

DOCUMENTOS

PROYECTOS PARA UNA SOCIEDAD ABIERTA

INFORME N° 6

LA ENFERMEDAD DE LA “SALUD PÚBLICA”*

Alberto Benegas Lynch (h)
Martín Krause

1. Situación actual de la atención a la salud

La alimentación y la salud constituyen aspectos esenciales para la vida. Sin alimentación no hay vida y sin salud no resulta posible mantenerla.

En este trabajo concentraremos nuestra atención en el tema de la salud y tomaremos como eje central de la investigación el caso argentino para ilustrar nuestro punto de vista en esta materia, tan delicada e importante para el ser humano.

Lamentablemente, en nuestro país el panorama resulta sumamente desalentador. Parte del fruto del trabajo de la gente es expropiado por el Estado imponiéndole un esquema de “salud pública” que no sólo resulta incompatible con el derecho de cada uno a usar y disponer de lo propio, sino que resulta incompatible con la preservación de la salud.

En la Argentina la prestación de servicios que aparecen bajo el rubro de salud corresponde básicamente a tres sectores: las obras sociales, el sector público y el sector privado.

1.1. Obras sociales

Comenzamos con las obras sociales porque son las que nuclean al mayor número de personas.

Estas instituciones se originaron a fines del siglo pasado y comienzos de éste como entidades de carácter voluntario, donde se nucleaban sus miembros por

criterios de nacionalidad (era la época de la gran inmigración) o por compartir su trabajo en determinada actividad. Más adelante consideraremos el tema de las asociaciones mutuales con más detalles.

Es bastante común encontrar en los estudios realizados sobre esta materia la opinión de que las obras sociales, particularmente las gremiales, se consolidaron a partir de las políticas implementadas por Perón en la década del 40.

En realidad, estos trabajos (Diéguez, Llach, Petrecolla, 1990, Instituto Di Tella),(1) (Panadeiros, 1991, FIEL),(2) (Giordano, Torres, 1992, Fundación Mediterránea),(3) (Isuani, Mercer, 1986, Boletín Techint),(4) (UADE, Universidad Argentina de la Empresa),(5) que hemos citando en el transcurso del presente, no profundizan lo suficiente en la situación de la atención y de las mutuales hasta esa época. Tampoco analizan las razones de su monopolización, ya que ésta no nace de la primera ley de obras sociales sino que ya existía, a partir de la legislación laboral peronista que impusiera el sistema de convenciones colectivas de trabajo con convenios de acatamiento obligatorio para todos los trabajadores de un mismo sector, al margen de la opinión de éstos. Lo que sí surge a partir de la ley 18.610 de 1970 es la superestructura estatal que intentará controlar el funcionamiento de las obras sociales, las cuales, con fondos confiscados de los trabajadores, manejaban importantes sumas de dinero. Se crea así el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), un registro para todas las obras sociales existentes en el país y supuestamente un mecanismo de redistribución entre obras sociales pobres y ricas pero que, como veremos más adelante, terminó atrapado por los intereses político-sindicales y realizando la distribución según el poder de cada sindicato.

Precisamente, el mensaje que acompaña a la citada ley dice: “El Instituto Nacional de Obras Sociales deberá ser el organismo que tenga a su cargo esa labor de coordinación y planificación, además del control de la inversión de los recursos y el funcionamiento técnico y administrativo, asegurando así el cumplimiento de objetivos tan importantes”.

Establece además un aporte obligatorio mínimo, pues, como ya dijimos, era obligatorio desde antes. El mismo mensaje enuncia que: “Al establecerse un aporte mínimo obligatorio destinado a las obras sociales, a cargo del empleador y el trabajador, se asegura a dichas entidades un funcionamiento adecuado y acorde con sus necesidades, dando así solución a un problema que es particularmente grave en el caso de las obras sociales sindicales, ante la falta de concreción de los incrementos solicitados por casi todas las asociaciones profesionales de trabajadores en la reciente negociación de los convenios colectivos de trabajo”.

Es decir, no cambiaba la esencia sino el método, ya que desde ese momento los sindicatos buscarían el aumento de los aportes por ley, además de los que pudieran obtener específicamente por las convenciones colectivas.

En cuanto a la entidad de ciudadanos que están sujetos a estas entidades, las cifras varían pero dentro de un rango similar. En el trabajo de Diéguez, Llach, Petrecolla, 1990, se estima, adoptando hipótesis conservadoras, que el porcentaje de personas cubiertas es de 56,5%: “Los datos del módulo de salud permiten conocer, para la suma de aglomerados, que la población afiliada a las obras sociales es del orden del 60%, la adherida a sistemas voluntarios el 9% y resta sin cobertura aproximadamente el 30% del total” (Llach, Diéguez, Petrecolla, p. 34).

Los datos, no obstante, son precisamente “estimaciones” pues el mismo informe cita evaluaciones del INOS del 74% y del INDEC del 60% de afiliados a obras sociales en la población total.

El trabajo de Panadeiros (1992) menciona un porcentaje del 55%, y el informe citado de Giordano y Torres (1992), una cifra levemente inferior. Por su parte, el trabajo de la UADE cita para 1985 una cobertura del 74,3% de la población. Por último, Ernesto Isuani y Hugo Mercer (1986) se inclinan por un mínimo cercano al 60% y un máximo del 70% (véase Anexo 1, cuadro 1).

Digamos que, sea cual fuere el número real, es suficientemente importante, y es la entidad de argentinos que han perdido su derecho a elegir el tipo de atención a la salud que consideran más conveniente.

No es extraño, entonces, que luego de varias décadas de vigencia de este sistema compulsivo, sean evidentes los resultados de la falta de libertad de elección:

- Las obras sociales sindicales no están sujetas a la competencia, sus cobranzas son realizadas por los empleadores, y por más que muchas de ellas subcontraten los servicios de atención en el sector privado, su ineficiencia en términos de calidad es notoria.

- Este sistema compulsivo hace que todos los individuos que tengan dos trabajos deban estar afiliados dos veces y, por lo tanto, pagar por dos servicios. Lo mismo sucede en los hogares donde trabajan más de uno de los componentes del núcleo familiar. El INDEC ha estimado que la entidad de personas que cuenta con doble cobertura es del 9,4% del total, siendo 4% aquellos que pertenecen a más de una obra social.

- Por otra parte, están quienes, ante la falta de servicios por parte de las obras sociales, contratan voluntariamente seguros privados de salud llamados prepagos. Se estima que un 5,4% de la población se encuentra en esta situación.

- El sistema compulsivo no por eso es barato. Por lo contrario, implica un aporte mensual del 9% sobre la remuneración, discriminado en 6% como aporte patronal y 3% como aporte del empleado (para las obras sociales nacionales). Pese a esta demagógica separación, es obvio que el importe total ha de contarse como un costo laboral, que sale íntegramente de la retribución del empleado. (Véase Anexo 1, cuadro 2.) Las obras sociales provinciales que pueden sumarse voluntariamente al mecanismo de la ley 23.660 de 1989 también presentan altos porcentajes de aportes compulsivos, los que varían entre el 7 y el 12%, sumando aportes de empleadores y empleados. (Véase Anexo 1, cuadro 6.)

- Este mecanismo de financiación no relaciona en ningún momento los ingresos y los egresos de las obras sociales, ya que los ingresos se vinculan al porcentaje de ocupación, es decir, el número de trabajadores aportantes, al de evasión (que genera el alto costo laboral) y al nivel de remuneraciones, mientras que los gastos dependen de la utilización. Los vaivenes de la economía argentina y las espectaculares fluctuaciones de las variables mencionadas no han hecho sino empeorar los problemas de incentivos negativos para una buena administración.

Los sindicatos manifiestan: “La crisis incidió en el sistema. Resulta evidente que de lograrse una real reversión del proceso recesivo que todavía afecta a la economía nacional, las empresas necesitarán incrementar su imano de obra, lo que conllevará un crecimiento del nivel de afiliación a las obras sociales; los aportes crecerán y mejorará la calidad de las prestaciones, las que, de todas formas, se siguen brindando a la casi totalidad de los beneficiarios”.(6)

Para suplantar esas caídas de fondos se implementaron aumentos sucesivos de las retenciones compulsivas. Así es como, con la primera ley, 18.610 de 1970, los aportes eran del 3% (2% de aporte patronal y 1% de los empleados), para subir al 7,5% con la ley 22.269 de 1980 (4,5% de aporte patronal y 3% de los empleados) y alcanzar el 9% actual desde la aprobación de la ley 23.660 de 1989. Estos aumentos de retenciones amplificaron aun más los problemas mencionados, ya que, al aumentar el costo laboral, reducen la demanda de imano de obra e incentivan la evasión.

- Los problemas de ineficiencia en el manejo de los fondos de las obras sociales se hacen evidentes a causa de la reiterada ayuda estatal a éstas, que se expresa a través de una condonación de deudas que traslada el costo de esa ineficiencia a todos los contribuyentes. Ya la ley 23.660 de 1989 contiene un artículo, el 31, que dispone la condonación de las deudas que las obras sociales mantienen con el INOS. Posteriormente, la ley 23.697, artículos 52 a 55, creó una comisión para atender los pasivos de las obras sociales hasta el 31 de julio de 1989, mientras que

la ley 24.070, sancionada en diciembre de 1991, transfirió al Estado unos 400 millones de dólares de deudas de las obras sociales y sindicatos, asumiendo las deudas contraídas con posterioridad a esa fecha.

Es decir que los desajustes financieros se deben tanto a períodos en los cuales los sindicatos tuvieron el control de estas entidades como a aquellos en que no lo tenían, pues también es cierto que estuvieron intervenidas tanto en 1955 como en 1976, en este caso hasta 1989; los sindicalistas alegan haberlas recibido con servicios cortados, deudas cuantiosas, personal sobredimensionado, listas de juicios pendientes y totalmente hipotecadas. Esto es cierto con respecto al período anterior, pero no explica las deudas posteriores.

- Por otra parte, cuando las obras sociales incurren en un déficit se dirigen a la ANSSAL (Administración Nacional del Seguro de Salud), organismo que maneja un Fondo de Redistribución. Sin embargo, la ANSSAL no solamente presenta característicamente las mismas ineficiencias de todo organismo estatal, sino que además es notoria la influencia que los criterios políticos tienen en la distribución de ese fondo. De esa manera, los gremios más poderosos son los que más reciben.

Comenta Panadeiros (1991, p. 18): “En definitiva resulta entonces que la mayor porción del Fondo de Redistribución se reparte en una forma absolutamente discrecional y en general atendiendo a presiones políticas. Al respecto la información correspondiente a 1990 permite detectar ciertas características que resulta interesante señalar”.

“En primer término, existe una importante concentración de subsidios. En efecto, de un total de aproximadamente 180 millones otorgados en subsidio, el 11,1% fue adjudicado a una sola obra social (Personal de la Industria Metalúrgica), que cubre el 7,1% del total de la población afiliada al sistema. Tomando los 5 entes más subsidiados, se obtiene que éstos recibieron el 27 3% de los fondos, y tienen una población que representa al 14,1% del total, en tanto que extendiendo el análisis a las 15 entidades más subsidiadas se advierte que con una cobertura del 38,5% de la población del Sistema concentraron el 51,9% de los fondos.” (Véase Anexo 1 cuadro 4.) ‘

Según Diéguez, Llach y Petrecolla (1990, p. 53), la situación es peor aun: “La concentración de las asignaciones del Fondo de Redistribución es muy grande: por ejemplo, en 1986 recibieron asignaciones 132 obras sociales, pero 9 concentraron el 70% del monto transferido; en 1987 la situación se repitió, pues recibieron asignaciones 121 obras sociales, concentrándose el 70% en sólo 8. En ambos casos el ranking está encabezado por la Unión Obrera Metalúrgica, de conocido poder sindical y aun político”.

- Las obras sociales que atraviesan dificultades financieras utilizan el mecanismo de no pagar a sus proveedores, con lo cual en muchas oportunidades suspenden sus servicios de atención médica. Como mientras tanto la obra social sigue cobrando los aportes compulsivos, aunque los afiliados no puedan incurrir en gastos, después de un tiempo se sana la situación, pero con el costo de que los aportantes no tuvieron cobertura y tuvieron sin embargo que pagar por ella.
- Como medida para reducir el total de gastos de las obras sociales, la ANSSAL establece lo que se denomina Nomenclador Nacional, es decir, un control de precios que genera los consabidos mecanismos para su evasión, como el aumento de la entidad de Prestaciones (muchas veces innecesarias), la facturación de Servicios no suministrados, la reducción de la calidad de los servicios, etcétera.
- Los aportantes, en general, no tienen mayor incentivo para economizar, ya que sus aportes tampoco están relacionados con el riesgo de salud de cada uno y con la utilización que hagan de los servicios. Por ello se da, entonces, una mezcla perversa de incentivos: los profesionales tienden a sobrefacturar o sobrerrecetar, y los atendidos a no prestar atención a esto.

La monopolización de las obras sociales ha llevado también a la cartelización de sus proveedores, con lo que la fijación de precios del Nomenclador Nacional se convierte en una lucha política de enorme magnitud. Los profesionales médicos negocian a través de la Confederación Médica de la República Argentina, o de FEMEBA, Federación Médica de Buenos Aires, o de las agrupaciones de cada provincia. Son estas organizaciones las que negocian en nombre de sus “representados”.

Sólo las obras sociales para el personal superior (ASE/APS/OSDE) permiten una cierta elección de prepagas privadas, pero los aportantes tienen que pasar obligatoriamente por esta intermediación.

1.2. El sector público

El sector estatal de atención a la salud está formado básicamente por los hospitales que son propiedad del Estado nacional o de los Estados provinciales o municipales, y que se financian con recursos fiscales para la atención de quienquiera que requiera atención médica.

Si bien se piensa que la atención de los hospitales públicos está dirigida a los sectores de menores recursos, en realidad no es así, sino que están disponibles para toda la población; por supuesto que quienes pueden hacerlo prefieren la atención del sector privado.

No es necesario describir mayormente la situación de los hospitales estatales, ya que cualquiera que haya visitado alguno últimamente podrá atestiguar su estado. Basta tal vez recordar la constante denuncia de los mismos médicos de esas instituciones por la falta de elementos o de personal que emigra a causa de los bajos sueldos. También deben destacarse la desatención y el abandono, que llegaron a extremos tales como la muerte de 32 pacientes, en julio de 1990, en el Hospital Neuropsiquiátrico Moyano, por desnutrición.

El trabajo de Diéguez, Llach y Petrecolla 11 990, p. 31), señala la:

“Las unidades hospitalarias se encuentran en general en muy malas condiciones, mostrando los efectos de un largo período de desatención financiera, lo que más allá de la falta de inversiones en equipamiento tiene como evidencia el deterioro físico resultado de la falta de gastos de mantenimiento”.

Sin embargo, no sólo se trata del deterioro físico, que es algo muy real; también es destacable la ineficiencia del sector. Tómese en cuenta, por ejemplo, que el sector público contaba en 1980 con un total de 5.123 establecimientos y 94.883 camas (54,5% y 63,2% de la capacidad instalada total) para atender supuestamente a ese porcentaje de personas no cubiertas que puede rondar, según las distintas estimaciones que vimos antes, entre el 25 y el 45% de la población total. (Véase Anexo 1, cuadro 5.)

El sector privado cuenta con 4.145 establecimientos y 47.048 camas que, sumados a los 374 establecimientos de las propias obras sociales (téngase en cuenta que gran parte de ellas subcontratan los servicios con el sector privado) y 8.079 camas, suman un total de 4.515 establecimientos y 55.127 camas (45,5 % y 36,8% respectivamente) para atender a todo el resto de la población. Resulta entonces que el sector privado está brindando servicios superiores al doble de población con la mitad de la capacidad instalada.

1.3. El sector privado

Además de lo mencionado antes respecto del sector privado, es necesario tener en cuenta que nos encontramos allí con dos subsectores. En primer lugar, el que actúa como proveedor de las obras sociales que, como dijimos, aprovecha en ocasiones el carácter monopólico de éstas para cartelizar sus ofertas.

En segundo término, el denominado sector de prepagos o empresas privadas de seguro de salud, que ha experimentado un notorio crecimiento en los últimos años. La primera empresa de este tipo fue creada en 1962, y a fines de esa década había seis. El crecimiento explosivo se produjo en la década de los años 80, tanto

en entidad de empresas como de asociados. Se estima que existen en estos momentos unas 80 empresas de este tipo en la Capital Federal y unas 300 en total en todo el país, que cubren una población superior a los 2,5 trillones de personas.

Estos servicios se han desarrollado sin la tutela ni el subsidio del Estado, y han resultado muy atractivos para sus clientes. Ofrecen una multiplicidad enorme de alternativas, a tal punto que podría decirse que, teniendo en cuenta el número de empresas y los planes que presenta cada una de ellas, el consumidor tiene cientos de opciones.

Los planes se adaptan a los distintos tipos de consumidores, sea por el grado de cobertura que se pueda desear (más completa o con mayores franquicias), por el costo o por la calidad de los profesionales e instituciones. Existe una muy rápida adaptación a los nuevos desarrollos tecnológicos. Generalmente las innovaciones adquieren carácter optativo en un principio, pero la fuerza de la competencia lleva a que se incorporen al poco tiempo como servicios de rutina; así ha sucedido con el servicio de terapia intensiva, la unidad coronaria, la tomografía computada y la resonancia nuclear magnética. Buena parte de estas empresas cubren a sus asociados en sus lugares de vacaciones y hasta en el exterior, mediante convenios con aseguradores en otros países.

Lo notable de esta experiencia es que se trata de un sector que ha crecido totalmente desregulado y con alto grado de calidad en sus servicios. En realidad, eso no tiene nada de notable, excepto para quienes creen que la falta de regulación estatal pondría en tela de juicio la calidad de los servicios. En treinta años sólo una empresa ha cerrado; todas las existentes han sido consideradas como empresas serias, confiables y sólidas.

Lamentablemente, el carácter compulsivo de los aportes a las obras sociales priva a gran parte de los aportantes de la posibilidad de poder adherirse a este tipo de programas, ya que sólo pueden hacerlo pagando nuevamente, es decir, pagando el seguro prepago luego de haber pagado la obra social. Esto deja fuera de las posibilidades a la mayoría, y vimos ya que sólo un 5,4% puede hacerlo, por lo que se perjudica particularmente a los sectores de menores recursos.

1.4. Los resultados

Tantos años de aplicación del sistema de administración estatal más los aportes compulsivos a las obras sociales dan la oportunidad de evaluar sus resultados. Respecto del gasto público en salud dicen Diéguez, Llach, Petrecolla (1990, p. 54):

“El gasto en salud verificado en el año 1986 fue de australes 6.654 millones, equivalente al 8,95% del PBI. Dicho gasto medido por habitante fue de australes 214, equivalente a u\$s 227. El nivel del gasto en salud como proporción del PBI ubica a la Argentina en el promedio de los países avanzados y por encima de los países en desarrollo; esta situación no parece corresponderse con la calidad y entidad de los servicios prestados”.

El presupuesto para 1993 enviado al Congreso informa sobre un volumen de gasto del 5,86% del PBI, el cual, sin embargo, sería superior al mencionado antes por tomarse una cifra notoriamente superior de PBI 168.000 millones). Es decir, con ese nivel de gasto en salud, los resultados obtenidos son sumamente negativos. Es difícil medir la evolución de la salud de una población; así y todo Diéguez, Llach y Petrecolla (1990, p. 65) toman en cuenta el descenso de la mortalidad infantil y dicen:

“El descenso de las tasas de nuestro país no puede considerarse importante si se compara con el verificado, en el mismo período, en los países desarrollados y en los de la región. En efecto, la proporción de la caída en nuestras tasas es equivalente a la observada en los países desarrollados, pero debemos señalar que Argentina parte de bases más altas y por lo tanto las reducciones previstas deben ser más pronunciadas. Asimismo, países como Chile, Costa Rica, etc., observan entre 1980-1985 tasas equivalentes a un quinto de las de treinta años atrás, mientras que las verificadas en nuestro país equivalen a un medio de las del quinquenio 1950-1955; pero la situación es más notoria cuando se confirma que la baja relativa fue inferior a todos los países americanos con las excepciones de Haití, Bolivia y Perú. Argentina de ser el país de menor tasa de mortalidad en la región pasó a ocupar el sexto puesto en el ranking”.

Pero es importante no dejar esta observación allí. Porque la justificación que se presentó para imponer el avance del Estallo en el campo de la atención a la salud y el aporte compulsivo a las obras sociales es que cuando esto no existía la población se encontraba “desprotegida”.

La realidad muestra que la situación era la opuesta. Cuando no existían aportes compulsivos y costosos presupuestos estatales, la salud de la población se encontraba en mejores condiciones. Por lo menos es la conclusión que ha de sacarse si, siguiendo el informe antes citado, tomarnos como un ejemplo la tasa de mortalidad infantil. Esto es lo que comentaba en 1940 Alejandro E. Bunge, profesor y académico en la Universidad de Buenos Aires:

“En Europa y América solamente Holanda, Suiza, Noruega, Estados Unidos y Canadá tienen el privilegio de una menor mortalidad infantil que la Argentina.

Nuestra ventaja, con relación a los demás países, no es de hoy, ya lo señalamos en 1919 y posteriormente; pero se hace necesario recordarlo”.

“En el período 1931-35 fallecían en la Argentina, en doce meses, 97 niños antes de cumplir un año de edad, por cada 1.000 nacimientos animados. Esto ocurría con un coeficiente de natalidad de 26,5 por mil -que había sido de más de 40 por mil.”

“Tomando en cuenta los países, y en ellos los períodos en los cuales tenían un coeficiente de natalidad igual o muy cercano al de la Argentina en esos cinco años que corren de 1931 a 1935, las estadísticas de la Sociedad de las Naciones permiten ver que con excepción de Holanda, la mortalidad infantil de la Argentina era menor que la de todos los países de América y de Europa.”(7)

Si queremos ampliar el análisis a la tasa de mortalidad general, dice el mismo autor (Bunge, 1940, p. 71): “Es digno de hacerse notar que en el quinquenio de 1934 a 1938 el coeficiente de mortalidad general de la Argentina era de 12,1 por mil, o sea inferior a los de Francia, Irlanda, Italia, Austria, Bélgica, Escocia, Finlandia y España antes de su gran guerra civil, estando muy cerca de Inglaterra y de Gales”.

Esto es confirmando por un informe de UNICEF citado en La Nación (1 de abril de 1991) según el cual ese organismo sostiene:

“Desde muy temprano, la Argentina se ubicó a la cabeza de la mayoría de los países latinoamericanos desde el punto de vista de los indicadores demográficos y de aquellos vinculados con las condiciones de supervivencia infantil”. Y agrega que “su posición relativa ha sufrido un manifiesto deterioro si se observa la evolución ocurrida en las últimas décadas”.

2. El mercado de la salud es distinto

Detrás de todas las justificaciones para la participación del Estado en el campo de la salud se encuentra la idea de que “el mercado de la salud es distinto”, sostenida aún hasta por aquellos que están en favor de una mayor participación del sector privado en la economía.

Así, por ejemplo, el trabajo de la UADE (UADE, op. cit., p. 46) sostiene: “Debe tenerse presente que, si bien es lógico promover y aprovechar la producción de menores costos y mayor dinamismo generada por la iniciativa privada, la salud es un bien social que implica una responsabilidad indelegable del Estado y, por lo tanto, no puede dejarse librada exclusivamente a las leyes del mercado”.

Lamentablemente no se aclara aquí qué se considera como “bien social” y si se refiere a lo que los economistas denominan “bien público”, en el sentido de aquellos que una vez ofrecidos no pueden ser restringidos a quienes los financien (defensa, por ejemplo). Independientemente de las consideraciones que pueden hacerse respecto de un bien público, la protección a la salud es claramente un bien privado, más bien un servicio cuyos usuarios pueden ser determinados con facilidad y en ningún caso pueden resultar free-riders de la protección a la salud de otros.

Diéguez, Llach y Petrecolla (1990, p. 27) consideran otro tanto: “La atención a la salud no constituye un mercado que pueda ser analizado con el método usual de la economía, que consiste en estudiar separadamente los temas vinculados con la oferta y la demanda, para luego integrar el análisis conjunto a efectos de determinar las entidades y precios que equilibran el mercado. En el caso de la atención a la salud, la demanda no es independiente de la oferta, existen asimetrías de información para las partes intervinientes, hay restricciones a la libertad de elección y limitaciones severas a la capacidad de decisión del consumidor, etcétera”.

Este trabajo que afirma que no puede emplearse el método de análisis usual de la economía no dice, sin embargo, qué método debería utilizarse, ni de cuál se valieron los autores para realizar su informe. En los puntos siguientes analizaremos las características enunciadas en la cita anterior con mayor detalle. No obstante, el aspecto metodológico es importante. Conviene repasar algunos conceptos básicos para comprender correctamente el funcionamiento del mercado de la salud.

“Economizar significa optar, elegir, preferir entre diversos medios para el logro de específicos fines, por tanto, se refiere a la acción humana como comportamiento deliberado en contraposición a los meros actos reflejos. La economía se deriva de las implicancias lógicas de la categoría ‘acción humana’. Dicha categoría implica especulación, es decir, que ex ante el sujeto actuante estima que, desde su punto de vista, estará en mejor situación después de haber llevado a cabo el acto (de lo contrario no habría actuado). Acción humana implica que el individuo actúa conforme a su interés personal (lo cual constituye una tautología puesto que actuaren cierta dirección siempre está en interés del sujeto actuante). Dicho interés personal es aplicable a las acciones más sublimes como a las más pedestres. Los respectivos intereses y las correspondientes decisiones implican escala valorativa. La acción implica secuencia temporal, puesto que si con sólo desear algo de inmediato se obtiene la correspondiente satisfacción no hay acción. La acción implica incertidumbre, puesto que si se conociera todo

(incluyendo las consecuencias de la acción) las decisiones se tomarían de antemano; por tanto, los movimientos ulteriores serían re-acciones y no acción propiamente dicha ya que la elección, opción, economización o preferencia fue decidida con antelación. La acción implica ideas tecnológicas, es decir, que el recurrir a ciertos medios permitirá lograr ciertos fines puesto que se supone cierta regularidad (y no mera probabilidad de cierta relación causal) en los fenómenos externos al hombre. La acción implica multiplicidad de medios, puesto que si se tratara de uno éste constituiría el fin. La acción humana implica que los medios deben ser escasos (aun en Jauja el tiempo y el esfuerzo deben a signarse). La acción implica un costo, trabajo, esfuerzo o sacrificio que es el valor que se debe renunciar para obtener el ingreso o entrada del valor que se prefiere. La ratio o la relación entre el valor que se recibe (ingreso) y el que se entrega (costo) se denomina precio. La diferencia entre el valor que se recibe (ingreso) y el que se renuncia (costo) se denomina ganancia o pérdida.”

