



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARIA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MAESTRIA EN BIOETICA

(Acreditada por CONEAU – Res. N°)

Dr. Carlos Alberto Romero

2011- 2012

Título

“SEGURIDAD SOCIAL Y BIOÉTICA”

SUBTÍTULO:

“SALUD SOCIAL: BENEFICENCIA, NO- MALEFICENCIA, JUSTICIA
Y AUTONOMIA”.

Autor

Dr. Carlos Alberto Romero

Agradecimiento

A los docentes de la Maestría, al Director de la Tesis Dr. Oscar Mareca, a mi familia y los compañeros en el ejercicio de la Bioética.

Resumen

La protección de las personas en los momentos de minusvalía de sus facultades, es uno de los compromisos sociales más importante y preocupante que tiene el Estado.

Desde épocas antiquísimas, las sociedades, dispusieron acciones de sus políticas sociales que brindaran la cobertura necesaria para sostener las condiciones de vida digna en aquellas personas que, circunstancial o definitivamente, se encontraran incapacitadas para valerse por sí mismas.

Las acciones desarrolladas adquirieron formas organizadas, legisladas y adquiridas como derechos irrenunciables, en su conjunto fueron identificadas como Seguridad Social.

Definimos a la Seguridad Social, como el derecho que tienen los individuos a ser amparados en los casos de disminución, suspensión o pérdida de su capacidad para el trabajo, abarca las acciones de previsión social, salud social y ayuda social.

La solidaridad es el pilar sobre el que se asienta la seguridad social, su ejercicio ha variado según los tiempos y las circunstancias, con ello también los resultados obtenidos.

Basado en la historia y en la realidad, pretendo analizar el estado actual del sistema, los factores que intervienen en su desarrollo, el cumplimiento o no de los principios de la Bioética.

En especial, la Salud como bien social, acción importante de la seguridad social, motiva el estudio, investigación y mirada a la realidad relacionada con la beneficencia, no-maleficencia, justicia y autonomía.

En la evolución de la humanidad, también el concepto de salud ha evolucionado, se adquirió una nueva concepción de salud, ella ya no es una simple ausencia de enfermedad, se la concibe como el bienestar integral de la persona en su originalidad irrepetible y en su contexto socio-histórico.

El sistema nos abarca a todos, de una u otra manera, como efectores o como beneficiarios, ello crea la responsabilidad de actuar en consecuencia modificando las realidades injustas y proponiendo las medidas necesarias para lograr los cambios que promuevan el bienestar general.

Buceando en sus orígenes, su desarrollo y estado actual, quedará planteada lo vigente o no del concepto y de sus acciones, fundamentalmente si los principios de la Bioética están presentes y son respetados o no.

El complejo mundo de la salud es escenario de injusticias y ambigüedades, por una parte se promueve la salud de los recuperables, pero se descuida la rehabilitación social de los crónicos y se niega a la vida naciente el derecho de afirmarse.

Desnudada la problemática quedará abierta la posibilidad de enunciar alternativas que ayuden a corregir los defectos y a mejorar los aciertos.

El problema del presente trabajo radica en el concepto popular de la falta de credibilidad en instituciones solidarias, propias de los trabajadores y extremadamente necesarias para la atención de la salud de los mismos y sus grupos familiares.

Sostenemos que, ante la escasez de recursos es imperioso trabajar con criterios de calidad, autocrítica, respeto a los derechos de las personas y su dignidad, adoptar criterios de seguridad del paciente, fundamentalmente convertir la actividad en un ejercicio pleno de los principios de la Bioética.

La posibilidad que el estudio contribuya a completar algunos vacíos en el conocimiento, es un objetivo que pretendemos alcanzar, sabemos de los múltiples factores que atraviesan la problemática estudiada, no nos anima un anhelo ingenuo de pretender cambios de fondo, si fueran necesarios, simplemente por describir el problema y la investigación realizada, si pretendemos concretar un aporte que relacione bioética y seguridad social a la luz del cumplimiento o no de los principios de la bioética.

La óptica desde la cual realizamos la investigación es objetiva, a pesar de mi inserción en el campo de la seguridad social, desde hace más de treinta años, para ello recurrimos a datos estadísticos de organismos oficiales, publicaciones y a la experiencia propia, las propuestas que surgirán del presente trabajo serán de gran utilidad para los dirigentes con buenas intenciones y capacidad de autocrítica.

Esconder la cabeza ante los problemas no conduce a nada, al problema hay que enfrentarlo, la desconfianza, el descrédito y la mala reputación cargada de sospechas, torna indispensable el tratamiento del tema con la jerarquía de una tesis, alejada de las circunstancias y apoyada en el rigor científico, pretende ser un aporte para el bien de todos.

Summary

Protection of persons in the moments of disability of his powers, is one of social commitments more important and worrying state.

Since very old times, societies, set out actions of its social policies which provide the necessary coverage to sustain decent living conditions in those who, circumstantial or traced definitively, unable to fend for themselves.

The activities undertaken acquired forms organized, legislated and learned as inalienable rights, as a whole were identified as Social Security.

We define social security, as the right of individuals to be protected in cases of reduction, suspension or loss of his capacity for work covers the actions of social welfare, social health and welfare.

