistema de salud argentino presenta **profundas inequidades**. En un extremo encontramos a la población de mayores ingresos, que tiene la posibilidad de comprar salud según sus preferencias, accediendo a una amplia cobertura -como es el caso de las prepagas- superior a la ofrecida por los hospitales públicos. En el otro extremo, los sectores más pobres, muchos sin empleo formal, solo tienen acceso a los servicios públicos de salud. En el medio de estos dos extremos se encuentra el sector asalariado que, dependiendo de las fluctuaciones del nivel de empleo y de las variables escalas de salario, logra acceso a la protección de las obras sociales.

A su vez, Argentina muestra una **gran diversidad de realidades provinciales**, y es difícil trazar generalidades que puedan ser aplicadas a todas sus regiones por igual. Una de las tensiones centrales que aquejan al federalismo argentino está vinculada a la desigualdad territorial y al desbalance de recursos existente entre las provincias y el gobierno central. La diferente disponibilidad financiera de Nación y Provincias está en la raíz de la dependencia de los recursos del Tesoro Nacional que éstas han tenido para acrecentar o mantener su capacidad instalada de servicios de salud y para financiar sus programas de atención médica. Luego, las determinaciones que se adopten en cuanto a la coparticipación federal serán siempre nucleares en la materia y darán marco obligado de referencia a las medidas sanitarias específicas que se apliquen en el sector.

Sin considerar la existencia de externalidades ni economías de escalas o si una estructura federal asegura la internalización de costos y beneficios dentro de cada región, las provincias argentinas son un agregado óptimo para la constitución en ellas de sistemas provinciales de salud.

Por de pronto, siguiendo la opinión de los constitucionalistas, las Provincias no delegaron en el gobierno central atribuciones sobre Salud cuando reconstituyeron la Nación a mediados del siglo XIX, y por

tanto, las han retenido (veamos, más adelante, una salvedad a esta situación). Más aún, les pertenecen la jurisdicción política, que implica la capacidad legislativa y presupuestaria, y el poder de policía sanitaria, como la habilitación de establecimientos y la matriculación de médicos y demás profesionales y técnicos de salud.

Además, luego de las políticas de descentralización que llevaron a cabo todos los gobiernos desde 1955, corresponde hoy a las Provincias la directa administración de la totalidad (o casi) de la capacidad instalada de servicios públicos de salud como los hospitales. También son los distritos obligatorios de recolección y elaboración de estadísticas vitales y sanitarias y el ámbito de incumbencia de las organizaciones de prestadores de salud (colegios y federaciones médicas, de clínicas y sanatorios, etc). Por último, bajo su jurisdicción funcionan las obras sociales provinciales. A su vez, la Nación posee atribuciones y responsabilidades propias que no son prorrateables entre las Provincias. Las más obvias tienen que ver con la sanidad de fronteras y la vinculación con organismos internacionales como la OPS/OMS, UNICEF, etc. También, por múltiples factores en juego, como las economías de escala, recaen esencialmente en la Nación las funciones relativas al control de medicamentos y tecnología, así como —de modo principal— la formación de recursos humanos y la investigación sanitaria. Asimismo, en el ámbito de la Nación es donde tienen su lugar las políticas de equidad y de provisión de recursos compensatorios para atender la disímil situación de disponibilidad de medios que tienen las Provincias. Finalmente, siempre corresponderá a la autoridad sanitaria nacional la conducción general (rectoría, *stewardship*) del sistema de salud del país, como lo postulan las organizaciones sanitarias internacionales.

Como vimos, se parte siempre de afirmar que Salud es un tema no delegado por las provincias en el gobierno nacional pero sin considerar que, al tiempo de la reorganización nacional a mediados del siglo XIX, Salud no era una cuestión a definir por un gobierno, como sí lo eran Educación o Justicia, por lo cual no hubo delegación de las Provincias a la Nación simplemente porque, según el pensamiento prevalente en esa época, no había materia que delegar. Por parecidas razones, las atribuciones sobre energía atómica, telecomunicaciones o navegación aérea no fueron cuestiones a ceder o retener explícitamente. Para una adecuada instrumentación del tan reclamado pero incumplido federalismo, el país necesita un **Pacto de Salud** que establezca las funciones, atribuciones y responsabilidades de la Nación y de las Provincias en la materia. Nuestro país reconoció, en el Preámbulo de su Constitución, el valor de los *pactos preexistentes*; hoy el tema sería establecer un *pacto prospectivo* referido a las cuestiones sanitarias, no

determinadas explícitamente hasta el presente.