“Como hemos dicho, estas implicancias lógicas se suceden cualquiera sea el tipo de acción humana que se lleve a cabo, entonces, la economía debe verse como un proceso de intercambio de valores que pueden ser interpersonales. o intrapersonales. según se lleven a cabo con o sin el concurso directo de nuestros semejantes.”(8)

Por su parte explica Ludwig von Mises:

“Desde que los hombres comenzaron a interesarse por el examen sistemático de la economía, todo el inundo convino en que constituía el objeto de esta rama del saber el investigar los fenómenos del mercado, es decir, inquirir la naturaleza de los tipos de intercambio que entre los diversos bienes y servicios registrábase; su relación de dependencia con la acción humana; y la trascendencia que encerraban con respecto a las futuras actuaciones del hombre [...] el análisis obligale al investigador a salirse de la órbita propiamente dicha del mercado y de las transacciones mercantiles [...] la economía fue, poco a poco, ampliando sus primitivos horizontes hasta convertirse en una teoría general que abarca ya cualesquiera actuaciones de índole humana”.(9)

El estudio de la acción humana, entonces, incluye claramente la compra y provisión de servicios de protección a la salud. De otra forma sería como pensar que otros productos o servicios de vital importancia para la supervivencia, por ejemplo, la alimentación y la vestimenta, escapan por ello a las leyes de la acción humana. Pero pocos dirían que el funcionamiento del mercado de productos alimenticios o de prendas de vestir no sufre la influencia de las leyes del mercado.

Además, ya hemos visto antes las consecuencias de haber dejado de lado el mercado en esta materia.

2.1. La falacia de la “asimetría de la información”

Entre las justificaciones para el no funcionamiento del mercado en la atención de la salud se encuentra en lugar destacado la llamada “asimetría de la información”. Este concepto está claramente explicado en el siguiente párrafo de un trabajo de FIEL:

“Este problema (el uso excesivo de la atención médica) se ve agravado por la presencia de otro factor característico del mercado de atención médica: la amplia asimetría de información que poseen ambos lados de la transacción, i.e., la oferta y la demanda. Este fenómeno conduce a que el paciente delegue en el profesional la toma de decisiones, de modo que el médico no sólo es el proveedor del servicio sino que, en gran medida, es el creador de su propia demanda. En otros términos, los profesionales de la salud constituyen casi la única parte en la asignación de recursos en este sector. Sin embargo, es casi nula la responsabilidad que tienen sobre las consecuencias económicas de sus decisiones, ya que los métodos de pago generalmente establecidos tienden a estimular la recomendación de tratamientos superfluos”.(10)

Este concepto resulta claramente equivocado. La “asimetría de la información” puede encontrarse en todo momento y en todo lugar, ya que el conocimiento no está distribuido en forma uniforme entre todos los agentes del mercado. Es más, podría encontrarse en todo intercambio, pero es eso, precisamente, lo que lo hace atractivo.

Ninguna persona es omnisciente. En el caso de la salud, a nadie le conviene, cuando tiene una gripe, ingresar en la facultad de medicina para estudiar los orígenes y las raíces de su mal. Cuando es costoso obtener la información (y siempre implica algún esfuerzo) aparece la venta ya de recurrir a especialistas. Por esa razón, las personas consideran más productivo el dedicarse a sus asuntos y buscar a alguien que haya dedicado su tiempo a las tareas que ellas desconocen. Este es el caso del médico.

En una sociedad abierta, el individuo no es “prisionero” de ningún médico en particular; puede cambiarlo a su gusto, de la misma forma que podría cambiar el seguro prepago y el plantel de médicos que le ofrecen si no estuviera a gusto con ellos o si comprobara que lo sobremedican (algo que sería difícil que suceda en un seguro privado, con todos los incentivos para reducir sus costos). En todo caso, el

problema del prisionero se plantea con las obras sociales compulsivas, a las cuales ya hemos hecho referencia.

En este sentido, el mercado de los médicos no es diferente del mercado de los mecánicos de automóviles: la información es claramente asimétrica en favor del mecánico, quien supuestamente nos induciría a demandar ciertos “tratamientos” o “remedios” (repuestos). Sin embargo, pocos recomendarán la intervención del Estado en este mercado, ni los individuos se preocupan por conocer todos los aspectos de la mecánica, sitio que simplemente quieren que sus vehículos funcionen bien, para lo cual depositan su confianza en el mecánico de su elección.

Sostener lo contrario sería lo mismo que decir que los maestros explotan la ignorancia de los alumnos o que los vendedores de mapas abusan de la inexperiencia de los turistas. En general, todo demandante debería estudiar y conocer la especialidad que ha estudiado el oferente, en cuyo caso la especialización y la consiguiente división del trabajo carecerían de sentido. En este con texto, la estructura económica se derrumbaría y se volvería a una situación primitiva y de pobreza generalizada, lo cual eliminaría la asimetría pues todos tendríamos conocimientos limitados pero “simétricos”.

De hecho, el intercambio en la relación agente-cliente beneficia a ambos: el cliente recibe la opinión de un experto a cambio de un precio monetario, que recompensa al profesional por el tiempo y el esfuerzo invertidos previamente en su formación.

En realidad, los consumidores tienen incentivos para buscar más información cuando se enfrenten a alternativas, cuando tengan que tomar decisiones. Cuando hay que decidir a qué médico visitar o qué seguro de salud contratar se presenta el incentivo para obtener información sobre ambos en la cual basar una decisión. El aporte compulsivo, la imposibilidad de elegir, eliminan los incentivos para adquirir información.

Por otra parte, se pretende que esa falta de información será suplida por el funcionario estatal. Esto significa asumir que los funcionarios estatales conocen más que los consumidores lo que es mejor para éstos.

Pero los funcionarios estatales carecen de esta información y la única forma de obtenerla es a través del mismo proceso de funcionamiento del mercado. En ausencia de interferencia gubernamental, los procesos de mercado movilizan los recursos para informar a los consumidores sobre lo que hay disponible y orientan a los proveedores sobre lo que los consumidores desean.

El resultado es lo que Hayek definiera como “orden espontáneo”, en el cual ninguna persona conoce todo, pero se pueden tomar decisiones sobre la base de la observación de los precios y entidades que se intercambian en el mercado.

Entonces, todo intento de “mejorar” el funcionamiento de este mercado que supuestamente “falla” no sólo no lo mejora sino que interfiere con la transmisión de esa información. En realidad, es la intervención estatal la que genera problemas de falta de información cuando, por ejemplo, se prohíbe o se limita la publicidad que pueden hacer los médicos para dar a conocer sus servicios. Esta regulación actúa de la misma manera que la censura de prensa, sea promulgada por el Estado o por un colegio profesional con el poder monopólico provisto por el Estado.

2.2. Restricciones a la capacidad de decisión

Se argumenta también que el carácter “especial” del mercado de la atención a la salud restringe la capacidad de decisión del individuo, debido a que se trata de una necesidad imperativa. Ya destacamos al comienzo la importancia de este tema por la alta valoración que los individuos asignan a la vida pero la atención a la salud, como cualquier otro servicio requiere que se dediquen a ello tiempo, esfuerzo y otros recursos. Si se dedican éstos a la atención a la salud, no estarán disponibles para otra cosa. Los individuos deben entonces decidir cuántos recursos gastar en estos servicios, qué deseos satisfacer primero y qué oportunidades dejar para más adelante.

El debate central es si el individuo tiene el derecho de tomar esas decisiones o si los burócratas deben hacerlo por él. En verdad, las restricciones a la capacidad de decisión son las que crean los funcionarios que se arrogan el derecho a tomar decisiones por los demás y, en la práctica condenan a muchos a sufrir las consecuencias de éstas. Nadie cree que un individuo podría elegir peor que la obra social que actualmente se le impone. Sólo el interesado puede juzgar que le conviene hacer.

2.3. Las “necesidades médicas”

Bajo este subtítulo tenemos dos afirmaciones distintas que, en ambos casos, sustentan que la “necesidad” de atención a la salud crea circunstancias especiales.

La primera de ellas sostiene que, dado que se trata de una necesidad tan importante, las leyes de la oferta y la demanda no funcionan. En términos más económicos, que nos encontramos ante una demanda inelástica.

La segunda es una afirmación proveniente no de la economía sino de la ética, según la cual no es apropiado basar la cobertura de esta necesidad en la disponibilidad de dinero para cubrir sus costos.

Se cree que como la atención médica es una necesidad las leyes del mercado no funcionan, ni debería permitirse que lo hagan. Sin embargo, el funcionamiento de las leyes del mercado queda demostrado por el hecho de que la demanda de atención a la salud es sensible a los precios en términos de dinero y tiempo dedicado a obtener determinado tratamiento. Puede ser que la demanda sea claramente inelástica en ciertas circunstancias dramáticas, pero gran parte de la demanda de atención sanitaria no cae en esta categoría, para la cual, además, el mercado provee claras alternativas de seguro.

Por ejemplo, existen más de 900 posibles análisis que pueden realizarse en la sangre. Sin embargo, no se hacen todo el tiempo para todas las personas del mismo modo que no se recomienda a todos una tomografía computada mensual. Hay un problema de costos involucrado.

“- Un estudio de Rand Corporation encontró que la gente que tenía acceso gratuito a la atención sanitaria gastaba 50% más que los que tenían que pagar 95% de los costos de su bolsillo (hasta un máximo de 1.000 dólares).

- La gente que tenía atención gratuita visitaba a un médico con un 25% más de probabilidad e ingresaba en un hospital un 33% más.

- Pese a estas diferencias en consumo, no había diferencias aparentes entre los dos grupos en cuanto a estado de salud.”(11)

Por otra parte, si la “necesidad” es la que ha de determinar la asignación de los recursos, debería desarrollarse algún sistema que permita tomar decisiones sobre la base de tal criterio. Como los recursos son limitados y las “necesidades” no lo son, “alguien” tendrá que decidir quién tiene más “necesidad” de ser atendido.

Supongamos ahora que ese alguien sea un funcionario estatal y tomemos en cuenta que, como antes decíamos, gran parte de las demandas de atención no se relacionan con cuestiones de vida o muerte en las cuales la decisión sobre la “necesidad” es más fácil.

Entonces, quienquiera que sea este administrador deberá decidir si es más “necesario” calmar el dolor de muelas de García o el dolor de oídos de Pérez o los temores de Fernández.

Un sistema de asignación de recursos debe poder definir tanto las cuestiones fáciles como las difíciles. El mercado lo hace, dejándolo en manos de quienes lo saben mejor: en nuestro éstos serían el mismo Pérez y el mismo García. En el

mercado cada consumidor decide si “su necesidad” es mayor que la del otro comparando las capacidades de pago.

Que haya gente que no tenga dinero no quiere decir que haya que eliminar el sistema de precios. En todo caso se trata de analizar el porqué, buscar las causas e intentar resolver el problema de la pobreza. Si no, sería lo mismo que decir que como hay gente que no sabe leer es necesario eliminar el lenguaje.

3. “Camino de servidumbre”

Generalmente, quienes elaboran propuestas para el sector salud no se han esforzado lo suficiente en tratar de investigar qué era lo que existía antes de que el Estado comenzara a tomar el tema en sus manos. Existen muchos prejuicios en el análisis y errores basados en concepciones que consideran al mercado como contraproducente y ven al Estado como la fuente de toda solución posible.

Por ejemplo, FIEL (1989, p. 60) sostiene: “Hasta comienzos de la década del 40, el sistema de atención médica en la Argentina se caracterizaba por la total ausencia de seguros de salud”. Y más adelante (p. 61) dice: “la ausencia de seguros de salud comerciales condujo -al igual que en otras sociedades- a que instituciones no de mercado, en este caso asociadas al concepto de mutualismo, intentaran dar respuesta a esa demanda insatisfecha. Así comienza el desarrollo incipiente de seguros de salud voluntarios de diferente naturaleza vinculados a la acción de las asociaciones gremiales de trabajadores u originados en grupos estructurados sobre la base de una afinidad étnica inmigratoria”.

En verdad resulta absurdo aludir a “instituciones no de mercado” cuando, precisamente, se trata de instituciones que surgieron con carácter voluntario ofreciendo servicios en un mercado totalmente desregulado y competitivo, ya que los trabajadores tenían la libertad de asociarse a la mutual de su preferencia.

Además, la referencia a un “desarrollo incipiente” es totalmente errónea, como veremos con más detalle.

3.1. Las mutuales

Isuani y Mercer (1986, p. 24) comentan el origen histórico y el desarrollo alcanzado por las mutuales en la Argentina:

“Inspirados en la tradición española, montepíos y cofradías constituyeron las primeras formas que adquirieron las asociaciones de ayuda mutua en América Latina durante la época colonial”.

“Los montepíos comenzaron a florecer a finales del siglo XVIII como instituciones públicas con afiliación y aportes obligatorios, cubriendo fundamentalmente a los altos escalones de la administración pública y a la oficialidad de las fuerzas armadas. Su principal objetivo fue otorgar jubilaciones y pensiones.”

“Las cofradías, asociaciones de socorros mutuos o simplemente mutualidades, surgieron casi un siglo antes (XVII) y fueron organizadas también sobre un criterio básicamente ocupacional. Militares, médicos, comerciantes y ciertos grupos de artesanos fueron los primeros en utilizar esta forma de protección social. Estas asociaciones poseían varias finalidades: ayuda a las viudas, huérfanos, inválidos y ancianos; cuidados médicos; ayuda temporaria en caso de desempleo y ayuda funeraria.”

Los mismos autores comentan que las asociaciones obreras en sus orígenes eran fundamentalmente mutualidades; la primera asociación obrera fue la Sociedad Tipográfica Bonaerense, fundada en 1857, cuyos principales objetivos eran “proteger a los que necesitaran un auxilio justo” y “prestar socorro a los miembros que se enfermasen o imposibilitasen para el trabajo”.

Continúan mencionando que:

“La Fraternidad Ferroviaria, fundada en 1887, que representaba el primer sindicato ‘moderno’ (organización permanente, conducción centralizada y alcance nacional) y que protagonizó conflictos en la época, cubría riesgos de sus afiliados otorgando un peso diario por enfermedad o desempleo; si la enfermedad era declarada crónica después de 6 meses) se devolvía al afiliado aquellos aportes que hubiera realizado. Además, en caso de que éste falleciese, se otorgaban 300 pesos a su viuda, hijos o padres, más la devolución de los aportes efectuados”.

“Entre 1880 y 1913 se crearon poco más de 1.000 sociedades de socorros mutuos en el país. Sin embargo, en Buenos Aires, en 1910, 48% de los 150.000 afiliados a las mismas correspondían a asociaciones patronales, 45% a mutualidades de diferentes nacionalidades y sólo 7% a las que podrían ser consideradas como obreras ligadas solamente a la ocupación.”

Ciertamente, esta descripción no se parece en nada a un desarrollo “incipiente” sino todo lo contrario.

3.1.1. Las mutualidades en el período desregulado

Hay otros testimonios de la época que prueban el increíble crecimiento de estas instituciones. Un destacado autor, Emilio Coni, escribe en 1918: (12) “La

República Argentina, por el hecho de haber desarrollado y arraigado profundamente en sus habitantes el espíritu y la conciencia mutualista y cooperativista, puede ser considerada en éste, como en tantos otros aspectos, una nación grande y moderna. En efecto, están vinculados por la mutualidad y la cooperación 593.172 de sus habitantes”.

“La mutualidad se ocupa especialmente de los seguros contra los enfermos y contra la invalidez por enfermedad crónica o por vejez; de los seguros contra los accidentes de trabajo y sobre la vida. En todos estos casos, el capital que aporta el socio a la institución mediante las cuotas periódicas, no goza de un interés material, en efectivo, porque todas las utilidades líquidas pasan al fondo de reserva de la misma institución.”

“En una sociedad mutualista, el capital se forma generalmente mediante cuotas periódicas, o bien los socios no desembolsan cuota alguna, pero se declaran solidaria e ilimitadamente responsables de las obligaciones que contrae la institución.”

El temprano desarrollo de estas organizaciones voluntarias, o de mercado, para reivindicar sus verdaderas características es evidenciado por el mismo Coni (1918, p. 547):

“En la Capital Federal la sociedad de socorros mutuos más antigua existente es ‘L’Union et Secours Mutuels’, fundada el año 1854; siguióle, en 1856, la sociedad ‘San Crispín’, denominada así porque el núcleo principal de sus fundadores pertenecía al gremio de operarios en la industria de calzado cuyo patrono es San Crispín. En 1857 se fundan la ‘Tipográfica Bonaerense’, ‘La Catalana’ y la hoy poderosa ‘Asociación Española de Socorros Mutuos’; en 1858 la ‘Unione e Benevolenza’, la ‘nonna’ de las sociedades italianas; en 1859 la ‘Francaise’; en 1861 la ‘Nazionale Italiana’, etc., etc.”.

“Las mutualidades en ejercicio el 31 de diciembre de 1916 eran 1.205. De éstas, 1.202 son sociedades de socorros mutuos, y 3 sociedades de rentas y de seguros sobre la vida.”

Resulta sumamente ilustrador mencionar las mutuales fundadas en los primeros años de este siglo en la Capital Federal: Club Sindical de Empleados, Sanatorio Mutualista para Empleados de Correos y Telégrafos, Sociedad Mutua de Obreros de la Compañía Alemana Transatlántica de Electricidad, Asociación Mutualista Argentina, Sociedad Mutual de Funcionarios y Empleados Judiciales, Ordenanzas Unidos, Sociedad de Socorros Mutuos entre Empleados de Ferrocarriles, Unione Alessandrina, Asociación Mutual de Empleados Públicos, Asociación Mariano Moreno, Banco de Seguros Mutualistas, Entinas Maternales,

Asociación Escolar Mutualista, Fédération des Mutualités Françaises en Argentine, Federazione delle Associazioni Italiane, Associazione Italiana di Mutualità ed Istruzione, fusión de las siguientes sociedades de socorros mutuos: Camilo Benso, C. di Cavour, Fratellanza Militare, Giuseppe Garibaldi, La Patriottica, Le Italiane al Plata, Margherita di Savoia, Trionfo Ligure, Unione e Benevolenza, Unione Italiana al Plata.

Emilio Coni, en su brillante trabajo, realiza una clasificación de las sociedades de socorros mutuos: “Pueden clasificarse las sociedades de socorros mutuos como ‘sociedades de seguro contra las enfermedades’, porque por lo común aquel que se afilia a una sociedad de socorros mutuos, sea ésta de mucha o poca importancia, lo hace con el decidido propósito de asegurarse, durante un período de tiempo no superior a un máximo fijado contra los perjuicios que le puede irrogar una enfermedad” ‘

Así según Guido Mikelli: “La sociedad de socorros mutuos es una asociación de obreros o de empleados o de unos y otros conjuntamente, que se propone fines de previsión bajo el principio del Seguro mutuo, y que añade a esto la ayuda fraternal y colectiva para la elevación social, material moral de sus propios asociados”.

Para que tengamos una idea de los servicios que prestaban Coni (1918, P. 549) menciona los fines principales, expresados en sus estatutos:

- Crear Un fondo común destinado a socorrer a los socios en los Casos de enfermedad o de las consecuencias de ésta y, también Para que Se les Permita hacer frente a las necesidades de la vida en la ancianidad.
- Constituir Cajas de ahorros y seguros mutuos, teniendo en Vista muy especialmente los casos de accidentes, fallecimiento, viudedad y orfandad.
“ propender al bien Común, compatible con su base fundamental’, es decir, el “socorro mutuo”, pudiendo establecer y Organizar al efecto las instituciones económicas conducentes a este fin.
- Fundar escuelas, procurar el mejoramiento moral intelectual y material de sus asociados, con exclusión terminante de todo debate relacionado con la política o la religión.
- Celebrar las glorias o los aniversarios patrios de las diversas colectividades, España, Francia, Italia etc., según la nacionalidad de la mayoría de los componentes de cada sociedad,

En un mercado libre como el existente entonces en esta materia, se desarrollaron estas instituciones que tienen un alto contenido solidario, ético y

moral, un espíritu que no se ve hoy en las obras sindicales por la precisa razón de que las actitudes éticas y morales sólo pueden surgir de la libre elección de los individuos.

En la Capital Federal existían entonces 214 sociedades de socorros mutuos Con 255.534 socios. En todo el país se clasificaban como sigue:

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 172 sociedades argentinas con | 65.188 socios |
| 181 sociedades cosmopolitas con | 150.004 socios |
| 463 sociedades italianas con | 166.086 socios |
| 250 sociedades españolas con | 110.040 socios |
| 92 sociedades francesas con | 12.311 socios |
| 44 sociedades de diversas nacionalidades (alemanas, austro-húngaras, belgas, escandinavas, otomanas, portuguesas, rusas, suizas y uruguayas) con | 4.008 socios |

La fundación de estas sociedades había seguido esta progresión:

| Periodo | cantidad |
|-----------|----------|
| 1854-1870 | 41 |
| 1871-1880 | 107 |
| 1881-1890 | 220 |
| 1891-1900 | 275 |
| 1901-1913 | 559 |

Los servicios que brindaban incluían: médico, remedios, abonos a hospitales, ortopedia, óptica, primeros auxilios, baños medicinales, asistencia en partos, dentistas (extracciones solamente), inspectores de enfermos, servicio fúnebre y, al margen de la protección de la salud, 57 de ellas sostenían escuelas.

Era tan importante su evolución que existían órganos periodísticos especializados como el Eco delle Società Italiane; el Boletín mensual de la Asociación Española de Socorros Mutuos.; el Boletín Oficial del Centro Gallego; el boletín de la Fédération des Sociétés Françaises de Secours Mutuels y el de la Asociación Obrera de Socorros Mutuos de Buenos Aires. En mayo de 1916 se creaba la revista mensual Mutualidad.

Las principales sociedades eran:

- Caja de socorros de la policía y bomberos de la Capital: creada en 1891 sobre la base de una suscripción pública realizada en 1890 después de la revolución de ese año por el comité de vinculación del pueblo con la policía.
- Sociedad de socorros mutuos de empleados de correos y telégrafos: creada en 1898, brindaba los siguientes servicios:
 - a) Asistencia médica y medicamentos con la condición de que el paciente se sometiera al tratamiento que se le prescribiese.
 - b) Alojamiento y pensión para socios enfermos en los locales administrados por el sanatorio de la sociedad o en instituciones oficiales o particulares, siempre que los facultativos de la asociación establecieran que el asociado requería tratamiento en un sanatorio.
 - c) Alojamiento y pensión, o una y otra cosa independientemente, en casa de reposo, que sólo podrían establecerse cuando los fines primordiales de la asociación se hubiesen cumplido y los recursos lo permitieran.
 - d) Gastos de traslado para los enfermos.
 - e) Pago de subsidios pecuniarios para la familia del asociado en asistencia, cuando éste no hubiese obtenido licencia con goce de sueldo.
- Sociedad de socorros mutuos de los empleados del Ferrocarril del Sud y del Dock Sud.
- Sociedad de socorros mutuos de empleados del Ferrocarril Central Argentino: creada en 1903, ofrecía los siguientes servicios:
 - a) Asistencia médica y medicinas gratuitas de los médicos y farmacias designados por la sociedad, con excepción de especialidades o medicamentos específicos.
 - b) Asistencia de médicos especialistas de conformidad con el reglamento.
 - c) Asistencia odontológica.
 - d) Asistencia médica o quirúrgica en un hospital.
 - e) Subsidio diario de un peso nacional durante noventa días y de setenta y cinco centavos durante los noventa días siguientes.
- Sociedad de socorros mutuos de los empleados del Ferrocarril Oeste de Buenos Aires.
- Sociedad de socorros mutuos del tranvía Anglo-Argentino: la compañía contribuía al fondo común con una suma igual al total de las cuotas. Un director de la compañía, Carlos Sanford, donó los fondos para establecer en Quilmes un asilo para niños débiles de los empleados de la compañía, adquiriendo una quinta de siete manzanas de superficie.

- Compañía General de Fósforos. Dice Coni 11 918, p. 582) que “en cada fábrica la sociedad nombra un médico, cuyo sueldo está a cargo de la compañía, que dispone de un consultorio para hacer las visitas correspondientes. En caso de enfermedad el socio tiene derecho:

a) A la visita médica en el consultorio de la fábrica.

b) A ser asistido en su propio domicilio dentro del radio establecido.

c) A los medicamentos ordenados por el médico, que serán despachados en las farmacias de la sociedad.

d) A un subsidio diario de la mitad del jornal sólo cuando la enfermedad dure más de cuatro días, en cuyo caso cobrará desde el primer día y durará hasta los 60 días.

e) A la asistencia en segunda clase y por término de 30 días en algún hospital.

f) A los gastos de entierro hasta el concurso de 50 pesos como máximo”. (Emilio Coni, op. cit., p. 582.)

Las mujeres, en caso de parto, después de seis meses de antigüedad en la sociedad tenían derecho a médico y medicinas y como subsidio a lo pesos por una sola vez en cada caso.

- Asociación Seguro Médico; creada en 1897, tenía como objetivo “cooperar al bienestar de las familias de los médicos fallecidos o inhabilitados para el trabajo”.

- Sociedad mutual de funcionarios y empleados judiciales.

- Asistencia mutual del magisterio.

- La Fraternidad de maquinistas y foguistas de locomotoras.

La evolución posterior de las mutuales de socorros mutuos siguió su ritmo. Un informe del INOS(13) menciona una continua evolución favorable, pero con datos que subestiman la realidad ya que toman cifras para 1910 claramente superadas en el informe de Coni: “Es así que en 1910 el país contaba con unas 560 mutuales. En 1927, el Censo realizado con tal fin, revela la presencia de 1.141 mutuales con 552.986 afiliados; en 1943 se calcula que existirían alrededor de unas 2.000, con un total aproximado de 1.900.000 afiliados”.

Esas asociaciones mutuales ofrecían servicios y brindaban posibilidades que hoy mismo no tienen los afiliados compulsivamente al sistema de obras sociales. Por ejemplo, un informe del Departamento Nacional del Trabajo (31 de diciembre de 1907, N° 3, p. 321) describe los servicios que ofrece una sociedad de socorros mutuos formada en 1905 entre los obreros de una curtiduría y sus patrones:

“1. Todo obrero justificando su inasistencia por enfermedad se le pasará, después del cuarto día, un diario de un peso moneda nacional, siendo exceptuada toda enfermedad inmoral y crónica o motivada por pelea, salvo accidente de trabajo”.

“2. El doctor [...] es el médico oficial de la sociedad; los pacientes pueden hacerse asistir por otro médico de su agrado siempre que no haya diferencia en el precio de las consultas; en caso que las hubiera, abonará el paciente la diferencia.”

“3. Todo enfermo tiene derecho a percibirla cuota diaria hasta los tres meses; pasando este término se declarará crónico y la comisión resolverá a lo que haya lugar.”

“4. El sobrante que resulte en los balances semestrales se destina para seguros, pensiones o para lo que crea más conveniente la comisión; habiendo fondos se procurará en primera línea aumentar la cuota del socorro diario a los que no hagan uso del médico y botica.”

Es decir que no sólo tenían el derecho de afiliarse o desafiliarse voluntariamente a esta u otra sociedad de socorros mutuos, sino que tenían además el derecho de visitar a cualquier médico, y en el caso de que fuera más caro abonaban la diferencia. Muy lejos están los argentinos hoy de poder ejercer semejantes derechos.

3.1.2. De “socorros mutuos” a obras sociales compulsivas

Precisamente para la fecha mencionada antes, como en tantos otros campos, el carácter de las asociaciones de socorros mutuos comenzó a cambiar. Muchas de ellas siguieron como antes y persisten aun hoy, pero el Estado comenzó a fomentar la creación de obras sociales de los sindicatos o fortalecer las existentes.

Comentan Isuani y Mercer (1986, p.24) que durante el período del gobierno peronista:

“Se crearon obras sociales sindicales y se apoyaron las existentes a través de subsidios y construcción de establecimientos asistenciales”.

“La notable expansión de las obras sociales en el período obedeció a la combinación de dos fenómenos. Por un lado, a la voluntad estatal de fortalecer las estructuras sindicales y transformarlas en pilares centrales en la ejecución de su proyecto político. Por otro lado, a las demandas de los dirigentes sindicales, para quienes las obras sociales constituían una fuente de poder económico y de legitimación frente a sus bases. En otras palabras, la promoción estatal y las demandas sindicales a un Estado permeable a ellas, fueron las razones que explican el nacimiento y expansión de las obras sociales en el gobierno peronista.”

El punto de partida de este cambio se encuentra en la creación de la Comisión de Servicio Social por el decreto 30.655/44 para “propulsar la implantación de los servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de

la actividad humana donde se presten tareas retribuidas”. Entre los servicios que debían darse incluía el decreto la atención médica gratuita, atención farmacéutica al precio de costo, suministro de artículos de alimentación y de uso indispensable para el hogar a precio de costo, etc.

Como vemos, estos servicios ya eran brindados por las sociedades de socorros mutuos, por lo cual no significaban ninguna “conquista” particular. El sistema comienza desde entonces a ser de carácter obligatorio, lo cual es un cambio cualitativo de fundamental importancia.

Dice el Informe del INOS (1972, p. 44): “En este nuevo sistema, los mismos trabajadores, mediante contribuciones obligatorias, se pagaban su asistencia social (atención médica, farmacia, proveeduría, etc.), vacaciones, y otras prestaciones”.

Teniendo en cuenta lo mencionado y la historia del mutualismo vista antes cuesta aceptar interpretaciones como la de Giordano y Torres (1992, p. 16), quienes sostienen: “Una evaluación histórica muestra al sistema de obras sociales como el principal mecanismo a partir del cual se motorizó el acceso a la cobertura de atención médica para una franja muy importante de la población argentina, constituida por los trabajadores asalariados (activos y pasivos) y sus grupos familiares. Desde este punto de vista, el sistema representó una fuente de progreso social [cursivas en el original]. Esto justifica reivindicar los objetivos que dieron origen al sistema y corregir las deficiencias, desvíos y distorsiones observadas en su instrumentación, y que culminaron con la desnaturalización de los fines originalmente perseguidos”.

Difícilmente pueda considerarse la pérdida de la libertad de elección como un “progreso social”. Sus objetivos no fueron otros que concentrar poder y recursos en manos de dirigentes sindicales, por lo que lo erróneo del sistema no estuvo nunca en su instrumentación sino en su esencia compulsiva. A partir de allí, la esencia del sistema no cambió nunca, pese a las sucesivas leyes, pese a las intervenciones por gobiernos democráticos y de facto, pese a las subvenciones y cancelación de deudas.

La sanción de leyes específicas de obras sociales no modificó esta situación, sino que sólo creó una instancia gubernamental (INOS) para controlar a las obras sociales en su uso del poder compulsivo que el mismo Estado les había otorgado. Sólo hubo un tímido intento de la ley 22.269 de 1980 para permitir la elección dentro de entidades “aprobadas por el INOS”, pero ni siquiera llegó a ponerse en funcionamiento.

Tenemos por fin los también tímidos intentos del actual gobierno, que no sólo no pasan de eso, sino que son dejados de lado cada vez que se necesita el apoyo del sector sindical para determinadas políticas, o que quedan olvidados bajo lo que la prensa ha dado en llamar “pacto negro” del gobierno con los sindicalistas.

3.2. El área estatal

Los gobiernos en la Argentina, y aun antes de que ésta existiera como tal, siempre han tenido algún grado de intervención⁽¹⁴⁾ No ha existido un mercado absolutamente libre, pero sí puede decirse que el grado de libertad fue notablemente mayor en el pasado, en particular hasta la década del 40 en este siglo. Gran parte de los esfuerzos del Estado tuvieron que ver con preocupaciones militares con motivo de las guerras por la independencia y continuaron así luego, en tanto y en cuanto los avatares internos de la política se dirimían militarmente.

No obstante, muchos autores consideran las pestes de la segunda mitad del siglo pasado como el principal incentivo para el desarrollo de una importante infraestructura hospitalaria estatal, si bien es necesario hacer notar que se trataba de iniciativas de gobiernos provinciales o municipales. Lo cierto también es que con anterioridad a estas fechas el concepto mismo de “hospital” apenas estaba desarrollado y la atención a los enfermos se realizaba en sus domicilios. En ese período se construyeron en la Capital gran parte de los hospitales que aún existen en ella. El servicio de asistencia municipal en 1910 consistía en:

- Servicio médico de la Casa Central
- Laboratorio de bacteriología e higiene
- Droguería central
- Farmacia central
- Instituto Jenner (vacunación antivariólica)
- Instituto Pasteur (vacunación antirrábica)
- Dispensario de salubridad
- Escuela de enfermeras y masajistas
- Protección de la primera infancia
- Hospital Ramos Mejía
- Hospital Rawson
- Hospital Muñiz
- Hospital Torcuato de Alvear
- Hospital Durand

- Hospital Fernández
- Hospital Alvarez
- Hospital Pirovano
- Hospital Argerich
- Hospital Tornú
- Hospital Salaberry
- Hospital vecinal J. M. Bosch
- Hospital vecinal Las Heras
- Hospital vecinal Villa Devoto
- Hospital vecinal Curapaligüe
- Hospital vecinal Nueva Pompeya
- Hospital vecinal Vélez Sársfield

En la ciudad de Buenos Aires la entidad de camas y establecimientos era la siguiente:

| Tipo | Establecimientos | camas |
|--------------------------|-------------------------|--------------|
| Municipales | 18 | 2.604 |
| Nacionales | 4 | 2.425 |
| Sociedad de Beneficencia | 8 | 2.742 |
| Colectividades | 5 | 1.091 |
| Privados | 20 | 705 |
| Patronato de la Infancia | 4 | 144 |
| Total | 59 | 9.711 |

También existía desde 1880 el Departamento Nacional de Higiene, que fue creciendo en sus atribuciones, se convirtió en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social en 1943, en Secretaría de Salud Pública en 1946 y en Ministerio de Salud Pública en 1949.

A partir de estas últimas fechas crecen tanto la entidad de establecimientos nacionales como la estructura burocrática de los nuevos organismos, guiados por las concepciones del ministro Ramón Carrillo quien, al hacerse cargo de la entonces Secretaría, explicaba sus principios: “Actualmente no puede haber medicina sin medicina social y ésta no puede existir sin una política social del Estado. De qué le sirve a la medicina resolver científicamente los problemas de un individuo enfermo si simultáneamente se producen centenares de casos similares por falta de alimentos, por viviendas antihigiénicas que a veces son cuevas o por salarios insuficientes que no permiten subvenir debidamente a las necesidades [...]”.

Los problemas de la medicina, como rama del Estado, no podrán ser resueltos si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo [modo que no puede existir una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría, tampoco puede existir una medicina destinada a la protección de la colectividad sin una política social bien sistematizada para evitar el hambre, el pauperismo y la desocupación. Para comprender bien nuestros objetivos de gobierno en materia sanitaria es necesario fijar previamente con claridad los fines de la ciencia médica, organizada y dirigida por el Estado, en beneficio de la mayoría, es decir de los no pudientes”.(15)

Precisamente lo que han demostrado las últimas décadas en la Argentina, la Unión Soviética u otros países es que la medicina “social” o “estatal” no sólo no resuelve los problemas de la población sino que planificando la economía y controlando el mercado se crean condiciones de pobreza y deterioro del nivel de vida como las mencionadas por Carrillo. Es decir, hay enfermedades que es más fácil contraer en estado de pobreza. En este sentido la cuestión que debe resolverse es cuál es el sistema más eficiente para reducir la pobreza, el libre mercado o la planificación estatal.

El comentario de Milton Friedman podría bien responder a Carrillo:

“No hay dudas de que la medicina en todos sus aspectos ha quedado sujeta cada vez más a una compleja estructura burocrática [...]. La evidencia, cubriendo un campo más amplio de actividades, documenta la conclusión de que las estructuras burocráticas producen a alto costo, baja calidad y distribución inequitativa. Esta es la dramática lección aprendida recientemente con el colapso del socialismo en la Unión Soviética, China y los satélites soviéticos de Europa Oriental. El sistema de medicina de los Estados Unidos se ha convertido en gran medida en una empresa socialista. ¿Por qué deberíamos ser mejores en el socialismo que los soviéticos? ¿O los alemanes orientales? ¿O los checos? ¿O los chinos? La medicina no es especial. Nuestro sistema postal socializado, nuestro sistema escolar socializado, nuestro sistema socializado de controlar los remedios, y en verdad nuestro socializado sistema de defensa proveen una clara evidencia de que no somos mejores en el socialismo que los países que lo han aplicado por completo”.

“Sin embargo, no solamente nos continuamos sorprendiendo, sino que buscamos en cada una de estas áreas incrementar el grado de socialismo. Casi todas las sugerencias para mejorar nuestro sistema médico implican expandir el papel del Estado, ¡llegando al extremo de ir de un sistema parcialmente socializado a uno completamente socializado! “(16)

A partir de la caída del gobierno peronista comienzan a repetirse en distintos cielos las mismas políticas respecto de los hospitales estatales: su transferencia a gobiernos provinciales. Comentan Diéguez, Llach, Petrecolla (1990, p. 19):

“Respecto a la primera acepción, o sea a la descentralización política, cabe destacar que en nuestro país pueden señalarse tres períodos en los que se realizaron dichas acciones- ellos son- a) 1955-1958; b) 1967-1973 y c) 1977-1979. Durante la primera etapa, en base al asesoramiento técnico de la OPS se efectuaron en 1957 transferencias de hospitales a provincial. Pero en septiembre del año siguiente se reintegraron a la Nación los servicios transferidos, fundamentándose en la incapacidad técnica y financiera de las jurisdicciones para absorberlos. En la segunda etapa se actualizó el tema de las transferencias promulgándose una legislación que avanzó en la concreción. Algunas transferencias se realizaron, pero las jurisdicciones grandes no las aceptaron (ej. PBA y MCBA)”.

“La Provincialización completa recién se realiza en el último período, en el que el gobierno militar transfiere los hospitales a las provincias y municipalidades. Esta situación permanece en la actualidad y se encuentra consolidada.”

Eso ha sido lo más importante que se ha realizado en relación con los hospitales estatales, hasta que en los últimos meses algunos gobiernos provinciales y municipales del interior del país y el Gran Buenos Aires (San Isidro) han mencionado la posibilidad de otorgar en concesión el manejo de algún establecimiento al sector privado.

4. En todo el mundo resultados similares

Las características han sido muy distintas, pero el fracaso de la participación, regulación o completa estatización del mercado de la salud es evidente en todo el mundo. Comencemos con aquel país que supuestamente tiene un sistema “privado” de atención a la salud:

- Estados Unidos

De la misma forma que contáramos el auge de las asociaciones de socorros mutuos en la Argentina, en los Estados Unidos a principios de este siglo comenzaba a expandirse, en este caso, el seguro de salud, pero sucede que por circunstancias típicamente locales esa evolución se dio en la forma de seguros ofrecidos por los empleadores a los empleados.

Este fenómeno se relaciona con dos factores: uno de ellos es histórico y se debe a que durante la Segunda Guerra Mundial se impusieron en los Estados Unidos controles de precios y salarios. Las empresas, entonces, necesitadas de atraer mano de obra ante la reactivación generada por la producción bélica, implementaron o expandieron sus seguros de salud como forma no monetaria de ofrecer mayores compensaciones. El otro factor se relaciona con una distorsionante estructura impositiva, ya que los seguros de salud ofrecidos por las empresas son deducibles del impuesto a los ingresos mientras que los seguros que se contratan individualmente no lo son. Goodman y Musgrave (199?, p. 6) muestran las consecuencias de esto:

“Para un empleado en la escala impositiva de 15% (y enfrentando un impuesto FICA [seguridad social] del 15,3%), la ley impositiva federal hace que 1,44 dólares de beneficio en seguro de salud sean equivalentes a 1 dólar de salario, porque un dólar de salario bruto será reducido en 44 centavos por impuestos”. ‘

“. Para un empleado que está en la escala de 78%, 1,76 dólares de beneficios en seguro de salud son equivalentes a 1 dólar de salario.”

“. Para un empleado mejor pagado que también enfrenta un 6% de impuesto local y estadual, 1,97 dólares de beneficios en seguro de salud son equivalentes a 1 dólar de salario.”

Por esa razón los empleados prefieren los seguros ofrecidos por las compañías a los que pueden encontrarse individualmente en el mercado. Pero esto trae complicaciones, ya que crea la inseguridad en relación con el cambio de trabajo, de empleador y por lo tanto de plan, y lo mismo sucede respecto del retiro, ya que entonces no hay un empleador que ofrezca un seguro en el momento en que más se necesita. No obstante estas desventajas impositivas que aumentan su costo notablemente, ya un 10% de la población prefiere los sistemas de seguros individuales.

Pero en lugar de eliminar esta discriminación contra este tipo de seguros que resolvería el problema mencionado, el Estado implementó un sistema de salud a su cargo para los ancianos conocido como Medicare y otro para los necesitados conocido como Medicaid.

La presencia de estos programas, más la falta de incentivos de los empleadores para controlar el consumo de servicios, ha hecho aumentar en forma notable los costos de la salud. Miller y Wollstein mencionan otras causas:

“Al contrario de la opinión generalizada, no tenemos un mercado libre de servicios médicos en los Estados Unidos, sino uno de los más regulados del mundo. El gobierno actualmente cubre más del 40% de los gastos. Más de 800 leyes federales

y estatales (varios cientos de páginas de extensión) regulan a todos los proveedores e instituciones de salud. De acuerdo con algunas estimaciones, por cada hora/hombre de servicios de Salud provistos por médicos, se gastan dos horas en llenar papelería gubernamental [...] la burocracia gubernamental ha incrementado el costo de la atención médica en un 50% “.

Los mismos autores comentan que las actuales regulaciones incrementan tremendamente el costo de la atención a la salud en los Estados Unidos, por ejemplo en los aspectos siguientes:

- La Food and Drug Administration formula los requerimientos para certificar una droga más pesados del mundo. Ahora toma 12 años y 231 millones de dólares desarrollar, probar y certificar una sola droga. La introducción de algunas drogas vitales -utilizadas sin problemas en Europa- ha sido diferida por décadas. Las demoras con el propranolol, utilizado para tratar la angina de pecho y la hipertensión, han resultado en por lo menos 30.000 muertes evitables por año durante el período que la FDA bloqueó su entrada.

- Los médicos norteamericanos son los más regulados del mundo. El propósito declarado de la licencia médica es asegurar la calidad de la atención. El efecto real es limitar drásticamente el número de médicos e incrementar los costos de atención. Los procedimientos médicos favorecidos por el monopolio de la American Medical Association (AMA) han sido impulsados a expensas de alternativas menos costosas. Practicantes independientes -como parteras, osteópatas, homeópatas y otros- han sido castigados y expulsados de hospitales por los directorios dominados por AMA.

Un resultado particularmente trágico del licenciamiento médico ha sido la desaparición de servicios médicos competentes de gran parte de las comunidades pobres, sobre todo las rurales. Cuando el costo de la medicina sube, los pobres deben arreglarse sin ella.

- La proliferación de abogados especializados en accidentes y malpráctica, que alientan demandas y solicitan estafalarias compensaciones, paraliza la medicina. Muchos médicos pagan actualmente primas de seguros por malpráctica de 100.000, 200.000 y hasta 250.000 dólares al año, costo que debe ser cubierto por sus pacientes. En muchas especialidades médicas como la obstetricia, el peligro de demandas por malpráctica hace que un buen número de médicos abandone la profesión. Otros se precaven indicando a los pacientes una entidad de análisis innecesarios y costosos, nada más que para evitar juicios. (Miller y Wollstein,(17))

- *Chile*

En este país existían ya algunas características de libre elección de proveedor desde 1968, cuando el gobierno introdujo el sistema para los empleados, permitiéndoles elegir entre ciertas instituciones que se llamaban cajas, estando afiliados a FONASA.

A partir de 1980 se permitió a cualquier trabajador tener acceso a este sistema. FONASA recibe cotizaciones de trabajadores del 7% del sueldo y el producido de la venta de bonos que deben adquirir los usuarios para pagar los servicios a los profesionales, quienes cobran luego de FONASA.

Pero además, a partir de 1981 se permitió a los trabajadores llevar ese aporte compulsivo del 7% a instituciones privadas llamadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

“En resumen, todo trabajador cuenta con las siguientes opciones de seguro médico: puede afiliarse a FONASA o a cualquier ISAPRE de su elección solicitando al empleador que envíe sus cotizaciones a la institución correspondiente. Si el trabajador se afilia a FONASA tiene dos alternativas de atención médica: 1) obtener atención en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) o en los centros y consultorios de salud municipales, pagando el aporte correspondiente; o ii) obtener atención médica en el sector privado, pagando los aportes que dependen del nivel de precios que elige quien presta el servicio en FONASA. Los indigentes y las personas que tienen derecho a subsidio familiar (SUF) o a Pensiones de Asistencia (PASIS) son atendidos sin costo en los establecimientos del SNSS. Los trabajadores independientes pueden afiliarse a FONASA o a una ISAPRE.”(18)

El sistema, si bien ha mejorado las alternativas existentes para los chilenos, todavía mantiene el carácter compulsivo y una elevada regulación. Además, FONASA se convierte en un intermediario inútil entre los aportantes y el sector privado o público.

- *Gran Bretaña, Canadá, Nueva Zelanda, Hong Kong*

No obstante los inconvenientes mencionados en los sistemas antes comentados, son claramente superiores al llamado “modelo británico” o de estatización del sistema por medio de un Sistema Nacional de Salud, que intentara implementar el gobierno del presidente Alfonsín en la Argentina y que está vigente en los países mencionados en el título.

En estos casos, el gobierno se hace cargo de cubrir los gastos de salud de toda la población con el producido de impuestos aunque la provisión de los servicios sea tanto pública como privada. La atención es “gratuita” para los ciudadanos.

Y he aquí el verdadero atractivo y problema de estos sistemas, ya que poseen un atrayente contenido demagógico al impulsar a la gente a pensar que se trata de atención médica “gratuita”, lo cual no es cierto porque se paga la atención vía impuestos.

Por otro lado, al no estar ligado el pago que se realiza con el uso del servicio se crea lo que se conoce con el nombre de “riesgo moral”, que no es otra cosa que el aumento que se produce de la demanda de servicios cuando su costo para el demandante parece ser cero.

A raíz de esto se genera un racionamiento, no por precio sino por congestión del sistema. Las quejas son similares en estos países.

Según explica John Redwood en Gran Bretaña: “Existen genuinas dificultades de acceso, calidad y demanda. El problema más serio que ha surgido es la dificultad que tienen muchos pacientes para obtener acceso al tratamiento que solicitan. No es que el acceso limitado sea un problema nuevo. El Servicio de Salud ha tenido que implementar el racionamiento desde su fundación luego de la guerra. Las listas de espera siempre han sido largas. Ciertos tipos de cirugía y tratamientos no han podido ser obtenidos por algunos. Existe un sistema de racionamiento escondido aplicado por médicos clínicos, quienes deciden no derivar algunos pacientes a consultores para cierto tipo de operaciones. Hay también una forma abierta de racionamiento en la que los pacientes son derivados pero no tienen posibilidad de obtener el tratamiento que requieren dentro de un período aceptable”.(19)

El caso de Hong Kong lo comenta Joel W. Jay: “La atención a la salud en el sector público en Hong Kong es provista a precios regulados muy bajos. No sorprende, entonces, que la demanda excesiva sea racionada por largas colas tanto para servicios de internación como de atención. El ejemplo más obvio es el uso de camas rodantes en los pasillos de los hospitales estatales”.

“La gente que va a los consultorios externos tiene que esperar durante horas para una consulta de tres a cinco minutos con un médico. Muchos tienen que hacer dos viajes a la clínica. Una visita temprano por la mañana para obtener un ticket de visita y otra en las horas de consulta para recibir la atención.”

“Se asume como política gubernamental que la atención médica es gratuita, pero esto es ilusorio, ya que el costo para el consumidor en términos de tiempo de

espera e inconvenientes es sustancial. Esto resultó evidente en una reciente encuesta que mostró que el 65% de los pacientes que consultaban a un médico preferían a uno privado, mientras que sólo el 15 % lo hacía en los consultorios externos estatales. Más que asignar el escaso personal médico sobre la base de la necesidad, el sistema estatal de Hong Kong lo asigna a los consumidores con el menor costo de oportunidad de tiempo y la mayor tolerancia para esperar.”

“Un área de particular deficiencia es la falta de acceso rápido a terapéuticas avanzadas para pacientes con infartos cardíacos, heridas graves u otros que necesitan tratamiento de emergencia. En grave contraste con otros servicios médicos avanzados, no existe en Hong Kong personal especializado y actualizado en emergencias y traumatismos. Como el gobierno tiene el monopolio completo de la atención por accidentes y emergencias, es ésta un área donde los residentes de Hong Kong están obligados a depender de los actuales y pobres servicios estatales.”(20)

Por último, Michael Walker describe de la siguiente manera la situación en Canadá: “En la medida en que se lleva a cabo el racionamiento de la capacidad hospitalaria, hay costos monetarios Y no monetarios cargados a los usuarios del sistema de atención a la salud de Canadá que no son reconocidos explícitamente como costos asociados con la operatoria de este sistema. Estos costos no reconocidos incluyen, por ejemplo, la pérdida de tiempo de trabajo, la menor productividad asociada con problemas físicos y ansiedad, y el dolor y sufrimiento físico y psíquico”.(21)

Según el mencionado estudio, 261.000 canadienses se encontraban en lista de espera para tratamientos médicos y quirúrgicos durante 1991. El período más largo era de 42 semanas para cirugía cardiovascular en Newfoundland y el más corto, de 2 semanas en Nueva Escocia. El número de pacientes en lista de espera es el 1% de la población total, y si bien puede parecer poco, es un 25% de la gente que necesita estos tratamientos por año.

Se suele decir que el sistema de precios también raciona; es cierto, y esto es inevitable en la medida en que los recursos no son ilimitados. Pero el sistema de precios tiene notables ventajas: en primer lugar, reduce el racionamiento a la voluntad individual de hacer frente al costo del tratamiento requerido; en cambio, el sistema que vimos antes estimula la demanda de manera ilimitada; en segundo lugar, los precios son las señales fundamentales para que el mercado asigne los recursos donde son más demandados en forma automática. En el racionamiento por espera no existen mecanismos para asignar recursos, excepto tomar en cuenta las listas de espera, pero eso no genera el incentivo para aumentar la oferta, salvo que

el funcionario a cargo de la administración del sistema se digne tomar una decisión al respecto. En un sistema de precios, la alta demanda de un servicio asistencial aumenta su precio y genera automáticamente el incentivo para proveerlo.

5. El rol del Estado

Resulta interesante preguntarnos sobre el rol del Estado en el tema salud. La multiplicidad de argumentos y posturas nos obliga al análisis detallado de los más importantes.

5.1. La ayuda a los pobres

Éste es un tema cargado de contenido emotivo en el cual ciertos preconceptos bloquean un tratamiento desprejuiciado. Algunos justifican el papel del Estado sobre la base de circunstancias específicas de determinado país o su estado de prosperidad económica.