Va de suyo que el ámbito natural para la concreción de dicho Pacto de Salud deberá ser el Congreso Nacional, sin perjuicio de la labor preparatoria que se desarrolle en el Consejo Federal de Salud (COFESA) y en su natural organismo asesor, el Consejo Federal Legislativo de Salud (COFELESA), que reúne a los miembros de todas las comisiones de salud de las legislaturas nacionales, provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En función de lo precedente y solo a título de ejemplo de las cuestiones a decidir por dicho Pacto, podemos mencionar:

- Funciones, atribuciones y responsabilidades propias de la Nación, las propias de las Provincias y las concurrentes de ambas. *[Corresponde hoy salvar las carencias u omisiones constitucionales, revisar la materia y establecer claramente quién debe hacer qué cosas].*
- Vinculación sistémica entre los servicios públicos de salud y las obras sociales. *[No hay leyes que regulen debidamente esa relación]*
- Régimen de autarquía de los servicios públicos de salud. *[El tema estaba contemplado en el proyecto original del Seguro Nacional de Salud pero fue omitido en la decisión legislativa. Se palió finalmente esa carencia con el sistema de hospitales de autogestión]*
- Efectiva provincialización del sistema de obras sociales. *[Una simple reglamentación del P.E.N. resolvería la cuestión, según lo prevé el Capítulo VIII de la Ley 23661, pero afirmarlo mediante un Pacto con fuerza de ley pondría el tema nuevamente en la agenda política.]*
- Creación de un Fondo Compensador que garantice niveles de equidad entre provincias pobres y ricas, sea por apoyos financieros globales o por el método de subsidio contra norma. *[Dentro o fuera del sistema de coparticipación]*
- Constitución de una red única de servicios de salud (independientemente de su condición de públicos o privados). *[Por ejemplo, para catástrofes naturales como terremotos, inundaciones, etc., o causadas por el hombre, como accidentes viales, atentados, explosiones, etc., pero también para la realización conjunta de acciones de salud pública (vacunaciones, educación sanitaria, etc.)]*

Por cierto, luego de ese eventual “pacto”, corresponderá procurar la adecuada integración del conjunto de las obras sociales, tanto nacionales como provinciales, y de la red de prestadores y aseguradores privados. Hace varias décadas se avanzó en ese sentido con los acuerdos de la llamada Comisión Paritaria Nacional Ley 19.710 —ya comentados más arriba— pero la situación de los actores sociales en este campo ha variado como para demandar una actualización de los criterios y medidas normativas pensados en aquel momento.

Propuestas operativas para ejecutar el Pacto de Salud

Sin abundar detalladamente en un listado de propuestas, que escaparía a la naturaleza de este ensayo, resulta oportuno reseñar un grupo de decisiones políticas encaminadas a perfeccionar las relaciones Nación-Provincias consideradas en ese Pacto y promover un sistema de salud apropiado para Argentina:

Los servicios públicos de salud, en su práctica totalidad, ya son en estos momentos de naturaleza provincial, como por definición lo son los recursos humanos y físicos del subsector privado ubicados en su territorio. Luego, dicho esquema federal debiera emprenderse por donde falta, que es la seguridad social médica.

Así, correspondería -en el marco del Capítulo VIII de la Ley 23661- celebrar convenios por los cuales las provincias se hagan cargo de la administración del Seguro Nacional de Salud dentro de su ámbito. En el mismo orden de cosas, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que conocemos como PAMI, debería ser descentralizado ampliamente, incluyendo la asignación de responsabilidades de conducción a los gobiernos provinciales. En ambos casos, sin que la mecánica obste a la constitución de seguros provinciales de salud

Otra medida coincidente con ese propósito federalista será proveer al COFESA de una estructura operativa permanente con capacidad ejecutiva y con un financiamiento específico proveniente de recursos coparticipables, desde donde se puedan realizar investigaciones y estudios de manera similar al Consejo Federal de Inversiones (CFI). La misión principal de la autoridad sanitaria nacional debería ser la de liderar las decisiones convenidas en el COFESA.

Para reforzar el logro de dichos objetivos, será conveniente abrir, en cada jurisdicción, una instancia de concertación con las entidades prestadoras y otros factores de poder local, que asegure la viabilidad política de la descentralización del Seguro Nacional de Salud en general y del PAMI en particular, y mantener una instancia de diálogo y concertación permanentes con la dirigencia sindical -protagonista principal del subsector obras sociales- que analice los aspectos operativos del régimen de prestaciones.

Finalmente, y con el mismo propósito, correspondería desde el gobierno nacional alentar a las provincias que estén constituyendo sistemas provinciales de salud, asistiéndolas técnicamente y fortaleciendo la capacidad gerencial de la autoridad sanitaria local, así como apoyando la concertación con las entidades prestadoras y otros actores locales, para asegurar la viabilidad política del proyecto.

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 parecen haber logrado plenamente los niveles de equidad y justicia que serían 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 (la estructura y funciones de nuestros actuales hospitales públicos han cambiado poco desde hace cincuenta años), no cumplen cabalmente su cometido de abastecer en calidad y cantidad la necesidades del país. 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 no 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.

Los segundos porque, sujetos a la capacidad contributiva de las distintas ramas de actividad, perpetúan diferencias en la cantidad y calidad de los servicios de salud disponibles para los afiliados a las obras sociales que el Fondo de Distribución no alcanza a paliar totalmente

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 no han dado todavía los resultados esperables.

Sin perjuicio de haber tratado hasta aquí de plantear una relación más analítica que prescriptiva, séame permitido concluir esta 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 niveles principales de acción:

El primero,

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

Luego,

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

Finalmente,

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

BIBLIOGRAFÍA

1. Mera, J.A.; Bello, J.N. Federalismo y Salud. Instituto Torcuato Di Tella-Universidad Maimónides, Buenos Aires, 2011