C. Mercedes Cifuentes comenta: “La responsabilidad de la satisfacción de las necesidades de salud, al igual que de educación, vivienda, alimentación y otras semejantes, recae en primer lugar, en los propios individuos. La salud es un estado de bienestar; constituye, por lo tanto, un bien que será indudablemente demandado por los individuos con el fin de mejorar su calidad de vida y postergar su muerte. Por otra parte, la salud es determinante de la capacidad productiva del ser humano, de su capacidad generadora de ingresos, constituyendo, por tanto, una inversión en capital humano. Se puede concluir, entonces, que la salud debería ser preocupación principal de los propios individuos” [cursivas en el original].

“Sin embargo, en los países con un nivel de desarrollo insuficiente, como es el caso de Chile, donde existen situaciones de pobreza que determinan la existencia de individuos con limitaciones para procurarse con sus propios medios un grado aceptable de satisfacción de sus necesidades de salud, se hace necesaria la intervención del Estado con el fin de aumentar estos recursos personales, complementando el esfuerzo individual.”(22)

Por su parte FIEL (1989, p. 65) sostiene: “Una visión intermedia es la que considera que todos los individuos tienen derecho a un nivel mínimo de atención médica, concepto que está relacionado con la existencia en este mercado de un tipo de externalidad más general que las mencionadas previamente, aquella relacionada con el altruismo. Esto significa que el placer por mejorar la salud de otros resultaría más fuerte que mejorar otros aspectos de su bienestar”.

“Obviamente la solución óptima dependerá de cada sociedad en particular, aunque puede inferirse que razones de equidad justificarían al menos una mínima intervención del Estado en favor de las clases más pobres. “

Es necesario aclarar que nada impide a cualquier individuo dedicar sus recursos, su dinero, su tiempo y su esfuerzo a mejorar las condiciones de los pobres en cuanto a la salud y en cualquier otra materia. Lo que está en discusión es con el dinero de quién habrá de realizarse ese noble y digno objetivo. Lo que muchas veces se propone es utilizar el dinero de otros para satisfacer las reclamaciones de algunos. Este dinero se obtiene compulsivamente a través del Estado, actitud que nada tiene de ética.

Hacer caridad con el dinero de los demás tomado por la fuerza no es diferente de meter la mano en el bolsillo de quien está a mi lado para dar una limosna al ciego que la pide. El objetivo puede ser digno, pero el método que se utiliza lo convierte en un robo. La figura de Robin Hood puede ser atractiva para muchos, pero cuando se considera un robo no se tiene en cuenta el supuesto objetivo altruista de quien lo comete.

Además, en el caso del comentario sobre Chile se dice que como existen situaciones de pobreza se hace necesaria la intervención del Estado. No sólo cabe hacerse la pregunta antes enunciada sino que, además, gran parte de las situaciones de pobreza han sido generadas por el mismo Estado que impone trabas para el progreso de los individuos.

Más estrafalario es el concepto de FIEL sobre una “externalidad” llamada altruismo. En realidad, este “altruismo” queda marcado claramente como el interés de ciertas personas, en su carácter de funcionarios o políticos, de imponer sus propias creencias o preferencias a los demás utilizando el dinero de otros.

Primero se les quita dinero a los pobres para dárselo luego, cubriendo lo que los funcionarios estiman que estas “pobres gentes” deberían tener pero que no consiguen por sí mismas. Por otra parte, la imposición de estas redes asistenciales compulsivas se realiza con el argumento de que los pobres no se preocuparían por la salud propia y la de su familia por sí mismos.

Esto no sólo es falso, ya que se puede verificar en todo tipo de sociedad, hasta en las más primitivas, la preocupación por la salud (que, como vimos al principio, se relaciona con el valor supremo, que es la vida), sino que tiene un efecto precisamente contrario al buscado originalmente: reduce el incentivo de los más pobres para interesarse por la atención a la salud, ya que crea la inocente y perversa creencia de que alguien hará algo al respecto o de que el Estado se ocupará de ello.

No sólo reduce el aliciente para que los pobres presten la debida atención a este importante asunto, sino que además disminuye el incentivo y el “altruismo” de quienes no se encuentran en semejante condición, al pensar que ya otro se ocupará de la suerte de los que menos tienen: se reemplaza el “Dios proveerá” por “el Estado proveerá” y se estimula la despreocupación por la situación de los más necesitados.

5.2. Salud pública

Ésta ha sido considerada siempre un área propia de la actividad estatal. Dice FIEL 11 989, p. 64) : “El rol del Estado en el mercado de atención médica ha sido uno de los temas que más debate ha suscitado en el campo de la economía de la salud. En este sentido, la discusión se ha centrado en la identificación de aquellas condiciones que justificarían, al menos en cierto grado, la intervención estatal”.

“Uno de los principales argumentos esgrimidos al respecto es la existencia de externalidades, en particular aquellas asociadas a enfermedades contagiosas. Así, por ejemplo, una campaña de inmunización es efectiva sólo si se logra vacunar a todo el grupo de referencia. Algunos individuos, frente a un precio positivo e inclusive nulo del servicio, podrían no estar dispuestos a ser inmunizados, comportamiento que más allá de lo individual, perjudica al conjunto de la comunidad.”

Pero lo que sucede aquí es que FIEL no lleva hasta el final su propio argumento de la externalidad ni analiza el porqué de la existencia de ésta. Una “externalidad” es un efecto de las actividades de ciertos individuos sobre otros que podrían considerarse como “observadores”. Por ejemplo: si dejo abandonada mi casa y decae su aspecto, tendrá un efecto negativo en los que pasan de visita por el barrio (una externalidad negativa) mientras que si la cuido, la pinto y pongo flores en el jardín de mi propiedad, se genera una externalidad positiva para terceros (en la medida en que eso sea positivo para ellos). En el campo de la salud se consideran externalidades los efectos de actividades relacionadas con la sanidad y las enfermedades infecto-contagiosas.

Como en todos los casos, la solución se encuentra en “internalizar” la externalidad, es decir, lograr que los costos de las acciones recaigan en quienes las realizan, lo mismo que sus beneficios. En cuanto a la sanidad se refiere, los principales problemas que se presentan son los de “contaminación ambiental” por la eliminación de desechos en áreas públicas donde los derechos de propiedad no se encuentran definidos y, por ende, no hay propietarios que puedan accionar

legalmente contra quienes realizan esas actividades. Para un análisis más detallado de este tema y las soluciones posibles remitimos al lector a nuestro trabajo “¿El estado y el ambiente es el mal estado del ambiente?” (ESEADE, Buenos Aires, febrero de 1992).

El otro caso es el de las externalidades interpersonales ocasionadas por enfermedades infecciosas. Existen aquí básicamente dos posibilidades:

- una persona transmite una enfermedad a otra porque no sabía que estaba infectada con ella o porque desconocía el potencial infeccioso de la enfermedad;
- una persona, sabiendo cuáles son las circunstancias, pone en riesgo a otra sin su conocimiento y consentimiento.

En este segundo caso la solución es clara, y se trata del reconocimiento legal del derecho de un individuo a la propiedad sobre su persona. En virtud de ello, la persona que infecta está cometiendo una agresión, un acto de agresiva invasión del derecho de propiedad de la otra persona, y la persona agredida tiene derecho a accionar judicialmente.

El hecho de que los transmisores de estas enfermedades se vieran ante la posibilidad de tener que afrontar ciertos costos (que variarían según la gravedad de la enfermedad transmitida) creada un incentivo para no hacerlo. Más aun si se realizaran demandas judiciales colectivas por grupos de personas infectadas por un mismo sujeto.

Veamos esto en el contexto de una enfermedad contagiosa actual. Transmitir el SIDA a otra persona sabiendo el transmisor que lo padece, sin informar a la otra y sin su consentimiento, es un acto de agresión semejante al de un ataque que hiera de muerte a otra persona, y de la misma manera debería ser considerado por la justicia.

Pero un argumento similar se aplica en el primer caso. Sepa o no el sujeto infectado que tiene la enfermedad, existe de todos modos el acto de agresión hacia la otra persona y debería ser responsable por ello. Si una tormenta derriba un árbol que está en mi propiedad y éste destruye la casa de mi vecino, no será algo que podía evitar o que supiera que iba a suceder, pero eso no elimina mi responsabilidad por los daños ocasionados. En todo caso, el mercado ha creado las instituciones que pueden hacerse cargo de estos riesgos: los seguros, los cuales funcionarían también en esta área.

Los individuos podrían adquirir pólizas que los cubran de riesgos de demandas por haber transmitido alguna enfermedad sin saberlo. Las pólizas seguramente tendrían cláusulas que dejarían sin efecto la cobertura en caso de que

el asegurado supiera de la enfermedad, y por otro lado las compañías ofrecerían estímulos a la gente para inmunizarse contra ciertas enfermedades; esto es, las primas serían menores para aquellos que presentaran constancias de vacunaciones, y hasta tendrían penalidades para quienes no lo hicieran. La gente que no tuviera seguro también tendría un incentivo para vacunarse, ya que el costo de la vacuna es incomparable con el costo potencial de una demanda por infección. El “mercado de las vacunas” se completaría con el incentivo de los proveedores para ofrecer el producto y los servicios de inoculación, con lo que ellos mismos harían publicidad para que la gente conociera las vacunas existentes y cuándo y cómo aplicarlas, según el consejo de sus médicos.

De este modo la “externalidad” de las enfermedades infecto-contagiosas se “internalizaría”, se eliminaría el efecto de free-rider mencionado por FIEL de aquel que se resiste a aplicarse una vacuna. Podría hacerlo, pero debería cargar sobre sí toda la responsabilidad de semejante actitud, la cual sin duda no sería pequeña.

5.2.1. El Estado, el SIDA y otras enfermedades contagiosas

El efecto de la participación estatal en esta área es, por un lado, el de diluir la presencia de estos efectos, y por el otro generar con su actividad una clara intromisión en la vida privada de las personas.

Tomemos el ejemplo del SIDA. Las burocracias estatales de la Argentina han financiado campañas de publicidad y han distribuido preservativos entre la población. Pero de esta [orina no sólo aparecen como sancionando ciertas conductas que pueden resultar poco éticas o amorales para buena parte de los ciudadanos, sino que utilizan los fondos de éstos para financiar algunas cosas que están claramente reñidas con los principios de muchos. Por ejemplo, si bien pocos dudan de que el preservativo es una forma de protección contra la transmisión sexual del SIDA, quienes no están de acuerdo con su uso se ven en la situación de terminar pagando con sus impuestos algo que va en contra de sus principios morales. Esto es particularmente notorio en el caso del SIDA, cuando su transmisión es claramente una responsabilidad individual, causada por determinada persona y en determinadas circunstancias.

Las campañas de publicidad, además, han generado una notable polémica entre quienes critican por lo que se dice o por lo que no se dice, o si hay que dirigirse a los grupos de riesgo o prevenir a la población en general, o si hay que recomendar preservativos o no. El problema de todo esto es claro y la solución es

muy simple: se discute la asignación de los fondos porque éstos son públicos; si no existieran, todos los que discuten podrían hacer la propaganda que estimaran más conveniente y dirigirla a quienes considerasen oportuno. Nadie les prohíbe hacerlo con su propio esfuerzo o dinero o con el que sean capaces de conseguir.

Este tema no es nuevo; ya tenemos la experiencia de lo sucedido con la sífilis en el pasado. En otras épocas, también el Estado impuso cierto tipo de regulaciones con el supuesto objetivo de proteger a la población de una enfermedad que era claramente responsabilidad individual. En ese entonces, o se reglamentó la actividad de las prostitutas o se la prohibió totalmente. En 1875 la ciudad de Buenos Aires aprobaba la primera ordenanza que reglamentaba su actividad, obligándolas a registrarse, a ser revisadas. Nuevamente, se utilizaba dinero de los contribuyentes para implementar un control de cierta actividad que muchos repudiaban. Es decir, se subsidiaba a quienes visitaban los prostíbulos, un acto que muy probablemente provocaba absoluto desagrado a otros contribuyentes.

Además de eso, los efectos no parecen haber sido muchos: “El sistema, que por entonces era casi universal, intentó conciliar la ‘tolerancia de la concupiscencia masculina’ con la profilaxis de las externalidades de transmisión sexual. Si lo primero encubría un patrón de moralidad en vías de desaparición, como medida preventiva de la sífilis su fracaso fue estrepitoso”.(23)

Y como en todo mercado regulado, el efecto no era de extrañar. Dice Recalde (1991, p. 86): “No se trataba de las deficiencias de la visita médica impuesta a las prostitutas inscriptas. Al margen de éstas, durante las seis décadas de vigencia de la reglamentación existió un sector, seguramente más numeroso, de prostitutas clandestinas, es decir no registradas en el Dispensario”.

Y más adelante (p. 89) : “Después de la supresión de las casas de tolerancia, la frecuencia de la sífilis siguió su curso descendente, que se mantendría hasta 1940. En realidad, la declinación se inició a partir de 1933, en vísperas de la prohibición de los prostíbulos en Buenos Aires, y cuatro años antes de su anulación en el resto del país. Estuvo asociada, en consecuencia, a factores ajenos a la eliminación de los burdeles. Baliña la vincula a la notable eficacia de los nuevos remedios anti-sifilíticos y a su distribución pródiga y gratuita, influyendo también la mejor información anti-venérea, correlativa con el progreso de la cultura general”.

Las dos razones mencionadas para la reducción de la sífilis, que tienen un paralelo con el SIDA, “remedios” e “información” no son servicios que tengan que provenir del Estado que, como dijimos antes, al hacerlo viola los principios morales de algunos ciudadanos, sino que perfectamente pueden ser el fruto del

accionar voluntario de quienes se preocupen por ello. De hecho no sólo existen actualmente iniciativas privadas para informar sobre el SIDA y proveer preservativos, sino que las hubo en su momento también en relación con la sífilis la Liga Argentina de Profilaxis Social creada en 1921 e integrada entre otros por Estanislao S. Zeballos, J. V. González, J. L. Entilo, Eleodoro Lobos, Alfredo Palacios y médicos destacados como Emilio Coni, Gregorio Aráoz Alfaro, Mariano R. Castex, Augusto Bunge, José Ingenieros y Alfredo Fernández Verano publicó numerosos folletos difundiendo las características de la enfermedad, la forma de contraerla y de evitarla y qué hacer en caso de infectarse. Dedicaban sus trabajos a los maestros y a los padres y tenían publicaciones específicas para las mujeres.

Ahora bien, existen otras enfermedades que no se transmiten de persona a persona sino por medio de mosquitos u otros agentes. En este caso, el Estado no puede hacer más de lo que los individuos puedan hacer por su cuenta. Pero el sistema de asignación clara de derechos de propiedad crearía incentivos para eliminar algunas de las causas, por ejemplo, podría demandarse al propietario de tierras donde hay aguas estancadas que permiten la proliferación de insectos; esta posibilidad lo incentivaría a fumigar su propiedad; lo mismo es aplicable a las aguas “servidas” y residuos cloacales. En verdad, algunas de estas enfermedades tienen que ver con las condiciones sanitarias de vivienda (agua, cloacas, etcétera) que no sólo pueden ser provistas por el mercado sino que al estar a cargo del Estado su difusión y modernización se ven restringidas por la mala administración que éste hace de esos servicios, como ya se ha comprobado.

Tomemos el ejemplo del reciente brote de cólera. Nuevamente las burocracias locales han transmitido a la población que hay que hervir el agua que se toma y otras recomendaciones de higiene, Pero para atacar la causa el Estado debería renunciar al monopolio en la provisión de aguas y cloacas, lo que no sólo permitiría a un mayor número de argentinos tener acceso a estos servicios, sino que se evitaría la propagación del mal.

Uno de los casos más dramáticos y recordados es el de la epidemia de fiebre amarilla que azotó a Buenos Aires desde enero a junio de 1871. Un resumen de sus consecuencias: “De unos 190.000 habitantes murieron 14.000, se colmaron todos los hospitales, se habilitaron lazaretos provisorios, se despobló la ciudad, emigró el gobierno nacional, se decretó feriado en todos los ministerios y oficinas públicas, cerraron los bancos, las escuelas, las iglesias, los comercios. Las calles quedaron desiertas, huérfanas de gente y de vehículos. En una ciudad donde el índice normal de fallecimientos diarios no llegaba a veinte, hubo momentos en que murieron más

de 500 personas por día, y de acuerdo al doctor José Penna -que hace autoridad en la materia- los dos tercios de la población habrían sufrido la enfermedad, en una u otra forma”.

“En el tres de abril era tan formidable el descalabro, que la capital argentina presentaba el aspecto de una ciudad semi-abandonada en la que sólo quedaban 60.000 personas, es decir menos del tercio de la población normal, cifra que algunos rebajan aun más, a 45.000. Para terminar, aquélla fue la única ocasión en que las autoridades aconsejaron oficialmente el éxodo: pasajes gratis, casillas de emergencia y vagones de ferrocarril como viviendas provisorias en San Martín, Merlo, Moreno. Nunca, ni antes ni después en los cuatro siglos de historia porteña, se recurrió a este extremo heroico: abandonar Buenos Aires, convertida en un escenario de terror sólo habitado por enfermos, imposibilitados y unos pocos valientes que se quedaron para ayudar a sus semejantes.”(24)

En esa oportunidad, los ciudadanos tomaron la tarea de luchar contra el flagelo con sus propias manos. Podrá decirse que no existía en ese entonces una estructura de “salud pública” como la que se montó después (aunque el Consejo de Higiene Pública existía desde 1852), pero lo cierto es que nadie estaba preparado para una cosa semejante (recién en 1881 el cubano Carlos Finlay presentó la teoría de que la enfermedad era transmitida por un mosquito y en 1900 una comisión norteamericana comprobó la veracidad de esto), y la iniciativa individual de los ciudadanos creó una organización que fue muy útil, pero que no se perpetuó luego cuando el peligro había dejado de existir. Comenta Scenna en otra obra: (25) “Aquel lo de marzo, en casa de Carriego se decidió convocar al pueblo en la plaza de la Victoria, escaparate nacional, escenario obligado de todas las horas de emergencia argentinas, y proceder allí al nombramiento de una Comisión Popular de Salud Pública que tomara en sus manos la guerra contra el flagelo que asolaba Buenos Aires. Se cambiaron ideas, se adelantaron nombres y finalmente se confeccionó una lista con carácter de Comisión Provisoria. La misma fue conformada y aprobada en el mitin popular. Estaba compuesta por: A. Muñiz, J. C. Gómez, Manuel Bilbao, Francisco Uzal, H. Varela, E. Carriego, Carlos A. Paz, M. Billingham, F. López Torres, E. Onrubia, M. G. Argerich, B. Cittadini, Antonio Gigli, L. Walls, E. Ebelot, B. de Irigoyen, C. Guido Spano, L. V. Mansilla, B. Mitre y Vedia, A. Ramella, J. C. Paz, E. Armstrong, G. Nessler, A. d’Amonte, J. M. Entilo, J. M. Lagos, J. Roque Pérez, M. Behety, A. del Valle, A. Korn, D. César y M. Mulhalli”.

Comenta Scenna (1974, p. 239): “El mismo día en que se constituyó la Comisión Popular el gobernador Castro emitió una proclama para dar la

bienvenida al organismo voluntario, pero de paso recordaba al pueblo que ya existían instituciones oficiales que trabajaban con celo y dedicación en la lucha contra el mal, así como que el gobierno provincial estaba seriamente empeñado en superar el difícil trance. Era levantar la guardia ante la extraña y espontánea Comisión Popular [...]”.

La Comisión Popular desarrolló sus actividades con el aporte voluntario de los ciudadanos. Veamos su primer manifiesto, citado por Scenna:

“ ¡Habitantes de Buenos Aires ! La Comisión de Salubridad os pide vuestro óbolo para llevar a cabo nuestra obra de caridad. Dádnoslo, y pronto, porque el tiempo urge y cada hora que pasa nos arrebatara algunos hermanos que la caridad bien dirigida habría podido salvar. Que todos contribuyan con su poco y tendremos mucho. No hace menos el pobre que da un peso, que el rico que da millares, y ambos tienen derecho a la gratitud de los que reciben el beneficio”.

“Si el primer problema que debió encarar la Comisión Popular fue el de la asistencia médica, el segundo -no menos urgente- fue recaudar fondos para solventar los crecientes gastos en medicamentos y elementos de asistencia, cuya demanda rebalsaba la capacidad económica de la Comisión. Se inició entonces una amplia colecta, se recurrió especialmente al bolsillo de los pudientes. Las redacciones de los diarios se convirtieron en receptorías, aparte de la acción directa de los miembros de la Comisión Popular y los aportes que llegaban espontáneamente. El primero de ellos, el primer óbolo depositado en ayuda de los enfermos indigentes, fue el de los franciscanos. El 16 de marzo, tres días después de constituir la Comisión Popular, se recibió una nota de los frailes que adjuntaba la suma de \$ 5.000 y ponía a disposición de la flamante entidad lo producido por la alcancía San Roque por el tiempo que durara la epidemia.”

“En general la colecta fue bien recibida y el dinero entró en las arcas de la Comisión a simple pedido. Entre los suscriptores se contaron el gobierno nacional y el provincial, con \$ 200.000 cada uno. Los bancos, las grandes empresas, el comercio mayorista también entregaron donaciones, se llegó a recaudar en total la elevada suma de \$ 3.700.000 que fue la base principal de acción de la Comisión Popular. Los particulares, ricos y pobres, también dieron su parte.” (P. 273.)

“El 15 de mayo terminó el asueto de los empleados nacionales y provinciales, con lo cual la animación de los tiempos normales se retomó sensiblemente. Desde fines de abril mucha gente había regresado a la ciudad para volver a habitar sus hogares. Los trenes comenzaban a circular normalmente, los tranvías traqueteaban de nuevo por las calles, los coches particulares rodaban otra vez de nuevo por el empedrado, el bullicio, el viejo bullicio de Buenos Aires,

volvía por sus fueros. Eran muchos los muertos, pocas las familias sin luto, pero cuando el luto se extiende a casi 200.000 personas, la solidaridad del dolor diluye su fuerza. Además, tras los espantosos meses pasados había ansias de vivir, de respirar, de volver a las rutinas de siempre, al abrigo tranquilo y seguro de la vida diaria. Y ese espanto vivido generó a su vez una inagotable sed de olvido. El 11 de mayo la Comisión Popular decidió convocar a asamblea general en la que se propondría su propia disolución.” (P. 413.)

“Así concluyó su efímera existencia la más extraña, la más peculiar de las comisiones populares que jamás vieran los anales de Buenos Aires. Durante más de dos meses peleó sin tregua por organizar una defensa, por auxiliar a los enfermos, por aliviar el alud de penurias que cayó sobre la ciudad. Supo galvanizar voluntades cuando el desaliento y la desorientación amenazaban con desembocar en el caos.

Hizo de todo y estuvo en todo. No todo lo hizo bien, pero el balance final es favorable. Fue un dique contra el pánico más que contra la fiebre amarilla. Llevó a muchos desesperados el convencimiento de que la solidaridad no es una entelequia y que en medio de la estampida había un grupo de hombres cabales que se quedaban, sin ninguna obligación y con el simple propósito de ayudar al prójimo. Allí reside su mayor mérito.” (P. 414.)

Con otro tipo de peste las decisiones que tomó el Estado no sólo resultaron tardías sino que fueron menores que las que habría impulsado el mercado con los mecanismos de responsabilidad mencionados en el punto anterior.

“En un terreno más específico, la profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas se asentó sobre tres bases: la denuncia obligatoria, el aislamiento del enfermo (y eventualmente de los que hubieran estado en contacto con él) y la desinfección de sus viviendas y pertenencias. Estos principios -desarrollados como consecuencia de los hallazgos de Pasteur, que desentrañaron el mecanismo de transmisión de enfermedades- fueron recogidos por las autoridades, que los prescribieron legalmente, también intentaron la educación sanitaria de la población, a través de folletos de educación masiva.”(26)

El mercado, de funcionar correctamente la definición de los derechos de propiedad, habría hecho esto y más: el aislamiento del enfermo y la desinfección habrían sido realizados por todos los que no hubieran querido verse sometidos a una demanda. Lo mismo habría acontecido con las medidas de la policía sanitaria, como el control sanitario de los buques.

Comenta Recalde 11 991, p. 14): “La primera preocupación de los higienistas fue defender a Buenos Aires de las enfermedades exóticas. Al aumentar

el flujo inmigratorio y crecer el volumen del comercio exterior, su condición de ciudad-puerto incrementó los riesgos de las afecciones importadas. Como resguardo se estableció el control sanitario de los buques, a los que se imponían cuarentenas cuando se advertía el riesgo de que introdujeran alguna de las enfermedades calificadas como ‘pestilenciales’: la fiebre amarilla y el cólera-morbus. Este control -deficiente, por las características de nuestro puerto y la falta de recursos de los médicos, sobrecargados de trabajo-, no pudo impedir la difusión de estos males, que en la segunda mitad del siglo pasado castigaron a los porteños en diversas oportunidades”.

Lo que no existía eran incentivos para que los propietarios de los buques se ocuparan bien de la salud y condición sanitaria de sus pasajeros y carga. Si hubieran enfrentado la posibilidad de numerosas demandas judiciales se habrían preocupado más, sin duda, por lo que llevaban a bordo y por si les convenía desembarcarlo o no.

Y si el mercado hubiera provisto los incentivos para medidas de profilaxis y prevención es muy probable, por otra parte, que hubiera evitado tanto las ineficiencias del control estatal como sus excesos. En el caso del control sanitario de barcos, Agüero(27) comenta a Ola Borda de Raguchi (“La política de sanidad marítima argentina y la inmigración 1880-1900”, Buenos Aires, V Jornadas de Historia de la Ciudad de Buenos Aires, 1988) diciendo que “la misma autora hace referencia a los distintos ardidés a los que recurrían los capitanes de ultramar para evitar detenciones cuarentenarias, los cuales iban desde la simple ocultación de los enfermos a bordo hasta la comisión de actos que razonablemente hacen sospechar el cohecho. En 1893, por ejemplo, los buques Congo y Tamar fueron denunciados por haber ingresado al puerto con falsos permisos, y en el mismo año se hicieron cargos por ocultamientos de enfermos de fiebre amarilla a los capitanes de los vapores Provence y Urano”.

En un sistema de mercado podría suceder lo mismo, con la diferencia de que los perjudicados, en vez de esperar o confiar en el control estatal, podrían accionar por su cuenta, con lo que todos serían “inspectores” de su salud.

Por otro lado, las medidas sanitarias gubernamentales lesionaban otros derechos sin relación con los potenciales perjuicios o quienes los ocasionaran.

Nuevamente comenta Recalde (1991, p. 18): “Las provincias del interior, alarmadas, adoptaron diversas medidas defensivas que perjudicaron la circulación comercial, sin ventajas para la higiene, según opinaba Penna. Algunas dispusieron la completa incomunicación, estableciendo cordones sanitarios; otras suprimieron el movimiento ferroviario, y hasta prohibieron el movimiento de cargas y personas.

Para garantizar el cumplimiento, llegaron a efectuar movimientos de tropas y establecer cuerpos de vigilancia: ‘Las demás provincias, cada una por su lado, dictaron medidas preventivas rigurosas, muchas de ellas arbitrarias, tiránicas: los ferrocarriles, los buques, las mensajerías mismas del Rosario, eran rechazadas en todas partes; los puertos de Concordia, del Paraná, Uruguay, Santa Rosa, La Paz, Goya, etc., imponían cuarentenas y, en fin, el desquicio más grande imperó por un momento en todas las provincias. Y sin embargo, el mal no era tan intenso ni de tamaña importancia para legitimar tales arbitrariedades. Ante semejante ruido, la República Oriental del Uruguay, el Brasil, Chile, etc., se creyeron en peligro y nos cerraron también sus puertas’ (Penna, José, “Del rol de las epidemias en la despoblación de América”, Buenos Aires, 1894, en Revista de la Sociedad Médica Argentina, vol. III, p. 1.310)”.

Con respecto a la voluntad de “vacunarse” hemos visto ya que el mercado habría alcanzado ese objetivo a través de múltiples medios: tanto los vendedores de vacunas como los de servicios de vacunación, más el incentivo de los aseguradores y, por último, el temor a ser demandado por contagio. La obligatoriedad de la vacunación en algunos casos cumplió igualmente ese objetivo, si bien sería materia de investigación más detallada si lo logró más rápido y más eficientemente. En principio hubo que vencer muchas resistencias. Por ejemplo, la vacuna antivariólica fue declarada obligatoria en Francia en 1800, en Baviera en 1807, en Baden en 1815 y en Württemberg en 1818. En la Argentina, el 18 de mayo de 1813. Pero nos comentan Piccirilli, Romay y Gianello(28) que “en sus comienzos fue resistida, siendo necesaria la intervención religiosa; existe una lámina titulada ‘Aplicación de la vacuna antivariólica, grabado, siglo XVIII’, que representa una escena de vacunación con la leyenda impresa: ‘Bendito sea Dios que en el Grano de la Vacuna ha manifestado un seguro y sencillo remedio para librarnos de la peste de las viruelas’ “.

“Sin embargo, pese a las medidas tomadas para su difusión, a la acción decisiva que se cumplía mediante decretos y otras disposiciones, a la evidente situación de beneficio que se obtenía, no prosperó el preservativo en la medida que deseaban las autoridades. Varias reglamentaciones: septiembre de 1809, 4 de mayo de 1813, no condujeron a resultados siquiera mediocres, y el director Alvarez Thomas, por la Gazeta de Buenos Ayres del 8 de agosto de 1815, ‘alarmado por la desidia del pueblo en vacunarse’ publicó lo siguiente: ‘Es un escándalo que no haya un solo individuo en las Provincias que esté vacunado, y mucho más, que en esta capital, donde se administra el fluido vacuno sin interés y con grande

comodidad para los beneficiados, se mire este negocio con indiferencia’.” (Recalde, op. cit., p. 18.)

En Mendoza San Martín donaba un tercio de la renta de su quinta La Chilena para pagar un vacunador, pero el gobierno por cuestiones políticas abandonó esta tarea: durante el gobierno de Rosas se suprimió la asignación oficial y se perdió el virus que permitía la reproducción de la vacuna en 1844. Unos años después existían conservatorios de vacuna particulares, entre otros la farmacia Cranwell.

5.3. El Estado regulador

Si bien muchos autores están en favor de la “participación” (como si tuvieran que pedir permiso... y en muchos casos tienen que hacerlo) del sector privado en la atención a la salud, pocos hay que cuestionen la actividad reguladora del Estado. Es más, se suele afirmar que se trata de una función clara e indelegable de éste. Por ejemplo, el informe de la UADE (op. cit., p. 29) señala: “La implantación de normas y regulaciones para la más eficaz atención de la salud, así como el control de su cumplimiento, constituye -sin duda- campo reservado a la acción del Estado”. Y puesto que no se explica por qué alguien no debería tener dudas al respecto, expondremos las nuestras en esta oportunidad.

5.3.1. La regulación de la profesión médica

La práctica profesional de la medicina está en la actualidad fuertemente regulada, sobre todo por la ley 17.132 promulgada el 24 de enero de 1967, “Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración”.

Según esa ley, artículo 13, pueden ejercer la medicina los “médicos, médicos cirujanos o doctores en medicina, previa obtención de la matrícula correspondiente”, para lo cual es necesario que el solicitante tenga un título otorgado por universidad nacional o privada habilitada a tal efecto o de universidad extranjera que sea revalidado, y otras excepciones menores.

Al mismo tiempo, el artículo 21 de la citada ley establece las condiciones para ser “especialista” en determinada rama, para lo cual es necesario: a) ser profesor universitario en la materia, b) tener título de especialista otorgado por universidad habilitada y habilitado por el Estado, c) tener título de especialista otorgado por el Colegio médico, o d) tener certificado otorgado por la Secretaría de Salud Pública.

Quienes hayan cursado y aprobado los estudios de medicina correspondientes tienen ante sí una serie de trámites además de la matriculación, tales como la habilitación del consultorio y el registro de su firma. Para matricularse, los profesionales deben inscribir sus títulos en la Secretaría de Estado de Salud Pública.

La reglamentación de la práctica de la medicina es muy amplia, por lo que no podremos analizarla en detalle aquí, sino que nos limitaremos a tratar algunos de los temas fundamentales que tienen que ver con el funcionamiento del mercado de atención a la salud. La misma normativa impone ciertas obligaciones a los médicos que coartan sus derechos, al mismo tiempo que establece prohibiciones que son claras restricciones a la competencia.

Por ejemplo, en materia de obligaciones establece, entre otras, algunas que buscan ciertas respuestas de los médicos que claramente pertenecen al campo de la ética y no de la acción legal, como (art. 19) “prestar colaboración a las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias”.

Durante la epidemia de fiebre amarilla muchos médicos se quedaron voluntariamente en Buenos Aires para atender a los enfermos y varios perdieron la vida sin que fuera necesario obligarlos a hacerlo, mientras gran parte de los funcionarios estatales abandonaron la ciudad. Digamos que los políticos, por lo menos, no tienen antecedentes como para imponer normas de conducta ética a los profesionales médicos.

Por otra parte, el mismo artículo de obligaciones les prohíbe satisfacer demandas voluntarias de potenciales clientes (por ejemplo, efectuar operaciones que modifiquen el sexo) y, por otro lado, los obliga a adoptar ciertas conductas que no sólo son muy discutibles desde el punto de vista médico sino que constituyen una clara violación de los derechos de ciertos individuos (por ejemplo, promover la internación en establecimientos públicos o privados de los alienados).(29) Además les impone ciertas obligaciones, como extender certificados, que bien podrían cumplirse en forma voluntaria.

En cuanto a las prohibiciones del artículo 20, muchas de ellas son claras restricciones a la competencia, como por ejemplo las de : 1) anunciar o prometer la curación fijando plazos, 2) anunciar o prometer la conservación de la salud, 3) prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos, 4) anunciar procedimientos, técnicas o terapéuticas ajenas a la enseñanza impartida en las facultades de medicina reconocidas en el país, 7) aplicar en la práctica privada procedimientos no evaluados o aprobados en los centros universitarios o científicos reconocidos en el país, 8) practicar tratamientos

personajes utilizando productos de preparación exclusiva y/o secreta y/o no autorizados oficialmente, 9) anunciar especializaciones no reconocidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública y otras muchas más.

Asimismo, el artículo 208 del Código Penal completa estas prohibiciones configurando como “delito contra la salud pública” el curanderismo (inc. 1), el charlatanismo (inc. 2) y la cesión de nombre o de título (inc. 3). Todo ello, sumado a que el Estado es el que determina el contenido de la enseñanza de la medicina al aprobar las licencias de quienes quieran ejercerla, configura el esquema por el cual existe el monopolio de la “medicina oficial”.

No es necesario dudar del carácter científico de la medicina oficialmente aprobada, pero lo cierto es que la verdad científica no se verifica por ley, sino que se prueba en el debate (lo, si se quiere, competencia) con teorías o propuestas alternativas. Con el monopolio legal de la ciencia médica lo único que se consigue es limitar el proceso de creación y discusión científica. Pues de más está decir que este conocimiento que hoy consideramos verdadero puede no serlo mañana, cuando el avance científico nos haga llegar tal vez a otras conclusiones. Limitar este debate es frenar el progreso de la ciencia.

Michael Walker comenta que:

“Durante gran parte del período pre-científico, la oferta de servicios médicos equivalía en su variedad a la diversidad de demandas que los consumidores presentaban en el mercado. Hacia mediados del siglo pasado, sin embargo, comenzó a emerger una opinión de los procedimientos correctos de la medicina que constituyó la base para demandas subsiguientes de legislación que protegiera al público de charlatanes”.

“Si bien las limitaciones de la oferta tenían entonces, como tienen ahora, el objetivo de proteger a un público que no discrimina de los proveedores de curas inútiles o aun dañinas, debe recordarse que esta limitación de los proveedores también prohibió a los enfermos demandar servicios de esos individuos, no todos los cuales proveían curas peligrosas o inútiles. De hecho, según Hamowy, por lo menos algunas curas ofrecidas por practicantes alternativos eran de una calidad superior obvia, particularmente cuando se trataba de hacer nada más que imponer un régimen de descanso y evitar al paciente la supuesta necesidad de tener la atención de un médico ortodoxo, el que con toda probabilidad hubiera sangrado al paciente y le hubiera administrado algunas sustancias muy tóxicas como compuestos con arsénico y opio.”(30)

Por su parte, comenta Brown (1987, p. 25): “Los primeros esfuerzos para establecer estándares médicos ocurrieron antes de la aceptación general de la teoría

del germen, con su efecto unificador en la ortodoxia de la práctica médica. Esto dificultó el desarrollo de una sola organización profesional. Los doctores se separaron en grupos tales como alópatas, homeópatas, eclécticos y, más tarde, osteópatas, según sus creencias respecto a los orígenes de la enfermedad. Los alópatas, quienes creían que los síntomas de alivio constituían la cura de la enfermedad, fueron los más receptivos a la teoría del germen cuando se popularizó en círculos científicos. Debido a esto, los alópatas se convirtieron en el grupo dominante durante los años formativos de la medicina moderna (1865 a 1940), pero otros grupos pudieron sobrevivir.

La homeopatía, por ejemplo, que está basada en la proposición de que una enfermedad debe ser curada con dosis mínimas de drogas que en entidades mayores crearían los síntomas de la enfermedad en una persona saludable, no fue reconocida bajo la Ley Médica de Ontario hasta 1960”.

“A medida que la profesión médica se convirtió en un grupo más homogéneo, se volvió una fuerza más activa en favor de políticas que promovieran estándares médicos y eliminaran la práctica no médica. En 1980 el Consejo Médico de Ontario comenzó un proceso contra la osteopatía y en 1910 solicitó al gobierno la anulación del estatuto de la Asociación de Optometristas. Si bien el Consejo no siempre fue exitoso en sus esfuerzos, impulsó la aprobación de la Ley de Practicantes sin Drogas de 1925 por el gobierno provincial, según la cual todos los profesionales de la salud en Ontario no certificados por la Asociación Médica no podían practicar la cirugía y prescribir drogas.”

“Para 1920, los estándares de licenciamiento eran prácticamente uniformes y estrictos en todo Canadá.”

H. E. Frech(31) menciona algo similar para los Estados Unidos:

“Antes de 1800, los hospitales modernos no existían. Había muchas teorías competitivas de medicina, gran número de las cuales reconoceríamos ahora como supersticiones. Sangrar, por ejemplo, era un tratamiento común para muchas enfermedades y estados. Los mercados eran esencialmente libres con respecto a la atención a la salud, y era libre el ingreso tanto en la práctica de la medicina como en el negocio de operar escuelas de medicina. Los médicos habían hecho muchos esfuerzos para inducir a los gobiernos estatales a imponer el licenciamiento efectivo, limitando la entrada de médicos y escuelas médicas. Para todo efecto práctico, estos esfuerzos fallaron. La atención médica en esos días era muy variada, barata y probablemente dañina para muchos pacientes”.

Y más adelante (p. 45): “Todos los estados impusieron el requisito de graduación en una escuela aprobada para la licencia. De 1910 a 1920 el número de

escuelas médicas cayó de 131 a 88 y el número de estudiantes de 21.526 a 14.088. Más aun, la sociedad médica ganó un control crucial de las escuelas médicas y hospitales. Naturalmente, el resultado fue un menor número de médicos competidores, y menor competencia entre aquellos médicos que eran autorizados a ingresar. La educación médica fue congelada en un molde estrecho, costoso, altamente técnico y probablemente ineficiente. Y el número de médicos mujeres y de minorías cayó en forma espectacular, ya que las poderosas escuelas encontraron que ahora podían discriminar. Los médicos negros disminuyeron de 2,5% en 1910 a 1,4% en 1969”.

En nuestro país, la regulación y el licenciamiento vienen de larga data. En épocas del virreinato estaba vigente el Protomedicato que, entre otras cosas, controlaba el uso ilegal de la medicina. Comentan Isuani y Mercer (1986, p. 33) que “estaban vigentes disposiciones muy estrictas acerca de los requisitos necesarios para el ejercicio de la práctica médica. Las disposiciones respondían al interés gremial de los profesionales, quienes, a través del Protomedicato, defendían su espacio laboral y clientela y, en cierta medida, al temor de la población de ser víctima de improvisados en el arte de curar”.

“Como producto de esa labor fiscalizadora, paulatinamente se fue produciendo en las ciudades la segregación de los profesionales menos calificados, quienes quedaron como recurso asistencial para los sectores de más bajos ingresos o bien se vieron compelidos a desarrollar sus actividades en zonas cada vez más distantes a los centros urbanos.”

El Protomedicato fue creado en el virreinato en 1779, contando con un tribunal de examen que acordaba licencias para el ejercicio de las profesiones de médico, cirujano y boticario. Comentan Piccirilli y otros (1953, tomo VI, p. 878): “Es interesante consignar el arancel autorizado a los galenos el año 1781: ‘Por visitas simples, 4 reales. Por visita a media noche, 1 peso. Por operación quirúrgica simple, 2 pesos. Por operación compuesta (como la amputación de las dos piernas), 4 pesos. Por la amputación de una pierna, 1 peso. Por visita a dos leguas, a 1 peso la legua. Por visita que dure días, se pagarán 6 pesos por día’ “.

Debe ser éste el primer intento de arancelamiento que se tenga registrado. No obstante, también señalan las resistencias de la población a este tipo de medidas: “El médico y el curandero eran consultados por igual, la superchería y la ciencia no eran disímiles para esas mentalidades sugestionables y supersticiosas. Se combatió sin tregua, pero los resultados de esta lucha fueron limitados, pues el pueblo mismo fomentaba su actuación recurriendo a los curanderos y charlatanes,

a veces hasta para consultarles la indicación prescrita con anterioridad por un médico”.

Pero según nuestros conceptos actuales, tanto el considerado médico, en ese entonces, como el curandero serían “charlatanes”. Por otra parte, los “hechiceros” aborígenes, por ejemplo, no eran tan “charlatanes” como puede suponerse. Comentan los mismos autores que “lo cierto es que ellos conocían el remedio para infinidad de enfermedades: la fiebre palúdica, la fiebre intestinal, el insomnio, las pulmonares, la disentería; contaban con antisépticos para las infecciones; no desconocían las ventosas, que las hacían de calabazas; la hidroterapia, y practicaban la escarificación y empleaban el fuego como agente terapéutico en caso de mordedura de animales ponzoñosos, como víboras y rayas”. Claro que, pese a eso, esos hechiceros seguramente no habrían superado las pruebas del Protomedicato para obtener sus licencias y, como no podían hacerlo, si la norma hubiera tenido vigencia real habría significado el desamparo y la desatención médica de toda esta población, y no sólo de la indígena. Posteriormente, este tipo de restricciones se extendió a lo que después se dio en llamar “colaboradores” de los médicos, quienes en otras oportunidades cumplían servicios por sí mismos. Tal es el caso de las parteras.

Comenta Alejandra Correa: (32)

“Una ‘menudencia’ publicada en el semanario Caras y Caretas en 1899 lo pintaba así: ‘La partera más antigua de una misma parroquia está en La Piedad, es una señora italiana que desempeña sus funciones desde 1858 en que vino de Pavía. Tiene gran clientela y siempre, aunque el detalle resulte nimio, ha usado botines de cabritilla con ocho botones, puntera de charol con taco bajo, vestido de percal y cartera negra de cuero’. En el período analizado, las parteras asistían como convidadas de piedra al recorte de sus funciones, pues no gozaban por entonces de una buena reputación en los niveles académicos. Pujas de intereses, problemas de jurisdicción en el ejercicio de la profesión, eran la moneda cotidiana”.

“Las parteras se agremiaron en tcomo a la Asociación Obstétrica Nacional y batallaron desde allí, en las huestes de la resistencia. A ellas se acercaban los defensores de la ‘matrícula profesional, uniforme y obligatoria’, y los médicos que querían hacer del oficio una profesión. Por su parte, los que simplemente querían borrar de un plumazo a las parteras de la faz de la tierra, las acusaban de ‘numerosísimos actos delictuosos, sustituyendo a Dios en la fabricación de ángeles’.”

“Por entonces ya funcionaba en Buenos Aires la Escuela de Parteras que, según su historiador, se trataba de ‘la más descollante de América y puede figurar honradamente entre las mejores de todos los estados europeos’.”

“Las parteras fueron, en muchos casos, el único recurso con que contaron las madres para dar a luz a sus hijos.”

“Acusadas de asesinas, miradas con desconfianza por los médicos y puestas en la misma bolsa que las comadronas y las curanderas, las parteras entraron al nuevo siglo por el ojo de la tormenta, como ‘la cenicienta de todos los oficios criollos’.”

Actualmente se están otorgando permisos a una serie de nuevas instituciones educativas para la enseñanza de la medicina, lo cual quiebra el nefasto monopolio de la enseñanza estatal, y si bien la medida es un saludable paso adelante, lo importante es eliminar el requisito de la “licencia” del Ministerio de Educación para que sean el mercado y el grado de excelencia de los graduados de cada escuela los que determinen quién debe o no enseñar qué tipo de medicina.

5.3.2. Transplantes

En nuestro país los transplantes de órganos o, como los denomina el texto legal, “la ablación e implantación de órganos y material anatómico”, están regulados por la ley 21.451 de marzo de 1977. Esta norma reglamenta tanto las actividades de los profesionales que practiquen esos actos como los establecimientos en los que se realicen. También considera los actos de disposición de órganos de personas vivas o de personas fallecidas. Ahora bien, en relación con los dos primeros aspectos, actividad profesional y establecimientos, no se presentan mayores problemas, por lo que la legislación es superflua. El problema surge con los otros dos, más generalmente conocidos como donaciones.

Existe una notable escasez de órganos ofrecidos en donación. Y es que la ley permite la donación de órganos de personas vivas solamente en los casos en que se trate de familiares como padre, madre, hijo o hermano consanguíneo, y en casos excepcionales, entre cónyuges y padres con hijos adoptivos (art. 13). En el caso de personas fallecidas, cuando sean mayores de 18 años y lo hayan dispuesto así para después de su muerte, o con el consentimiento de familiares en caso de no haberlo expresado, y si éstos no estuvieran presentes, del director del establecimiento (arts. 17, 18 y 19).

La escasez de oferta de órganos puede comprobarse por las constantes campañas de las autoridades públicas en favor de la donación de órganos y por las

listas de espera de pacientes en el Centro Único de Coordinación de Ablaciones y Transplantes, dependiente de la Secretaría de Estado de Salud Pública. La escasez generada por este sistema tiene como consecuencia condenar a muchos pacientes a depender por meses y años de costosos tratamientos de diálisis, por ejemplo en el caso de transplantes de riñón, al mismo tiempo que riñones “sanos” se van a la tumba sin poder ser utilizados para aliviar la situación de estas personas. Para otros, en el caso de transplantes de corazón, la escasez o disponibilidad de órganos bien significa la diferencia entre la vida y la muerte.

Pero el problema de la escasez terminaría allí si fueran éstas sus únicas consecuencias. Resulta que ha habido manifestaciones acerca de maniobras poco claras para “adelantar” su lugar en las listas a ciertos pacientes, y hasta se han registrado casos de niños secuestrados que reaparecen al poco tiempo con un órgano extirpado.

Claro que para el economista no resulta extraña esta situación, al encontrarse con un bien que tiene fijado por ley un precio igual a cero. Las consecuencias son obvias, para los órganos como para cualquier otro producto: existe una demanda determinada y una oferta notablemente reducida. Se apela, eso sí, a la “conciencia” de la gente para que done sus órganos, pero ésta termina siendo una política irreal, basada en un concepto de los seres humanos que no condice con la realidad. El resultado es que no parece haber la suficiente “conciencia”, y por lo tanto no hay suficientes donaciones y la gente se muere por falta de donantes.

Para crear ese incentivo adicional, aquí y en otros países del mundo se solicita a personas famosas que aporten su mensaje publicitario para que se las siga en esa noble cruzada, pero resulta insuficiente. Y existe un incentivo que la ley prohíbe expresamente y que bien podría resolver esta dramática situación.

Se trata de permitir el funcionamiento del mercado de órganos, específicamente prohibido por el artículo 27, inciso b, de la ley 21.541. Claro que esto tal vez pueda llamar la atención a muchas personas, como ocurrió con quienes sancionaron la ley, aterrados al pensar que se estaría dando impulso a la “compraventa de partes humanas”. A esto podría contestarse lo siguiente:

- Lo que aparece como aterrador es la situación actual, más que una hipotética mafia traficante de órganos. La mafia existe con el sistema actual.
- El mercado de órganos no funcionaría comprando a personas vivas partes de sus cuerpos, ya que éstos tendrían precios muy elevados (sin descartar el hecho de que eventualmente pudiera suceder). Lo más probable es que se desarrollaría un amplio mercado de órganos que sería un mercado de futuros, esto es, con entrega a una

fecha posterior, la fecha de la muerte. Esto es, las empresas proveedoras de órganos se asegurarían una oferta segura realizando numerosos contratos con gente viva para disponer de sus órganos luego de su muerte.

- Es decir, la persona recibiría un pago cuando decidiera hacer el contrato, sin necesidad de entregar su parte hasta el momento de su muerte. Se trata de percibir una suma de dinero en el presente contra el compromiso de entregar un órgano en el momento del fallecimiento en el futuro.

- Si alguien piensa que las empresas proveedoras tendrían un incentivo para que sus contrapartes fallecieran, lo cierto es que ocurriría todo lo contrario. Muy probablemente incluirían cláusulas en el contrato que obligarían al “vendedor” a cuidar la salud de su cuerpo, y de sus órganos, de manera tal que fueran aptos para su trasplante. De nada le serviría al proveedor recibir órganos que no sirven a otros.

- Entonces, además de crear un incentivo adicional a la oferta de órganos (quien quisiera hacerlo podría seguir donando de todas formas), sería un acicate para que la gente cuidara más de su salud, si es que no lo está haciendo. Los proveedores probablemente pagarían en cuotas con controles periódicos de ese cuidado, si el vendedor se ha realizado análisis, si se ha vacunado, si bebe alcohol, si fuma, etcétera.

Claro que existen innumerables prejuicios contra esta opción, y mientras los prejuicios existan, la corrupción y el crimen serán el peor corolario de la forzada escasez de órganos en un caso en el cual la brecha entre la oferta y la demanda se cuenta en vidas humanas

5.3.3. La malpráctica médica

Este tema es denominado en la Argentina “responsabilidad médica”. Esta puede ser penal o civil, según el fuero en el que se accione. La responsabilidad penal puede ser “culposa” o “dolosa”. La primera se define como los delitos cometidos sin intención subjetiva de dañar, constituidos por imprudencia, impericia y negligencia. La segunda resulta de un delito cometido con intención de cumplirlo (homicidio, lesiones, aborto, etcétera).

La legislación penal respecto de la responsabilidad penal culposa está contemplada en el Código Penal en los artículos 84 y 94. El artículo 84 establece que “será reprimido con prisión de seis meses a tres años e inhabilitación especial, en su caso, por cinco a diez años, el que por [...] impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo, causare a otro la

muerte”. El artículo 94 establece que “se impondrá prisión de un mes a dos años o multa de veinte mil pesos e inhabilitación especial por uno a cuatro años, al que por [...] impericia en su arte o profesión, o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo, causare a otro un daño en el cuerpo o en la salud”.

Es decir, estos dos artículos reglamentan por un lado la muerte y por otro las lesiones que el médico comete sin intención subjetiva. Las acciones dolosas están incluidas en las disposiciones generales (esto es, no ya sólo para médicos) respecto de homicidio y lesiones. Se debate en este sentido si existe una responsabilidad médica dolosa o si se trata de “impericia”.

En cuanto a la responsabilidad civil, a las acciones dolosas se las denomina “delitos” y a las culposas “cuasi-delitos”. Estas últimas están regidas por el artículo 1.109 del Código Civil:

“Todo el que ejecuta un hecho, que por su culpa o negligencia ocasiona un daño a otro, está obligado a la reparación del perjuicio [...]. La reforma de este código extendió, por el artículo 1.113, la responsabilidad objetiva a los dependientes: “La obligación del que ha causado un daño se extiende a los daños que causaren los que están bajo su dependencia, o por las cosas de que se sirve o que tiene a su cuidado. En los supuestos de daños causados con las cosas, el dueño o guardián para eximirse de responsabilidad deberá demostrar que de su parte no hubo culpa; pero si el daño hubiere sido causado por el riesgo o vicio de la cosa, sólo se eximirá total o parcialmente de responsabilidad acreditando la culpa de la víctima o de un tercero por quien no debe responder. Si la cosa hubiese sido usada contra la voluntad expresa o presunta del dueño o guardián, no será responsable”.

El caso que nos ocupa aquí, entonces, es el de las acciones “culposas”, esto es, sin intención de producir daño, ya que en el otro caso son delitos comunes y corrientes. En ambos casos se mencionan la impericia, imprudencia y negligencia. La primera expresa falta de conocimientos técnicos. La segunda es afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo. La tercera es el incumplimiento de los elementales principios inherentes al arte o a la profesión, o la carencia de atención puesta al servicio del acto médico.(33)

Veamos caso por caso:

- La impericia, falta de conocimientos técnicos. Es curioso que este punto se mencione, ya que entonces uno debería preguntarse: ¿cómo puede existir impericia si el Estado controla los programas de educación médica y otorga matrículas precisamente para garantizarla? Sin duda que la impericia existe, pero no es tan responsable el médico sin conocimientos como aquel que contrata sus servicios. En realidad, habría delito si un médico se comprometiera a ofrecer un servicio y

después se probara que no sabe cómo hacerlo. Pero si un médico se compromete a hacer poco, porque sabe poco, ¿cuál sería su delito, ya que las consecuencias son riesgos que en este caso se conocen de antemano? Si alguien contrata a un curandero y luego fallece, ¿es “impericia” del curandero o de quien lo eligió para resolver ese problema?

- Respecto de la imprudencia y la negligencia que también mencionan los autores antes citados, las hemos separado puesto que, a nuestro juicio, no deberían tratarse como algo distinto de otras faltas. Lo que sí conviene tener presente es que la ambigüedad en esta materia puede resultar fatal en el sentido de hacer que los médicos se abstengan de ayudar a otros para que luego no los procesen por “negligencia o impericia”.

En un mercado libre donde sólo se reconociera la transferencia de títulos de propiedad según arreglos contractuales, la malpráctica por acciones culposas no necesariamente sería pasible de acción judicial- Lo más probable sería el uso de lo que se conoce como performance bonds, es decir, un acuerdo que establece claramente no sólo qué servicio se va a dar por cierta contraprestación sino también las acciones resultantes de su incumplimiento.

Esto protegería tanto a los médicos como a los pacientes y, además, aliviaría las tareas de la justicia, ya que las partes podrían recurrir al arbitraje para dirimir disputas que pudieran surgir de la interpretación del contrato.

5.3.4. Coordinación y planificación

En prácticamente todo trabajo sobre políticas de atención a la salud está presente la necesidad de que el Estado “coordine” o “planifique” este sector. Como si el mercado no planificara cómo llevar los millones de productos y servicios que se ofrecen en la economía a quienes los demandan (recordemos que hace más de 200 años que Adam Smith resaltó el proceso de la “mano invisible”). El tema en discusión, entonces, no es la existencia o no de “coordinación”, sino de quién la tendrá a su cargo.

En lugar de que esa coordinación esté a cargo de los consumidores que expresan su libre voluntad en el mercado, muchos autores proponen la “planificación”, sea por ellos mismos o por los funcionarios estatales. Así, por ejemplo, Isuani y Mercer 11 986, pp. 9 y 40) hacen hincapié sobre la falta de coordinación:

“Las formas predominantes de organización de la atención existentes en la mayoría de los países están presentes en la Argentina. Sin embargo, atrae la

atención de observadores nacionales y extranjeros la excesiva fragmentación de las instituciones a través de las cuales dichas formas se materializan en el país: un sector público cuyos niveles nacional, provincial y municipal presentan un alto grado de autonomía; un gran número de obras sociales sumamente heterogéneas que expresan la forma que adquirió, en la Argentina, la atención médica de la seguridad social y, por último, un importante sector privado distribuido en un amplio conjunto de mutualidades, seguros privados y establecimientos particulares. Además, la escasa coordinación existente dentro de cada uno de estos modelos hace a su vez difícil la coordinación entre ellos”.

“De esta forma el mosaico de modalidades de atención médica que existe en la Argentina difícilmente puede ser calificado como un sistema de salud, si se acepta que tal concepto supone coherencia entre las partes que lo componen, y un grado de racionalidad que permita el acceso a atención adecuada, de acuerdo con los recursos y conocimientos científicos disponibles.”

El problema no es la falta de “coordinación” entre “modelos” para formar un “sistema” sino el marco regulatorio, que no permite la única coordinación necesaria, a saber, la que existe entre la demanda y la oferta de servicios médicos.

Hay probados ejemplos de que los pedidos de “coordinación racional” de hecho significan que el funcionario impone sus preferencias a los demás.

Un ejemplo de esto es la constante afirmación por parte de funcionarios sobre la necesidad de “prevenir” más que de curar. Por ejemplo, Diéguez, Llach, Petrecolla (1990, p. 4) muestran esto al comentar la introducción de tecnología: “La tecnología del sector experimentó un cambio cualitativo importante, por efecto del impacto de la política económica general (subvaluación de la moneda extranjera) y un tratamiento tarifario especialmente favorable para la importación de equipos médicos. Una parte sustancial de la incorporación de equipos modernos de alta tecnología correspondió al sector médico privado, sin control ni supervisión del Estado, lo que acentuó el sesgo de medicina curativa, incorporación de alta tecnología, etc., en condiciones de superposición de equipos y servicios, costos crecientes y con un uso indiscriminado de dudoso valor social cuando al mismo tiempo se advierte la desatención de acciones de medicina preventiva, programas de atención primaria, etcétera”.

Sin entrar en un debate más básico sobre qué consideran los autores como “valor social”, o la necesidad de control y supervisión estatal de la incorporación de tecnología, lo cierto es que no se preguntan por qué la gente no “previene” en la medida que a ellos les gustaría. Y realmente, en muchos casos la “prevención”, no es eficiente, ya que tratar de encontrar enfermedades incipientes es costoso, y la

mayoría de la gente es saludable. La previsión es muy buena, pero si para ello hay que frenar el ingreso de la última tecnología curativa para forzar el ingreso de tecnología preventiva (recordemos que los recursos son escasos y no se puede hacer todo) porque el funcionario lo estima conveniente, lo único que se estaría previniendo es que los individuos dedicasen sus recursos a lo que estiman más conveniente, sea esto prevención o curación.

5.3.5. Los medicamentos

El control sobre la calidad de los medicamentos se encuentra en la Argentina en manos del Estado en virtud de la ley 16.463 “Contralor de drogas y productos utilizados en medicina humana”, conocida como “ley Oñativia”, promulgada el 24 de julio de 1964.

Esta ley fue aprobada entonces junto con la 16.462 de “Abastecimiento de drogas y productos utilizados en la medicina humana”, que fuera derogada por el gobierno siguiente y que facultaba al Poder Ejecutivo para dictar normas de ordenamiento de la producción, regular la importación y exportación, verificar existencias y costos, determinar márgenes de beneficios y precios y para producir, elaborar, fraccionar y distribuir drogas.

La ley vigente es la que supuestamente garantiza el control de calidad de los medicamentos, ya que establece (art. 2.) que la importación, exportación, fraccionamiento, comercialización o depósito de drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas y medicamentos, elementos de diagnóstico y todo otro producto de uso y aplicación de la medicina humana y las personas de existencia visible o ideal que intervengan en dichas actividades requerirán “autorización” y “estarán bajo el contralor del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública”.

Según el artículo 7, “las autorizaciones para elaborar y vender los medicamentos se acordarán si, además de las condiciones establecidas en dicha norma, reúnen ventajas científicas, terapéuticas, técnicas o económicas. Dichas autorizaciones y sus reinscripciones tendrán vigencia por el término de 5 años, a contar de la fecha del certificado autorizante”. La norma crea el Instituto de Farmacología y de Normalización de Drogas y Medicamentos y otorga a los inspectores la facultad de “penetrar en los locales, habilitados o no, donde se ejerzan actividades comprendidas en la ley” (art. 16), “para lo cual los jueces acordarán órdenes de allanamiento en forma inmediata” (art. 17).

La perversión del funcionamiento de este sistema estatizado pudo comprobarse hace pocas semanas con el lamentable saldo de varias muertes por el consumo de un producto realizado a base de “propóleos”. La realidad es que el Estado ha tomado en sus manos un control que no realiza, y lo perverso del asunto es que eso crea una falsa sensación de “seguridad” en la gente, que cree honestamente que esos controles se realizan, cuando lo cierto es que las mismas autoridades del área manifiestan que no están en condiciones de hacerlo.

De allí que solicitar, como hacen muchos luego de este escándalo, que se implementen los controles necesarios es volver a dejar un tema de semejante importancia en manos de quien lo ha abandonado. Se dice que es necesario otorgar presupuesto y el personal necesario, pero ya lo hubo en su oportunidad y, de hecho, el sistema político ha probado que ha tenido otras prioridades y ha preferido asignar dinero a empresas estatales, a partidos políticos, a empleados públicos, y no a esta tarea. No obstante, no hay ninguna razón que garantice que la recientemente creada Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) realizará un control mejor que las administraciones anteriores. Lo único que puede garantizar un control más eficiente a los consumidores es la competencia en materia de supervisión. El mercado brinda varias alternativas al respecto:

- Una de ellas son las marcas. Los laboratorios saben cuánto cuesta adquirir prestigio, un nombre y una reputación y cuán importante es esto para una política de ventas. Como el caso del propóleos demuestra un error de ese tipo, bien significa el fin de una empresa, ya que la demanda de sus productos cae casi totalmente, y volver a construir la confianza de los consumidores puede requerir un esfuerzo imposible de realizar.

- Otra son las asociaciones de consumidores, que podrían realizar controles independientes por su cuenta e informar a la gente acerca de las propiedades de cada producto.

- Los aseguradores de los laboratorios estarían también preocupados por el asunto, ya que no les convendría tener que enfrentar una andanada de juicios por incumplimiento del contrato de entregar un remedio con ciertas características. Asimismo los banqueros que otorgaran créditos a los laboratorios, ya que un suceso así determinaría la incobrabilidad. Lo mismo los accionistas de las empresas.

- Por último, los consumidores, sin la falsa confianza de que el Estado controla, tendrían un gran incentivo para adquirir información sobre los productos farmacéuticos que consumen, y como es costoso en tiempo y esfuerzo conocer

todos los remedios y sus características, seguramente contratarían un agente que los asesorara en este tema: un médico.

- En definitiva, si los consumidores desean una garantía suplementaria a la marca, el mercado responderá a través del aval de academias, asociaciones de médicos y laboratorios o cualquier otra entidad que garantice la calidad cobrándoles el servicio correspondiente a los oferentes, que se ven obligados a adherir debido a la demanda de sus clientes. Al ser éste un proceso abierto, si se sospecha algún grado de corrupción se cambia la garantía (no como sucede cuando los burócratas se arrojan el monopolio de la calidad y el control).

En relación con estos temas, el Poder Ejecutivo ha emitido el decreto 150/92, el cual declara obligatorio el uso de nombres genéricos. Este tema ha generado una ardua polémica, ya que la obligación de recetar productos genéricos impediría al consumidor una clara elección basada en la marca, sabiendo que no existen dos remedios iguales por más que tengan el mismo componente activo, ya que implican diferencias el envase, el vehículo, los agentes correctores del sabor y colorantes, las dosis, la solubilidad, el empaquetado y, por último y más importante, la confianza en el fabricante. La obligación de recetar genéricos interfiere en el mercado de “agentes” antes mencionado para obtener ese servicio de consulta y traslada la función del médico a quien atiende la farmacia, ya que ante el normal desconocimiento del consumidor será éste quien lo oriente sobre los distintos productos. Mientras que quien realmente conoce la condición del paciente es el médico.

En la actualidad nada impide que se receten genéricos si es que el paciente lo prefiere y así lo solicita a su médico. Establecerlo en forma obligatoria es una intromisión injustificada en una relación particular paciente-médico cuyas características deben quedar sujetas a las partes.

Un caso notorio de control estatal en la Argentina fue el de la crotoxina. Al margen de sus cualidades curativas, negar su consumo, sobre todo a quienes no tenían otra alternativa que esperar la muerte, ha sido claramente un abuso. Afortunadamente, en muchos casos, contrarrestado por fallos judiciales favorables ante recursos de amparo y por la posibilidad de preparación de este remedio a través de recetas magistrales. Y si el día de mañana se probara que la crotoxina realmente servía para curar el cáncer, o que generaba una reacción psicosomática que creaba condiciones para que otras drogas lo hicieran, nadie responderá por todos los muertos de cáncer que hubo durante todo este tiempo. Resulta criminal dejar morir a personas simplemente porque a un funcionario le parece que un remedio no tiene los efectos que él considera convenientes.

En la Argentina las primeras “boticas” fueron instaladas por los jesuitas y dependían de los Protomedicatos, del de Lima primero y de los de Buenos Aires y Córdoba después. Con la expulsión de los jesuitas éstas pasan a manos de los bethlemitas y una de ellas a manos de Ángel Castelli, aunque ya en 1770 el boticario don Ángel Pica solicitó permiso al Cabildo de Buenos Aires para instalar una. Después de la de Pica vinieron la de Silvio Marull y Antonio Giménez (1777) y Diego Muñoz (1778).

En ese entonces, las boticas recetaban remedios que no eran controlados. Muchos de ellos no serían aceptados hoy por los consumidores: la untura blanca preparada sobre la base de leche de trementina, las ventosas, las cataplasmas de harina de lino, el papel de estraza, el aceite de castor y de hígado de bacalao y para los bebés cosas tales como las harinas malteadas, el “racahut” y la “fosfatina”, etcétera.

Probablemente ninguno de esos “remedios” podría superar hoy una aprobación; sin embargo, en su momento curaron o parecía que lo hacían. De hecho, sino hubiera existido la libertad de investigar y probar nuevos procesos y sustancias sin prohibiciones nunca habríamos llegado a tener los productos farmacéuticos con que contamos actualmente.

Existe un simpático ejemplo de cómo funcionaba un mercado libre de control de calidad de medicamentos en la Argentina. Se trata de la leche para los bebés. Cuando a fines del siglo pasado no existía todavía la posibilidad de implementar la “pasteurización” de la leche vacuna y esto creaba numerosos riesgos de transmisión de enfermedades al alimentar a los bebés con leche de vaca, y cuando tampoco existían las leches en polvo, las madres que no podían alimentar directamente a sus hijos se veían en una situación comprometida.

Con lo cual surgió una institución en el mercado, las nodrizas, o amas de leche, las que prestaron un servicio de fundamental importancia en ese momento. Hoy nos parece algo atávico, pero lo cierto es que muchos niños deben haber gozado de buena salud gracias a la función que cumplían estas nodrizas.

“Al optar por la leche de otra mujer -sólo admitido por los médicos ante casos extremos- se presentaba una serie de inconvenientes, como el de comprobar su estado de salud para que no contagiara al niño de los males más frecuentes entonces: la avariosis -o sífilis- y la tuberculosis.”

“De las diferentes normas a tener en cuenta en el momento de contratar una nodriza, habla el siguiente párrafo:

“Aunque las nodrizas casadas ofrecen más garantías de orden, de conducta y de tranquilidad de espíritu, deben no obstante preferirse las solteras madres,

sobre las que puede ejercerse una vigilancia más completa y no hay que temer las exigencias de un marido que frecuentemente viene a explotar a la familia’.” (Correa, 1991, p. 69.)

Y si se piensa que las nodrizas eran explotadas, la misma autora cita a Ortiz Herrera comentando que “son generalmente exigentes, de un carácter indomable y, precavidas de la necesidad de sus servicios, explotan la ternura de los padres. Y si éstos se rehusan a satisfacer hasta sus caprichos más ridículos, son siempre los desgraciados niños las víctimas de su despecho y su maldad”.

El mercado funcionaba de la siguiente manera: “En la sección avisos de los periódicos de fin de siglo solía leerse: ‘Se busca ama de leche’. En tanto, las publicaciones recomendaban a las nodrizas el consumo de cerveza, malta y otras yerbas para aumentar la producción y consistencia de la leche”.

Correa cita las recomendaciones dadas por Gregorio Aráoz Alfaro en El libro de las madres, Buenos Aires, 1899, donde aconsejaba respecto de la selección de una nodriza:

“Lo mejor sería una mujer que hubiera tenido y criado dos o tres hijos pero que se iniciara como nodriza mercenaria. Para un niño recién nacido, de uno o dos meses, es difícil encontrar una nodriza cuyo hijo tenga igual edad”.

“Se cree por muchos que las morenas son mejores nodrizas que las rubias, no hay nada positivo en esto. No es cuestión de color. Tampoco es preciso que la nodriza sea gorda, es mejor que no lo sea porque la gordura pronunciada no es sinónimo de salud. Es bueno fijarse en el estado de limpieza y en la existencia de transpiración de mal olor. Deberá rechazarse toda mujer con glándulas hinchadas, con cicatrices en la piel, con supuraciones, con fatiga y tos, jorobada o coja.”

“Los pechos muy grandes, muy gordos y blandos no convienen en general, como tampoco los muy pequeños. Senos en forma de pera, bastante duros, con poca grasa, surcados de venas azules, son los mejores.”

Además de estas recomendaciones hubo otras propuestas para incentivar la buena calidad de la alimentación infantil.

Comenta Correa que “en 1907 y 1908 se realizan dos ‘Concursos de lactantes’, auspiciados por la Liga contra la Tuberculosis”.

“Defendiendo esta modalidad, el fundador de dicha institución, Emilio Coni, señalará en su discurso de entrega de premios: ‘A menudo llevamos a cabo grandes exposiciones rurales donde se adjudican premios a los hacendados que ponen todo su empeño en mejorar las razas de caballos, lanar o vacuna, por qué entonces no se habrían de llevar a cabo concursos de niños para mejorar la raza humana’.”

“Según su criterio, la importancia que entrañan estos concursos de ‘robustez y asiduidad’ se debe a que ‘se trata de una escuela práctica para las madres proletarias, que favorece por medio de premios y recompensas los factores de estímulo, incrementando el amamantamiento materno’.”

“El primer premio consistía en dinero en efectivo para aquel bebé de cachetes más rozagantes y para aquella madre más entregada a su deber.”

5.4. El derecho constitucional a la salud

Como punto culminante de la participación del Estado en el campo de la salud se ha implementado últimamente una garantía constitucional, el “derecho a la salud”, introducida en las constituciones provinciales de Catamarca, Córdoba, Jujuy, La Rioja, Salta, San Juan, San Luis, Río Negro y Santiago del Estero.

Esto pone en evidencia que no se ha entendido qué es un derecho. Todo derecho tiene como contrapartida una obligación. Si los que escribimos este trabajo percibimos 500 pesos de sueldo, el resto de las personas tiene la obligación de respetarnos esos emolumentos. Pero si decimos que tenemos “derecho” a ganar 5.000 y nos otorgan ese “derecho” quiere decir que el resto de las personas tendría la obligación de entregarnos esos 5.000, con lo cual se están lesionando sus derechos. Por eso, en último caso, se trata de seudoderechos.(34)

En el caso de Salta, por ejemplo, dentro de su capítulo dogmático, establece en su artículo 40:

“La salud es un derecho inherente a la vida y su preservación es un deber de cada persona. Es un bien social. Compete al Estado el cuidado de la salud física, mental y social de las personas, y asegurar a todos la igualdad de prestaciones ante idénticas necesidades”.

Tampoco aquí se define lo que se considera un “bien social” pero es interesante tener en cuenta lo que se considera como salud, tal lo expresado por el miembro informante de la convención Constituyente de Salta en ocasión del tratamiento de ese artículo: “Atendiendo fundamentalmente a la importancia que tiene el tema de la salud en la nueva Constitución de nuestra provincia, y considerando lo que contemplan al respecto constituciones de otras provincias, y otros países, aunque se hace muy difícil encontrar una definición que conceptualice en forma acabada lo que es la salud, puede resumirse la multiplicidad de aspectos que hacen a dicho concepto, sosteniendo, como la Organización Mundial de la Salud, que ella es el completo estado de bienestar físico, espiritual y social (cursivas en el original) “. (35)

Entonces, el Estado debería garantizar a todos los ciudadanos el completo estado de bienestar físico, espiritual y social en igualdad de condiciones. En otras palabras, el nirvana, el paraíso en la Tierra. Pero cualquiera puede determinar claramente, sin hacer mayor investigación, que el Estado es totalmente incapaz de lograr eso y más bien se halla cerca de conseguir todo lo contrario.

Este “nirvana” es aun garantizado no ya en un informe sino en el mismo texto de la Constitución en el caso de Córdoba. El artículo 59 del nuevo texto legal establece que:

“La salud es un bien natural y social que genera en los habitantes de la provincia el derecho al más complejo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social”.

“El gobierno de la provincia garantiza este derecho mediante acciones y prestaciones promoviendo la participación del individuo y de la comunidad. Establece, regula y fiscaliza el sistema de salud, integra todos los recursos y concierta la política sanitaria con el gobierno federal, gobiernos provinciales, municipios e instituciones sociales públicas y privadas.”

Es decir, el gobierno “garantiza” en este caso el nirvana absoluto. Es de esperar que la actual situación de esa provincia sea lo que los constituyentes consideran como el “más complejo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social”.

En realidad, el derecho a la salud no es tal. No puede existir un derecho para cuya realización sea necesario violar el derecho de otras personas. El Estado, para poder garantizar ciertas prestaciones a ciertas personas, debe necesariamente extraer recursos al resto, con lo cual viola sus derechos sobre el fruto de su trabajo, esto es, la propiedad privada.

No es extraño que sea ésta una obvia mención demagógica sin ningún tipo de posibilidad de aplicación práctica, ya que se trata de unseudoderecho inexistente. El derecho que sí existe es el derecho a la vida y el de utilizar todos los recursos que una persona posea (trabajo, bienes o capacidad intelectual), con libertad para conseguir la atención a la salud que estime más conveniente.

El derecho constitucional a la salud es otra gran diferencia entre el Estado y el mercado: el primero promete el cielo y entrega el infierno; el segundo no promete nada más que lo que cada uno sea capaz de obtener. Puede que esto sea duro, pero es real y además ha demostrado su notable superioridad sobre las promesas y realidades estatales.

6. El libre mercado de la atención a la salud

Un mercado libre de atención a la salud no es difícil de imaginar ni de implementar. Los aspectos salientes pueden resumirse de la siguiente manera:

- Se trataría básicamente de la vigencia del derecho a elegir el tipo de atención que considere más conveniente cada individuo. Esto podría adquirir diversas formas:

- la continuación de las obras sociales sin carácter monopólico;

- la extensión de las entidades de medicina prepara a sectores más amplios de la población;

- la revitalización de las entidades mutuales, herederas de las originales asociaciones de socorros mutuos;

- la vigencia también del “auto-seguro”, esto es, de aquellas personas no afiliadas a ningún tipo de organización que deciden tomar el riesgo en sus manos y afrontar los gastos en la medida en que se presenten. Esta alternativa no sólo puede pensarse para las personas de altos ingresos, sino que puede ser interesante para gente joven que eventualmente considera inútil pagar cuotas de un seguro en una edad en que no se utiliza. Por otro lado, es cierto también que comenzando a cotizar a edad temprana seguramente se obtendría una menor prima de seguro para todo el período. (En todo caso, se trata de una ecuación costo-beneficio que tiene una solución privativa de cada individuo.)

- El sistema de mercado, entonces, presentaría una oferta muy diversa, adaptándose a las distintas necesidades de cada individuo o familia. Podría haber, como hay ahora en el campo de los prepagos, planes con cobertura completa, y dentro de éstos, con listas cerradas o abiertas de profesionales médicos e instituciones, o distintos mecanismos de co-pago. También, y existen ofertas en ese sentido, seguros que cubren solamente los grandes riesgos de atención a la salud (internaciones, operaciones), quedando a cargo del asegurado los gastos comunes de visitas médicas por molestias menores, remedios, etcétera.

- Estos sistemas, en realidad, son los que pondrían en funcionamiento los mecanismos para la contención de costos, ya que las empresas que ofrecieran programas que fomentan la sobredemanda verían incrementar sus costos y, en consecuencia, reducir sus ganancias o aumentar sus precios y perder parte del mercado.

- Los beneficios de la competencia se presentarían de la siguiente manera:

- a) la competencia fuerza a los oferentes a minimizar sus costos, liberando entonces recursos que pueden ser utilizados para otros destinos;

- b) la competencia incentiva a los oferentes a buscar en forma continua nuevos métodos de organización, comercialización y producción para satisfacer mejor las necesidades de los contribuyentes;
- c) la competencia reduce las posibilidades de que los oferentes establezcan precios muy elevados en relación con los costos.

Otras características del mercado inalterado en el rubro salud serían las siguientes:

- La existencia de reaseguros permitiría a aseguradores u obras sociales pequeñas operar sin verse enfrentados a grandes riesgos.
- Como este sistema se basa solamente en la elección voluntaria, no se incurriría en los costos necesarios para montar todo un sistema de control para que la gente tenga coberturas obligatorias.
- En el campo de la denominada “salud pública” se crearían incentivos positivos y negativos para la vacunación y para evitar el contagio de enfermedades, como ya se explicara en la sección respectiva.
- Distintas instituciones de mercado controlarían la calidad de los medicamentos y de los profesionales médicos e instituciones (asociaciones de consumidores, aseguradores, institutos de certificación de calidad, colegios de profesionales, cámaras de laboratorios, banqueros, accionistas, etcétera).

Y si bien casi todos estos puntos han sido considerados antes con mayor detalle y antecedentes, quedan dos que por su importancia conviene tratar con cierta extensión.

Se trata del aporte compulsivo y de la situación de aquellas personas con bajos ingresos que, por ende, tendrán serias dificultades para adquirir servicios de salud a los precios de mercado.

6.1. El aporte compulsivo

Todas las propuestas de reforma del sistema de atención a la salud, y particularmente las que se centran en el sistema de obras sociales, dan por sentada la necesidad de la obligatoriedad de los aportes. Las justificaciones de semejante medida son varias.

Giordano y Torres (1992, p.18) estiman: “La libertad de afiliación, sin un mecanismo que compense los diferenciales de aporte, rápidamente conduciría a una profundización de la segmentación del sistema, marginando aun sector importante de la población del acceso a la atención médica, ya que el Estado no

está en condiciones de financiar su cobertura. Estas consecuencias, naturalmente, quitan viabilidad a propuestas de esta naturaleza”.

Los autores no explican por qué aumentaría esa segmentación y cómo la obligatoriedad del aporte les garantiza el acceso a una cobertura, pues obligatoriedad y accesibilidad no son cosas que necesariamente estén relacionadas; también hay accesibilidad con aportes voluntarios. Lo que llaman segmentación es lo que permite a los pobres gozar en el futuro de los adelantos que hicieron posibles los ricos pagando mucho más caro su uso. Es decir, la tomografía computada, como los videos u otros productos, puede ser probada y desarrollada porque al principio existe gente con recursos suficientes para hacer frente a su elevado costo. Luego se generaliza y se abarata, y llega a todos los detrás. Pero si los primeros no hubieran pagado eso nunca llegarían a desarrollarse.

En realidad, subyace detrás de esta opinión la sensación de que a los autores les interesa la “obligatoriedad” para conseguir el “acceso” al sistema que ellos estiman conveniente para otros, pero no necesariamente el que éstos elegirían si fueran libres de hacerlo. En su propuesta, la obligatoriedad del aporte y la elección de ofertante se aceren a lo que intentara la ley 22.269 de 1980. En los fundamentos de esta ley se decía:

“El carácter obligatorio de la inclusión en el sistema previsto en la ley proyectada encuentra su fundamento no sólo en el principio de la solidaridad social, sino también en la circunstancia de que se trata en el caso de la prestación de un servicio esencial, como es el atinente a la salud. Por otra parte, mediante el sistema proyectado se cumple una función educativa, creándose conciencia de la necesidad de la preservación de la salud”.

Entonces, la justificación es el carácter “esencial” de este servicio. Ahora bien, si es tan esencial y no se considera que la gente en general no es infradotada, no resulta claro por qué debe hacerse obligatorio.

Pongámoslo en otra forma, reemplacemos la palabra salud por algo que es tanto o más importante que ella para la vida como la alimentación y pensemos en la lógica de dictar una forma que obligue a la gente a comer. Pues en este sentido también hay gente que no tiene “cobertura”.

Desde la mejor perspectiva que pueda buscarse, es ésta una medida inocua, ya que es una necesidad tan esencial que la gente se ocuparía en conseguir ese servicio de la misma forma que se ocupa de conseguir su alimento. Lo que sucede es que es probable que elijan un servicio que no es exactamente el que el funcionario tiene in mente. Tal vez el autoseguro, es decir, lo que para el

funcionario sería la “no cobertura”. Solamente el interesado debe juzgar acerca de lo que más le conviene.

Puede ocurrir que una persona sin recursos decida que los pocos que tiene será mejor dedicarlos a su alimentación, vestimenta o vivienda que, en determinado momento, pueden ser necesidades más imperiosas. Sin embargo, el Estado decide quitarle coercitivamente parte del fruto de su trabajo para destinarlo a lo que el individuo adquiriría de todas maneras. Con una clara cosmovisión paternalista suele argumentarse que si se deja en libertad a ciertas personas es altamente probable que empleen su dinero en gastos superfluos y no en el cuidado de su salud ni en la previsión de situaciones inciertas.

No obstante, debemos inferir que si una persona actúa de determinada manera es porque piensa que como resultado de esa acción se encontrará en una situación mejor que la anterior. En un contexto de escasez de recursos y valoraciones subjetivas no podemos saber a priori qué es lo que le conviene más a tal o cual individuo.

De todas maneras, la gente se preocupa más por su salud de lo que los planificadores piensan. Así lo comprobaron los colonizadores que llegaron a estas tierras y descubrieron avanzados conocimientos de medicina entre los aborígenes. Si ellos se ocupaban de este “servicio” en los siglos XVII o XVIII, no resulta claro por qué no lo harían los argentinos a las puertas del siglo XXI.

En realidad la situación es la inversa; en la medida en que exista un aparato estatal disponible para atender la salud de quienes no se ocupan de ella, siempre va a haber quien no lo haga sabiendo que existe esa protección.

De la misma manera, es mucho más importante que tener una cobertura de salud llevar una vida sana. En la Escuela de Salud Pública de la UCLA, su decano, Lester Breslow, realizó investigaciones sobre la salud de las personas y encontró que a los 75 años, aquellos que habían seguido ciertas normas elementales tenían la misma situación que personas de 40 años, y que estas actitudes no se relacionaban con su situación económica o social (entre ellas la de no fumar, no beber en exceso, mantener el peso, ejercitarse y otras).

Se menciona también el carácter solidario de la obligatoriedad. Esto significa que al obligar a ingresar a todos bajo un mismo esquema y basar los aportes a éste en el poder adquisitivo de cada persona, se transfieren recursos de los más ricos a los más pobres. Se trata, entonces, no de un sistema de salud sino de un esquema impositivo de redistribución de ingresos que yerra además en el nombre elegido, ya que “solidaridad” y “obligación” son términos contradictorios.

6.2. La preocupación por los pobres

En una sociedad libre la preocupación por los demás no sólo está presente sino que adquiere su verdadero contenido ético y moral, por traducirse en contribuciones voluntarias que ciertos individuos realizan en favor de otros que se encuentran en dificultades para conseguir satisfacer ciertas necesidades básicas de la vida.

Esto se conoce con el nombre de beneficencia o caridad. La Argentina tiene una rica historia en esta materia, si bien no siempre puede ser considerado como beneficencia lo que se ha intentado realizar.

6.2.1. “Beneficencia compulsiva”

En nuestra historia se encuentra desde muy temprano una suerte de “beneficencia compulsiva” que se originara en épocas coloniales, y se trata de la creación por parte del Estado, y con fondos fiscales, de instituciones de “caridad”. Esto no debería considerarse como beneficencia, ya que se trataba de fondos obtenidos compulsivamente y no entregados en forma voluntaria; en términos modernos vendría a ser como dejar en manos de ciertos individuos, o “concesionar”, la atención a los más necesitados.

La primera institución de este tipo que se registra es la Casa de Niñas Huérfanas, creada a fines del siglo XVII, a la que siguió después la Casa de Niños Expósitos, creada por el virrey Vértiz el 7 de agosto de 1779.

Una vez declarada la independencia, y sin que faltara un claro contenido político en el intento de obtener el control de estas instituciones, o por lo menos de quitarlo de quienes lo tenían, Rivadavia crea la Sociedad de Beneficencia, que por más de 120 años realizó una destacada labor. Esta nueva institución se hace cargo, por decreto del 2 de enero de 1823, de la Casa de Expósitos y del Colegio de Huérfanas, y se entrega su dirección a un grupo de destacadas mujeres patriotas, con dos objetivos claros, además del manejo de las instituciones mencionadas: el de dirigir e inspeccionar las escuelas de niñas. Carlos Correa Luna muestra que hubo una motivación política en la medida, como lo muestra la misma historia de la Sociedad:

“Pocos meses atrás, en marzo, ante la denuncia de haberse cometido una defraudación en el convento de Santa Catalina, y basado en que los ‘establecimientos de piedad deben siempre afianzar al pueblo que los adopta una garantía de que no le serán onerosos’, sometió a una severa fiscalización oficial el régimen de la casa; y en julio, tras de suprimir el hospital del mismo nombre,

trasladando los enfermos al llamado de la Residencia, acometió contra el núcleo del sistema aboliendo la famosa Hermandad de Caridad, fundada en 1727 por el seráfico varón Juan Guillermo Gutiérrez González”.

“Los principios tan contrarios a la perfección social que han regido a los gobiernos que precedieron al establecimiento del sistema representativo -dijo en el último decreto-, las malversaciones y bancarrotas en que frecuentemente incidía la imperfecta administración de hacienda, y la fuerza tantas veces fatal de imitación de las comunidades de regulares, son las causas que más contribuyeron a dar origen a la hermandad llamada de la Caridad, y a confiar a la administración de ella una masa de bienes de la propiedad pública, que ha aumentado la piedad y la beneficencia de algunos ciudadanos, para proveer objetos de tanta importancia al servicio público como un hospital de mujeres, un colegio de huérfanas y otros accesorios [...]. Sin embargo -continuaba más adelante-, deseoso de no malograr con ofensas inútiles la bondad de la medida, el gobierno ha tenido la satisfacción de hallar dichos establecimientos en mejor estado del que podía esperarse. Mas los principios que rigen en el día, las ideas y las costumbres que hacen suceder a las que antes han dominado y sostenido instituciones que ya no tienen base ni objeto, no permiten continuar una confianza que sobre no estar en armonía con la organización que ha empezado a recibir el país, obliga a un empeño que el aumento de la población hace cada día más grande [...].” (36)

La Sociedad, además de las tareas mencionadas, establece los premios a la moral, a la industria y a la aplicación. Entre las socias se realizó una suscripción de fondos para añadir a los premios del gobierno “uno o dos más destinados a pobres viudas o madres de familia [...] y habiéndose juntado nueve onzas de oro, se acordó hacer tres premios de a tres onzas cada uno [...]” (p. 81). El premio fue entregado por primera vez a “Doña Martina Viera, en quien hallaban reunidas las virtudes de esposa y de madre con la mayor perfección; que esto, el hallarse en la mayor indigencia, y el pertenecer a una de las clases medianas de la sociedad, a quienes el celo del gobierno deseaba estimular a las buenas costumbres, y elevarla premiando las virtudes de su sexo, había enteramente decidido a la comisión para proponerla” (p. 83).

La Sociedad continuó sus actividades durante esos años y luego de Caseros fue restablecida y comenzó a ampliar sus actividades, sumando ahora el manejo del Hospital de Mujeres, el Hospital de Dementes y el Fondo de Pobres, un subsidio a los pobres creado por las administradoras de la Sociedad con fondos obtenidos de colectas privadas. A fines de 1855 establece una casa correccional de mujeres. El 7 de febrero de 1873 abre el Asilo de la Pobreza y el Trabajo que estaba destinado a

“la instrucción y mejora de las huérfanas indigentes de más de doce años, y de las adultas condenadas por el juez correccional”.

“Para establecerlo -decían las damas de la comisión fundadora, señoras De Sacriste, Elortondo, Lavalle y Castro- apelamos al auxilio del público, recolectando donativos en la ciudad y en varios pueblos de campaña, levantando suscripciones, organizando rifas, y consiguiendo así algunos fondos aumentados por el producto de una función teatral. Todo ello dio muy cerca de 450.000 pesos moneda corriente, de los cuales 230.000 se invirtieron en refaccionar una casa alquilada en Almagro, y en adquirir -agregan las señoras- sesenta camas completas, cincuenta y tres mesas de noche, cuatro grandes mesas de comedor, ocho bancos, sillas, ropas, calzado, loza, cubiertos, lámparas de kerosene, cocina económica, y batería suficiente para ciento cincuenta personas, máquinas de lavar, de coser y otros objetos.” (Correa Luna, 1923, p. 205.)

En 1875 establecen el Hospital de Niños, luego una escuela para ciegos en el Asilo de Huérfanos y gracias a las donaciones de Videla Dorna y Drysdale, se inaugura el Hospital de Mujeres, llamado Hospital Rivadavia. En 1888 organizan el primer curso para recaudar fondos para el Hospital de Niños.

Con el crecimiento del país y el aumento de la riqueza, la Sociedad comienza a incrementar sus actividades basándose en las donaciones voluntarias de los ciudadanos. Se hace tangible el correlato entre libertad, progreso y caridad. El marco desregulado que vivía el país permitía el florecimiento de actividades productivas, lo cual a su turno originaba donaciones privadas de enorme importancia. Algunos ejemplos que Correa Luna cita en su libro conviene recordarlos.

- Contemporáneamente, para aliviar los males de las inundaciones del Uruguay y de San Juan, lo mismo que para socorrer a los inmigrantes sin recursos, o a las familias arruinadas en la catástrofe ferroviaria de Bancalari, o a los infelices indios de la Tierra del Fuego, la Sociedad desarrolló, con ayuda de la prensa, ingeniosas campañas filantrópicas que produjeron inmejorables resultados (p. 220).

- Comenta Correa Luna (op. cit., p. 222) : “Fue el primero, para la cura de pequeños convalecientes, el famoso sanatorio Marítimo de Mar del Plata, que planeado en enero de 1893 por los doctores Antonio Arraga, del Hospital de Niños, y su colega Juan M. Bosch, de la Casa de Expósitos, llegó a inaugurarse el 14 de septiembre con 49 asilados, siendo lo más original de su primitiva historia, que ni los 18.000 pesos de la adquisición del edificio, ni los muchos más empleados en agrandararlo y mantenerlo, salieron del peculio oficial, sino, íntegramente, de cuantiosos donativos particulares hechos a la institución con tal objeto. En 1896,

en 1901 y en 1904, gracias a la generosidad de los señores Roverano, Ernesto Tornquist y señora Ana K. de Fahy, no sólo aumentó considerablemente la extensión territorial del sanatorio, sino su superficie cubierta, hasta superar el cuádruplo, cuando menos, de la antigua capacidad. Por último, el transporte de enfermos, gratuitamente efectuado entre Buenos Aires y el balneario, por la empresa Ferro-Carril del Sud, contribuye no poco, desde hace treinta años, al feliz funcionamiento de este Asilo, verdadero lugar de salvación para la infancia desamparada y enfermiza”.

En 1891 la Sociedad inicia los consultorios externos en el Hospital Rivadavia con servicios de maternidad, ginecología, cirugía general, clínica médica, piel y sífilis, oftalmología, otorrinolaringología, odontología y vacunas. El sistema es extendido a los demás hospitales.

- En 1904, un grupo de admiradores del malogrado doctor Francisco Ayerza enriquecía el Hospital con el pabellón de su nombre. Teníase ya, también recientemente edificado, un pabellón para diftéricos; y en breve, con el legado de la señora Isabel Millán y las donaciones de la señora Hortensia Aguirre de Leloir y del señor y señora de Balcarce, levantáronse dos más, uno para enfermos de tiña y otro para escarlatinosos (p. 247).

- En 1907, gracias al noble desprendimiento de la señorita Victoria Aguirre y a la ayuda del Jockey Club, consiguióse levantar en la Casa de Expósitos el grandioso pabellón “Carlos Pellegrini” con capacidad de 96 cunas y 48 camas. Poco antes, los herederos de las señoras Juana Areco de Viera y Eloísa Frías de Martínez de Hoz dotaron de modernas incubadoras a la casa (p. 254).

- Dos meses después, por donación de los hermanos Manuel J., Héctor, César, Luis y Clara Cobo de Anchorena, la Sociedad inauguraba en el Hospital Rivadavia el magnífico pabellón que lleva el nombre de aquella familia (p. 255).

- “Finalmente, el pabellón Concepción Orgeira de San Martín, antes de terminar ese año [1908], aumentaba con 65 camas la capacidad del Hospital de Niños; y, sin contar otras conquistas menores, con donativos de las señoras Dolores Pizarro de Olivera, Isabel Eguren Guerrico y Laura Atucha de los Santos, y señores Alejandro y Ricardo Cernadas, se daba comienzo a la construcción de los denominados ‘Mercedes de Lasala y Riglos’ y ‘Estanislada Cossio de Gutiérrez’.” (P. 256.)

- “Al altruismo de don Federico Garrigós, de don Juan Ravenna, de don Enrique Martínez y de su esposa, doña Josefa Sáez, debe el establecimiento sus primeras y notables instalaciones [Hospital Nacional de Alienadas en General Rodríguez]. Más tarde, en 1921, la señorita Victoria Aguirre, ejemplar benefactora de

necesitados, dotó al Hospital López y Planes de la única Maternidad para tuberculosas existente en el país.” (P. 262.)

- En 1916, gracias al desprendimiento del ingeniero don Rómulo Otamendi, se logra instalar en pleno campo, en el hermoso “Asilo Estela Matilde Otamendi”, situado en el pueblo de San Fernando, alrededor de 200 niñas de 3 a 7 años de edad, facilitándose con ello, y en inmejorables condiciones, la ardua cuestión de alojar en viviendas higiénicas, y fuera del radio urbano, a los pequeños expósitos, después del período de la crianza (p. 273).

- “[...] la señora María Unzué de Alvear donó, en la provincia de Buenos Aires, cerca de la Estación Don Torcuato, 716 hectáreas de magníficas tierras, y la suma de 500.000 pesos para las construcciones indispensables en una colonia agrícola-modelo- “ (P. 275).

- “Al año siguiente, un nuevo legado, esta vez de la señora de Stewart, permite inaugurar en el Asilo General Martín Rodríguez, el pabellón María Pérez de Arroyo.” (P. 276.)

- “Con el legado de doña Cornelia Pizarro, cuya liquidación excedió de 580.000 pesos, fue erigido el ‘Instituto José María Pizarro y Monje’ para la enseñanza y adiestramiento de 250 niños huérfanos [...]” (P. 281.)

Estas experiencias (algunas citadas textualmente) no agotan la invalorable tarea de la entidad pero resultan ilustrativas para esclarecer el rol de la caridad privada en una economía de mercado.

La Sociedad de Beneficencia, si bien había tenido un origen mandatorio, en forma creciente se había desarrollado como una entidad de alto contenido propiamente benéfico. El libre mercado creaba prosperidad y ésta hacía posible la caridad. En 1948 todos sus activos pasaron a manos del Estado y luego de la Fundación Eva Perón.

No obstante, la Sociedad de Beneficencia no era un ejemplo puro de beneficencia privada, y al ser creada por el Estado y siendo parcialmente financiada por éste, todas sus buenas obras de auténtica caridad antes mencionadas quedaban sujetas a la voluntad política.

Cuentan Nicholas Fraser y Marisa Navarro en su obra *Eva Perón*(37) que las directoras de la Sociedad Eva Perón tuvieron una reunión.

“Fue entonces cuando les dijo que la política del gobierno consistía en reemplazar la caridad por la justicia social: ‘Ha llegado la hora de la justicia social’. La Sociedad pasó a manos del Estado porque se la consideraba anacrónica, y sólo dos años más tarde empezó Evita a pensar en sus propias obras sociales.”

Éstas serían canalizadas por la Fundación Eva Perón. Comentan Fraser y Navarro (p. 196):

“En mayo de 1948, según informó el periódico Democracia, recibía 12.000 cartas diarias recabando su ayuda; ya contaba con fondos para atender algunas de estas peticiones, porque el ministro de Finanzas le había aumentado el número de asignaciones concretas, mediante la creación de un fondo especial para ella procedente de los superávits acumulados de diversos ministerios, pero para la distribución de sus lotes sólo contaba con Renzy y su camión de reparto. El 8 de julio de 1948 se creó la Fundación María Eva Duarte de Perón con todos los requisitos legales, avalados con la firma de Perón y del ministro de Justicia. Se le asignó una suma nominal de capital efectivo mediante un cheque de 10.000 pesos librado por Evita para su propia Fundación. Dos años más tarde, cuando ya estaba en pleno funcionamiento la ‘Fundación para la Asistencia Social’, la misma Evita cambió la primera denominación por la de ‘Fundación Eva Perón’, como se la llamaría después, incluso tras su muerte”.

La constitución de la Fundación, sus estatutos y los fondos que se le asignaban generaron una fuerte polémica. En 1950, por medio de la ley 13.992, se le transfieren los fondos que estuvieran acumulados en el Instituto de Remuneraciones creado por decreto 30.302/45. Decía el artículo 9 que “las sumas ingresadas en virtud de lo dispuesto en los artículos precedentes pasarán definitivamente a formar parte del patrimonio de la ‘Fundación Eva Perón’ “, la que tenía por el artículo 1 la autorización “para que sobre la base de los planes que la misma apruebe, efectúe directamente las inversiones, adquisiciones, construcciones, etc., que sean necesarias para el cumplimiento de las funciones que se le encomiendan por este artículo”. El artículo lo decía que “cuando la ‘Fundación Eva Peron’ considere que puede torrar a su cargo la administración y sostenimiento de algún establecimiento u obra destinada a fines de asistencia social construido y/o habilitado por el Estado, lo hará saber así al organismo pertinente, el que queda autorizado para convenir directamente con aquella institución las condiciones de cesión a título gratuito, del uso del bien o bienes correspondientes”. Y el artículo 11 facultaba “a los organismos del Estado para que con intervención del ministro del ramo, contribuyan directamente en efectivo o en especie o tomen a su cargo la habilitación y/o sostenimiento total o parcial de los establecimientos asistenciales de la ‘Fundación Eva Perón’, quedando ratificada asimismo cualquier contribución o prestación de servicio que se hubiera efectuado con iguales propósitos”.

El debate de esta ley causó polémica. Decía el diputado radical Mercader el 27 de noviembre de 1950: “Hay un aspecto fundamental que tengo que abordar en mi exposición: ¿qué funciones y qué fondos van a transferirse a la institución beneficiaria de esta ley para que las realice y los utilice a discreción y de dónde proceden?”

“Algunos señores diputados me acotaban hace un instante que no todos los fondos del Instituto van a ser transferidos a la Fundación. Ya precisé la cifra: es un 60 por ciento.”

“El Instituto se financia, según la ley de su creación, por el aporte de un 5% del sueldo anual complementario que se integra de esta manera: 3% a cargo de los patrones y 2% descontando a los obreros y empleados. De ese 5% se transfiere un 3% a la Fundación. ¿Cuáles unidades pasan al fondo de la Fundación? El 2% de lo que se descuenta a los obreros y sólo 1% del aporte patronal. “ También se afectaban el 10”% de los fondos de lotería y casinos.

El diputado radical Rojas decía en la misma sesión:

“ ¡Enhorabuena la filantropía! ¿Quién puede pronunciar palabras contra esta cosa magnífica del corazón humano? Voy más allá. No retacearía siquiera la obra de doña Eva Duarte de Perón por el hecho de que esta filantropía no sea realizada con dinero propio”.

“Si esta institución fuera declarada organismo del Estado tendría que ajustarse a la ley de contabilidad, y entonces no viviría en el discrecionalismo en que ahora vive, provocando reparos que están en el ambiente y que tarde o temprano serán juzgados con suma severidad cuando llegue el momento de juzgar esta época.”

Comentaba el diputado radical Uranga:

“La Fundación de Ayuda Social existente en el país desde que se constituyó el actual gobierno -que representa uno de los pilares de su propaganda proselitista-, hasta ahora ha sido un organismo indeterminado en su estructuración, de vaguedad en su contextura, de misterio en su administración y de inusitado vuelo en el despliegue del autoelogio y autobombo, en contradicción con las finalidades y modalidades de la verdadera asistencia social y, por sobre todo, de la caridad cristiana, que exige silencio y humildad”.

“Por el proyecto de ley que discutimos, a su ya vasto patrimonio la Ayuda Social incorpora recursos del Estado, instituciones, hospitales, asilos, escuelas, edificios, fondos públicos y, no obstante todo ello, mantiene su carácter de persona privada.”

“¿Qué seriedad tiene la presente ley que regla los gastos del Estado, si hay una institución privada, libre de trabas de la Contaduría General de la Nación, que puede invertir cientos de millones del Estado eludiendo restricciones financieras de la ley de presupuesto, eludiendo todas las sanciones y todas las obligaciones que ella fija, y que puede aumentar su patrimonio o disminuirlo?”

Precisamente, toda esa falta de control, todo el poder que tenía sumado al poder que el mismo gobierno ejercía dieron un paso cualitativo; de la beneficencia “compulsiva” se pasó a la beneficencia “dictatorial”.

Comentan Fraser y Navarro (p. 198):

“Un país rico y generoso estaba, por tanto, en condiciones de efectuar donaciones a la Fundación. Además la situación privilegiada de Evita hacía que no resultara prudente negarse a sus peticiones de ayuda. Si se trataba de un representante sindical esperaríamos, como resultado, un aumento más generoso que el usual; si se trataba de un director de fábrica, esperaríamos uno más bajo. Y aunque no siempre cupiera esperar tales beneficios directos, los riesgos que la falta de donativos podía comportar no admitían la menor duda”.

“Se dio el caso de unas cuantas empresas que sufrieron pérdidas financieras porque se negaron a prestar su contribución a la Fundación. Arnaldo Massone, propietario de un laboratorio farmacéutico, había sido presidente de la Cámara de Comercio argentina, una organización que se opuso a Perón en las elecciones. Se cuenta que en 1950 Massone recibió una ‘petición’ de vacunas desde la Fundación, y al negarse a cumplimentarla, el Ministerio de Sanidad, le cortó primero el suministro de electricidad, y luego inspeccionó su empresa. Su hijo explicó más tarde: ‘Estaba clarísimo que las salas refrigeradas iban a contener productos en mal estado’. Massone escapó a Uruguay en una lancha y su fábrica permaneció cerrada durante tres años.”

“Otro caso se refiere a la Mu-Mu, uno de los mayores fabricantes de caramelos de Argentina. Según uno de los tres hermanos Grossman, propietarios y directores de la empresa en aquellos días, la Fundación había efectuado un pedido de gran entidad de caramelos, pero lo había hecho, erróneamente, a través de otro ministerio. Cuando luego Mu-Mu presentó su factura, la fábrica fue visitada inmediatamente por inspectores de Sanidad y quedó clausurada por haberse encontrado pelos de rata flotando en las tinas de caramelo. Según Samuel Grossman, a la Mu-Mu se le permitió abrir de nuevo sus puertas ‘tres años, cinco meses y veinticuatro días más tarde... gracias a una «donación espontánea» del dos por ciento de las ventas, que se hacía efectivo a la Fundación cada tres meses’. Es posible que hubiera muchos más casos de extorsión y que éstos fueran los únicos

que salieron a la superficie. Se decía que la Fundación acostumbraba efectuar sus pedidos de alimentos, ropas o de material para la construcción sin pagarlos, dejando a los industriales el recurso de hacer una donación mediante la no presentación de factura, o permitiéndoles correr el riesgo de reclamar su dinero.”

Después del gobierno peronista los bienes de la Fundación Eva Perón pasaron definitivamente a manos del Estado.

6.2.2. La verdadera beneficencia

Al margen de estos ejemplos de seudobeneficencia y de extorsión existieron y existen en la Argentina notables ejemplos de genuina caridad. El origen de la beneficencia tiene antecedentes lejanos, y muchas de las instituciones mutuales que analizamos antes se ocupaban de ella:

“Además del servicio mutual al que tenían derecho los afiliados en virtud del pago de una cuota personal fijada en los estatutos, estas instituciones cumplieron una importante labor benéfica”.

“Las prestaciones de las cofradías variaban en relación con los ingresos y por lo común comprendían: ayuda económica a los pobres, huérfanos y viudas; asistencia médica; gastos de entierro, y asistencia jurídica en los pleitos y conflictos judiciales. Estos fines se fueron circunscribiendo, por una parte, a la atención del riesgo de enfermedad de los asociados, y por otra al establecimiento de hospitales para pobres, que constituye un antecedente de la beneficencia pública.”

“En los hospitales administrados por las cofradías o hermandades de caridad, aparte de la asistencia general gratuita a los menesterosos, se suministraba atención médica mediante el pago de un arancel de internación.”(38)

Emilio Coni (1918) destaca la existencia en ese entonces de instituciones como Conservación de la Fe,. Patronato de la Infancia, Consejo General de Señoras de San Vicente de Paul, Damas de Misericordia, Liga Argentina contra la Tuberculosis y otras. El Ejército de Salvación administraba asilos nocturnos para hombres y hogares para mujeres y niños. El Asilo Nocturno Francés dependía de la Sociedad Francesa de Beneficencia. El Ejército de Salvación administraba también cocinas populares gratuitas. La Sociedad de Damas de Caridad tenía como anexos a sus asilos maternales consultorios gratuitos para enfermos pobres a los que se les suministraban también los medicamentos.

Dice Coni (p. 99): “La sociedad Entinas Maternales, que ha establecido cuatro establecimientos especiales en el municipio, acuerda asistencia en sus

consultorios médicos anexos a los niños lactantes de las madres que los frecuentan. Las consultas gratis tienen lugar dos veces por semana”.

El Club de Madres tenía como objetivo “propender a la mayor ilustración de las madres en el cuidado del niño, promover la creación de salas-cunas, promover la creación de plazas de juego, etcétera”.

“El Patronato de la Infancia sostiene en un edificio construido especialmente en la calle Humberto I 250, esquina Balcarce, unos consultorios médico-gratuitos de primera infancia, fundados en 1892 y cuyo director es el doctor R. C. Aranguren. En el piso bajo funcionan los consultorios y farmacia en un amplio local y en el piso alto existe una enfermería perfectamente instalada para asistir a los niños enfermos procedentes del internado Manuel A. Aguirre. Está a cargo de las hermanas de San José de Mongout. Este edificio ha sido construido con donaciones y el producido del día de los niños pobres, sobre un terreno cedido en usufructo por la Municipalidad.” (P. III.)

Las sociedades de beneficencia sostenían además asilos de ancianos como el Santa Clara, por la Conferencia de Caballeros de San Vicente de Paul de la parroquia de Balvanera, el de Núñez, por la Sociedad Francesa de Beneficencia, el de ancianas alemanas, por la Deutsche Frauen Verein, el Asilo Israelita Argentino, del que dice Coni que “la asistencia es enteramente gratuita y reciben ropa, calzado, etc., disfrutando de todas las comodidades posibles. Llama la atención la limpieza y confort de este asilo, que cuenta con una pequeña sinagoga para el culto.

Todos los objetos y muebles del establecimiento, sin excepción, han sido recibidos a título de donación, figurando los nombres de los donantes a la cabeza de cada cama y al frente de los muebles, caja de hierro, anuarios, etcétera” (p. 312).

La Casa de Pobres Vergonzantes (viudas) era sostenida por la Sociedad Damas de Misericordia, el Asilo Liborio Novoa por el Consejo General de las Conferencias de Señoras de San Vicente de Paul, el Asilo de San Vicente de Paul por la Conferencia de Caballeros de San Vicente de Paul de la Merced y otro por la Conferencia de Señoras de San José de Flores, y las Moradas San Vicente de Paul por la sociedad Damas de Caridad. El Hogar Mercedes Dorrego era sostenido por la Sociedad de Damas de San José, administrado por las hermanas dominicas españolas de la Anunciata; funcionaban además la Casa San José, la Sociedad Protectora de la Ancianidad, el Hospital de Ancianos y Crónicos Italianos.

Otras instituciones realizaban actividades por sí o sostenían con sus aportes las actividades de otras: el Jockey Club, el Museo Social Argentino, el Consejo Nacional de Mujeres, la Liga Social Argentina, la Cruz Roja Argentina.

Se destacaban además la Sociedad San Vicente de Paul, los Círculos Católicos de Obreros, los Sindicatos Católicos de Mujeres, el Pan de los Pobres de San Antonio, la Asociación Cristiana de Jóvenes.

La tarea realizada por las colectividades es digna de destacar, no sólo en su carácter de mutuales que dieron creación a instituciones como los hospitales Francés, Italiano, Alemán, Británico, aún hoy destacados prestadores de servicios médicos, sino también por sus tareas de beneficencia y caridad, no solamente hacia sus connacionales.

La Sociedad Italiana de Beneficencia, que administraba el Hospital Italiano desde el año 1883; Sociedad de Patronato y Repatriación; Unione e Benevolenza, Giuseppe Garibaldi, Veneta de M. S., Benso di Cavour, Fratellanza Militare, Trionfo Ligure, La Patriottica, Le Italiane al Plata, Unione Italiana al Plata, Italia XX Settembre, Unione Barlettana, Cavour, Volturmo, Patruccelli della Gattina, Margherita di Savoia, Operai Italiani, Nazionale Italiana, Colonia Italiana, Italia Unita.

En la colectividad española: Hospital Español y Sociedad Española de Beneficencia fundada en 1857, Asociación Española de Socorros Mutuos, Asociación Patriótica Española, Centro Gallego, Montepío de Monserrat, Laurak-Bat, Euskal-Echea, Centro Catalá y otras.

En la comunidad israelita: Unión Obrera Israelita Bikur Joilism, Talmud Torah, Congregación Israelita Argentina, Ezrah, Sociedad de danzas Israelitas, Linath Hazedek, Sociedad Israelita Obrera de Beneficencia, Sociedad Israelita Femenina de Beneficencia, Chevra Kedescha Aschkenesi y otras.

La Sociedad Francesa de Beneficencia fue fundada en 1832 y dependía de ella el Hospital Francés. La Sociedad Alemana de Beneficencia fue creada en 1914 y estaban representados en ella el Hospital Alemán, el Hogar Alemán para Marineros, la Sociedad Alemana de Señoras, la iglesia evangélica alemana, la Asociación de Católicos Alemanes y la logia alemana Teutonia.

La colectividad británica contaba con el Hospital Británico fundado en 1844, la Sociedad Británica y Norteamericana de Beneficencia, el Fondo de Británicos Ancianos e Inválidos, The Children's House, Sailor's Home and Mission, Ejército de Salvación, The British Society y otras. También podíamos encontrar a la Sociedad Austro-Húngara de Beneficencia Francisco José I.

La preocupación por los demás ha continuado, con todos los problemas que mencionaremos más adelante, hasta nuestros días. El Registro Nacional de Entidades de Bien Público cuenta con un total nacional de 6.497 entidades, siendo las más numerosas las de Capital Federal (1.769) seguida de Buenos Aires 11.602) hasta Tierra del Fuego (4). No obstante, son clasificadas por su sede, no por el lugar donde realizan sus tareas.

En el área de salud existen 151 asociaciones, 47 centros, 4 coordinadores, 5 federaciones, 7 consejos, 19 ligas, 12 sociedades, 193 fundaciones, 16 varias, 176 para discapacitados.

Para citar sólo algunas: Asociación de Ayuda al Niño Quemado y Cirugía Plástica Infantil, de Ayuda al Niño Cardíaco, Pro Ayuda de Niños Atípicos, Chagas-Mazza, para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple de la Argentina, pro Ayuda del Enfermo Psíquico, pro Ayuda del Discapacitado Mental, pro Ayuda del Niño Espástico, de Ayuda al Enfermo Mental, de Ayuda al Reumático, de Lucha contra la Epilepsia, pro Fomento de las Investigaciones y Estudios Cardiológicos, de Lucha contra la Bulimia, Anorexia y otros Trastornos Alimentarios, de Lucha contra el Mal de Alzheimer y alteraciones semejantes.

En fin, es imposible nombrar siquiera una pequeña parte de ellas. Lo interesante es que las que se encuentran en las provincias se dirigen a aportar soluciones a problemas específicamente locales. Ahora bien, varias razones explican por qué no se generalizan aun más la beneficencia y la caridad, ya que de hecho no está prohibido hacerlo.

- Por un lado, la interferencia del Estado en la economía ha destruido la prosperidad del país, requisito básico para permitir una mayor caridad.
- Por otra parte, la creciente presión impositiva para cubrir el enorme gasto público quita recursos a los argentinos para poder destinarlos a obras de caridad.
- Por último, la presencia del Estado crea un falso sentido de que alguien se ocupará de las situaciones difíciles que pueda presentar la vida, y poco a poco va removiendo la responsabilidad individual en este campo que fuera tan notoria y destacada en otras épocas.

7. Nuestras propuestas

Existe siempre una discusión entre quienes proponen políticas públicas acerca de lo que es “políticamente posible” en determinado momento. Desde esa óptica, las propuestas que aquí se hacen parecen utópicas.

El objetivo de estos trabajos es presentar propuestas que se acomoden a objetivos finales, tales como el de alcanzar la libertad y el respeto de los derechos individuales. Puede haber propuestas con carácter intermedio, y más adelante sugeriremos alguna, pero si no se deja explícito cuál es el objetivo final la propuesta intermedia se convierte en éste y la realidad quedará aun más lejos del objetivo.

Además, si la propuesta intermedia no se compara con un objetivo final, no existe forma de determinar si avanza en ese sentido o en cuál otro. Bien puede ocurrir que la propuesta intermedia sea una negación del objetivo final para alguien que ni siquiera se lo ha planteado.

7.1. Hospitales

Se trata aquí de determinar qué hacer con el sector público. Diéguez, Llach, Petrecolla (1990, p. 31), a falta de mencionar otro, toman como objetivo final una mejor administración de los hospitales públicos;

“En la situación actual, el sistema hospitalario constituye el único instrumento en el que con realismo puede pensarse para mejorar la atención a las personas que, por sus niveles de ingresos, no la pueden pagar en el sector privado (por ejemplo, a través de las sociedades de prepago), ni están cubiertas por la medicina de la seguridad social (dado el carácter precario de su relación laboral cuando se trata de trabajadores por cuenta propia) [...]. Por ahora, sin embargo, lo realista es pensar que las mejoras a introducir en la atención de los sectores de menores ingresos tienen que ser instrumentadas a través de una acción más intensa y más eficiente del sistema médico público”.

Sin embargo, lo “realista” parece ser condenar a los más pobres a la peor atención médica que puede obtenerse hoy en la Argentina.

El Informe de la UADE (op. cit., p. 35) avanza un poco más en este terreno y propone que “de acuerdo con el principio de subsidiariedad, el Estado nacional, provincial y municipal se desprenderá de todas las instituciones de atención médica que no sean consideradas imprescindibles para el desarrollo de sus políticas, privatizándolas o cediéndolas en concesión”.

Y en cuanto a la función de los hospitales públicos que queden en poder del Estado, les otorga las tres siguientes: “a) como factor alternativo de ponderación y equilibrio en la oferta de atención médica, b) como referencia académica en el campo de la docencia y la investigación, c) como modelo indicativo en los aspectos técnicos y organizativos”.

Empecemos por esto último: si hay algo en que los hospitales no pueden ser “modelo” son precisamente los aspectos técnicos y organizativos, donde todo tendrían que aprenderlo del sector privado; en cuanto a la ponderación y equilibrio de la oferta, no se sabe bien qué puede llegar a ser eso, ya que es el mercado el que se equilibra y el Estado el que lo interfiere.

Nuestra propuesta es simple: la venta lisa y llana de todas las instituciones de atención a la salud en manos del Estado. De ahora en adelante todos los pacientes serían atendidos en hospitales o sanatorios privados, con el grado de atención y excelencia en los servicios que eso implica cuando compiten entre sí. Con lo cual la pregunta que sigue será inevitable: ¿ qué pasará con los pobres? Para ello tenemos dos consideraciones distintas:

- En principio, si esta medida formara parte de una completa liberación de la economía, la riqueza que se generaría reduciría su número de forma drástica y permitiría que la prosperidad alimentara la caridad, como antes se ha descrito.

- Esa generación de riqueza no sería una cuestión inmediata, sobre todo teniendo en cuenta toda la destrucción causada por el estatismo.

- En este sentido, los gobiernos locales (municipales), que son los que están en contacto más cercano con las necesidades de su zona, podrían implementar temporariamente un sistema de “vales” o vouchers (como se los conoce en la literatura internacional) que son aplicables a la adquisición de un seguro de salud privado, con lo que los pobres tendrían acceso a una atención de calidad notablemente superior a la actual.

- Es útil señalar que esos vales son en la actualidad financiables. En el Anexo 2 al presente trabajo hemos realizado algunos cálculos simples tomando en cuenta el proyecto de presupuesto enviado por el Poder Ejecutivo al Congreso para el año 1993. Según éste, y descontando los gastos de las obras sociales para dejar solamente el gasto en salud del sector público, el total será de 4.039 millones de dólares. Si dividimos esta cifra por la entidad de gente que no tiene cobertura de obra social nos da una cifra mensual por familia de 134 dólares, suficientes para adquirir un seguro de salud prepago y considerando que no hemos tomado en cuenta en esa cifra el rubro correspondiente a “bienestar social” (1,54% del PBI). Esos 4.039 millones de dólares deberían destinarse a los gobiernos locales de todo el país para que ellos decidan sobre este tipo de programas transitorios.

- Tomemos un ejemplo concreto: la Municipalidad de San Isidro está avanzando en la “concesión” al sector privado del ya famoso “Hospital de Niños” que se encuentra en construcción desde hace décadas y nunca pudo ser terminado. La propuesta no es que sea “concesionado” sino vendido al mejor postor, quien

determinará su mejor uso, y que el gobierno local implemente un sistema de asistencia a los carenciados mediante la entrega provisional de vales para la adquisición de seguros de salud prepagos. Los pobres estarían mejor cubiertos y se generaría una notable inversión en la oferta de los proveedores de servicios. Siendo el gobierno municipal responsable de un área relativamente pequeña, está en mucho mejor condición para determinar, con una muy pequeña estructura y hasta subcontratando el servicio, quiénes son los carenciados que deben recibir el vale.

7.2. Obras sociales

En este sentido, la solución consiste en dejar a la población en libertad de elegir la atención a la salud que estime más conveniente.

Nuestra propuesta se diferencia de otras (Diéguez y otros, FIEL, Fundación Mediterránea, UADE) en el sentido de que no impone un aporte compulsivo, como ya se explicó antes, básicamente entendiendo que se trata de una necesidad tan elemental que nadie dejaría de preocuparse por ella, y que si tuviera otras prioridades, nadie puede objetivamente indicar que no son las más apropiadas dado el carácter subjetivo de estas consideraciones.

La obligatoriedad de adquirir determinados seguros es un claro privilegio para los oferentes a quienes se les entrega en sus manos una demanda cautiva. Es necesario que eso quede en libertad para, además, fomentar la creatividad y permitir el surgimiento, tal vez, de otros mecanismos o instituciones que el mercado pueda crear.

No habría aquí “escalones” mandatorios o voluntarios, con lo que no existiría la discriminación entre obligados y libres. Los pobres son siempre sujetos a este tipo de obligaciones; los de mayores recursos, aunque pagando dos veces, siempre tienen posibilidades de elegir. Se trata, entonces, de darles a todos la misma posibilidad de elección.

7.3. El sector privado y el papel del Estado

El sector privado funcionaría como el sistema prepago actualmente, esto es, sin regulaciones, que deberían también eliminarse en el caso de la aprobación de instituciones, las cuales serían mejor controladas por los prepagos que contratan sus servicios.

Lo mismo ha sido explicado ya en cuanto se refiere al papel del Estado en materia de “salud pública”, reglamentación de actividades profesionales, control y aprobación de medicamentos, todo lo cual no se realiza actualmente. La población vive bajo la falsa impresión de que ese control se lleva a cabo, cuando no es así. La propuesta, entonces, difiere de la realidad actual en que no existiría la promesa no cumplida de control estatal, y sí la realidad del control privado sobre esas actividades.

8. Modificaciones legales

Para implementar todo lo mencionado antes se requieren algunas modificaciones legales, más que nada relacionadas con la necesidad de abolir las trabas que impiden el ejercicio de la libertad.

a) En materia de la infraestructura del sector público, el avance de la privatización dependerá de cada jurisdicción provincial. El Estado nacional podría dar el ejemplo, poniendo en ejecución este proceso en la Capital Federal mediante la venta de los hospitales y la implementación transitoria de un programa de vales.

b) El organigrama del Estado nacional sería claramente modificado, tornándose innecesaria la existencia de la Secretaría de Salud pues, como mencionamos antes, las tareas que quedan transitoriamente a cargo del Estado las realizarán los gobiernos provinciales y municipales.

c) Para obtener la libertad de quienes se encuentran actualmente bajo el régimen de obras sociales compulsivas es necesario derogar la ley 23.661 del Sistema Nacional del Seguro de Salud y la ley 23.660 de Obras Sociales.

d) Abrogar la ley 17.132, Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración, cuya certificación de calidad y responsabilidad estaría ahora en manos de instituciones actuantes en el sector privado (universidades, colegios médicos, instituciones de seguros prepagos, asociaciones de consumidores, etcétera).

e) Modificar la ley 21451 para permitir la compraventa de órganos y evitar la escasez que condena a la muerte o a incontables sufrimientos e incomodidades a gran entidad de personas.

f) Abrogar la ley 16.463, Contralor de drogas y productos utilizados en medicina humana, un control que no existe y que debería ser reemplazado por el de las instituciones privadas.

Modificar el decreto 50/92, eliminando la obligación a los profesionales médicos de emitir recetas genéricas. Derogar el decreto 1.490/92 que crea la

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

g) Proponer la modificación de las constituciones provinciales que han incorporado el pseudoderecho a la salud y evitar su incorporación en intentos futuros de reforma de la Constitución nacional para eliminar un derecho que no es tal y que viola los verdaderos derechos individuales.

* Los autores dejan constancia de la colaboración del Lic. Gustavo Lazzari en la presente investigación.

NOTA: Este trabajo fue realizado en los meses de Julio y Agosto de 1992.

(1) Diéguez, Héctor; Llach, Juan H. (coordinador); Petrecolla, Alberto, “El gasto público social. Volumen IV, Sector Salud”, Instituto Torcuato Di Tella, Ministerio de Economía, Subsecretaría de Economía, Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales. Gobierno Argentino/BIRF/PNUD/Arg. 88/005.

(2) Panadeiros, Mónica, “El sistema de obras sociales en la Argentina: diagnóstico y propuesta de reforma”, FIEL, Documento de Trabajo N° 29, Buenos Aires, agosto de 1991.

(3) Giordano, Osvaldo y Torres, Alejandra, “Reflexiones sobre la propuesta de reformulación del régimen de obras sociales”, Fundación Mediterránea, Novedades Económicas, Córdoba (marzo de 1992).

(4) Isuani, Ernesto y Mercer, Hugo, “La fragmentación institucional da sector salud en la Argentina ¿pluralismo o irracionalidad?”, Boletín Informativo Techint N° 244; Buenos Aires, septiembre/octubre/noviembre/diciembre de 1986.

(5) UADE (Universidad Argentina de la Empresa), “Propuesta para un sistema nacional de Salud”, UADE, Cátedra de Economía de la Salud, Buenos Aires.

(6) Goyeneche, Pedro, secretario general del Sindicato del Personal de la Industria Textil, en declaraciones a Ámbito Financiero, 4 de abril de 1992.

(7) Bunge, Alejandro E., Una nueva Argentina, Editorial Guillermo Kraft Limitada, Buenos Aires, 1940, p. 91.

- (8) Benegas Lynch, Alberto (h), Fundamentos de análisis económico, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1990, décima edición, p. 357.
- (9) La acción humana. Tratado de economía, Unión Editorial, Madrid, 1980, tercera edición, p. 303.
- (10) FIEL, Los costos del Estado regulador, Ediciones Manantial, Buenos Aires, 1989, p. 67.
- (11) Goodman, John y Musgrave, Gerald, "Controlling Health Care Costs with Medical Savings Accounts", NCPA, Dallas, Texas, 1992, p. 3.
- (12) Coni, Emilio, Higiene, asistencia y previsión. Buenos Aires, caritativo y previsor, Edit. Emilio Spinelli, Buenos Aires, 1918, p. 544.
- (13) INOS, Las obras sociales en Argentina, Buenos Aires, 1972, p. 34.
- (14) Véase Martínez Casado de Fuschini Mejía, Guillermina: "Los inválidos en el Río de la Plata: una forma de previsión social en el siglo XVIII" (Actas IX Congreso del Instituto Internacional de Historia del Derecho Indiano, Universidad Complutense, Madrid, 1991) y "Los inválidos a principios del siglo XIX: aparición de un nuevo régimen municipal como consecuencia de las Invasiones Inglesas" (XVIII Jornadas de Historia del Derecho, Mar del Plata, septiembre de 1990).
- (15) En Alzugaray, Rodolfo, "Ramón Carrillo o la salud pública", Todo es Historia N° 47, Buenos Aires (febrero de 1977):33.
- (16) Friedman, Milton, Input and Output in Medical Care, Hoover Institution, Stanford University, 1992, p. 12.
- (17) Miller, Vincent y Wollstein, Jarret, "We can Have Affordable Health Care", ISIL-Education Pamphlet Series, San Francisco, 1992.
- (18) Castañeda, Tarsicio, "Para combatir la pobreza: política social y descentralización en Chile durante los años '80", Centro de Estudios Públicos, Santiago de Chile, 1990, p. 132.
- (19) Redwood, John, M.P., "In Sickness and in Health: Managing Change in the NHS", Centre for Policy Studies, Policy Study N° 95, Londres, 1988, p. 6.

- (20) Jay, Joel W., "Health Care in Hong Kong: An Economic Policy Assessment", The Hong Kong Centre for Economic Research, The Chinese University Press, Hong Kong, 1992, p. 35.
- (21) Walker, Michael; Miyake, Joanna; Globerman, Steven; Hoye, Lorna, "Waiting your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada", The Fraser Institute, Vancouver, Canadá, 1992, p. 6.
- (22) Cifuentes, C. Mercedes, "Sector Salud", en Larroulet V., Cristián :, Soluciones privadas a problemas públicos, Instituto Libertad y Desarrollo, Santiago de Chile, 1991, p. 53.
- (23) Recalde, Héctor, "Prostitutas reglamentadas: Buenos Aires 1887-1934", Todo es Historia N° 285, Buenos Aires (marzo de 1991): 72.
- (24) Scenna, Miguel Ángel, "Diario de la Gran Epidemia: fiebre amarilla en Buenos Aires", Todo es Historia N° 8, Buenos Aires (diciembre de 1967): 10.
- (25) Scenna, Miguel Ángel, Cuando murió Buenos Aires: 1871, Ediciones La Bastilla, Buenos Aires, 1974, p. 233.
- (26) Recalde, Héctor, "El cólera en la Argentina", Todo es Historia N° 286, Buenos Aires (abril de 1991): 13.
- (27) Agüero, Abel Luis, "La defensa sanitaria y marítima del puerto de Buenos Aires", Todo es historia N° 298, Buenos Aires (abril de 1992): 38.
- (28) Piccirilli, Ricardo; Romay, Francisco; Gianello, Leoncio, Diccionario Histórico Argentino, Ediciones Históricas Argentinas, Buenos Aires, 1953, tomo VI, p. 728.
- (29) Para el tema de los llamados "enfermos mentales" véase Szasz, The Myth of mental Illness, Harper & Row, New York, 1974, passim.
- (30) Walker, Michael A., "Anatomy of a Conundrum: Canadian Health Care in the 1980s", The Centre for Independent Studies, Australia, 1986, p. 25.

(31) Frech, H. E., III, "The United States", en Rosa, Jean-Jacques, *Advances in Health Economics and Health Services Research, Supplement 1: Comparative Health Systems*, JAI Press Inc., 1990, p. 43.

(32) Correa, Alejandra, "Maternidad y crianza en el antiguo Buenos Aires (1880-1930)", *Todo es Historia* N° 293, Buenos Aires (noviembre de 1991): 79.

(33) Véase Basile, Alejandro y Waisman, David, *Fundamentos de medicina legal*, El Ateneo, Buenos Aires, 1989, p. 20, y Bonnet, Emilio F. P., *Lecciones de Medicina legal*, López Libreros Editores, 4a edición, Buenos Aires, 1984, p. 18.

(34) "Vid. Benegas Lynch, Alberto (h), *Poder y razón razonable*, El Ateneo, Buenos Aires, 1992, cap. II.

(35) En Morello, Augusto Mario: "El derecho a la salud desde el plano constitucional", *Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Buenos Aires*, Buenos Aires, 1989, p. 17.

(36) Correa Luna, Carlos, *Historia de la Sociedad de Beneficencia. Sociedad de Beneficencia de la Capital*, Buenos Aires, 1923, p. 15.

(37) Fraser, Nicholas y Navarro, Marisa, Eva Perón, Editorial Brujuela, Buenos Aires, 1983, p. 194.

(38) Moles, Ricardo R., *Historia de la previsión social en Hispanoamérica*, Ediciones Depalma, Buenos Aires, 1962, p. 66.