Solidarity is the pillar on which social security sits, its exercise has varied according to the times and circumstances, thereby also the results.

Based on the history and reality, to analyze the current state of the system, the factors involved in its development, compliance or not in the principles of bioethics.

In particular, health as a social good, important action of social security motivates the study, research and look at the reality connected with autonomy, justice, charity and works.

In humanity's evolution, the concept of health has also evolved, acquired a new concept of health, she is no longer a mere absence of disease, is conceived it as the holistic well-being of the person in its unrepeatability originality and its socio-historical context.

The system covers all, one way or another, as effectors or beneficiaries; this creates the responsibility to act accordingly by changing unjust realities and proposing measures to achieve the changes that promote the general welfare.

Diving in its origins, development and current status is raised as existing or not of the concept and their actions, primarily if the principles of bioethics are present and they are respected or not.

The complex world of the health is scene of injustices and ambiguities, on the one hand promotes the health of the recoverable, but is neglected the social rehabilitation of chronic and refuses to nascent life the right to assert themselves.

The possibility of articulate alternatives to help correct the defects and improve the successes will stripped issues remain open.

The problem of this work is the popular concept of the lack of credibility in solidarity, of workers and extremely necessary institutions for the care of the health of them and their family groups.

We believe that, to the scarcity of resources, it is imperative to work with criteria of quality, self-criticism, respect for the rights of persons and their dignity, primarily the activity become a fulfillment of the principles of bioethics.

The possibility that the study will help fill some gaps in knowledge, is an objective that we intend to achieve, we know of the many factors that cross the studied problems, not encourages us a yearning to naive to expect any substantial changes, if necessary, simply by describing the problem and the research, if we want to make a contribution that related to bioethics and social security in the light of compliance with or not the principles of bioethics.

The perspective from which we carry out research is objective, despite my inclusion in the field of social security, for more than thirty years, so resorted to statistical data from government agencies, publications and own experience, the proposals that emerge from this work will be useful for leaders with good intentions and capacity of self-criticism.

Bury our heads before the problems does not lead to anything, the problem must be tackled him, mistrust, discredited and the disreputable loaded with suspicion, essential makes the treatment of the topic with the hierarchy of a dissertation, away from the circumstances and supported in the scientific rigour, is intended to be a contribution for the good of all.

Índice

1. Introducción	1
2. Marco Teórico - Antecedentes	5
3. Hipótesis	53
4. Objetivos	56
5. Material y Método	60
6. Desarrollo y Resultados	67
7. Discusión	103
8. Conclusiones	131
9. Recomendaciones	136
10. Bibliografía	140
11. Abreviaturas	146

1. Introducción

La protección de las personas en los momentos de minusvalía de sus facultades, es uno de los compromisos sociales de mayor importancia y preocupación que tiene el Estado.

Desde épocas antiquísimas, las comunidades organizadas, dispusieron acciones de sus políticas sociales tendientes a brindar la cobertura necesaria para sostener las condiciones de vida digna en aquellas personas que, circunstancial o definitivamente, se encontraren incapacitadas para valerse por sí mismas.

Definimos a la Seguridad Social, como el derecho que tienen los individuos a ser amparados en los casos de disminución, suspensión o pérdida de su capacidad para el trabajo, abarca las acciones de previsión social, salud y ayuda social.

La solidaridad es el pilar sobre el que se asienta la seguridad social, su ejercicio ha variado según los tiempos y las circunstancias, con ello también los resultados obtenidos.

Basado en la historia y en la realidad, pretendo analizar el estado actual del sistema, los factores que intervienen en su desarrollo, el cumplimiento o no de los principios de la Bioética.

En especial, la Salud como bien social, acción importante de la seguridad social, motiva el estudio, investigación y mirada a la realidad relacionada con la beneficencia, no-maleficencia, justicia y autonomía.

El sistema nos abarca a todos, de una u otra manera, como efectores o como beneficiarios, ello crea la responsabilidad de actuar en consecuencia modificando las realidades injustas y proponiendo las medidas necesarias para lograr los cambios que promuevan el bienestar general.

Un Sistema de Salud, es “el conjunto de entidades y organismos sociales encargados de la producción de servicios, cuyo objetivo directo es la protección o mejora de la salud”...

Buceando en sus orígenes, su desarrollo y estado actual, quedará planteada la vigencia o no del concepto y de sus acciones, fundamentalmente si los principios de la Bioética están presentes y son respetados.

Desnudada la problemática quedará abierta la posibilidad de enunciar alternativas que ayuden a corregir los defectos y a mejorar los aciertos.

El problema del presente trabajo radica en el concepto popular de la falta de credibilidad en instituciones solidarias, propias de los trabajadores y extremadamente necesarias para la atención de la salud de los mismos y sus grupos familiares.

Sostenemos que, ante la escasez de recursos es imperioso trabajar con criterios de calidad, autocrítica, respeto a los derechos de las personas y su dignidad, fundamentalmente convertir la actividad en un ejercicio pleno de los principios de la Bioética.

La posibilidad que el estudio contribuya a completar algunos vacíos en el conocimiento, es un objetivo que pretendemos alcanzar, sabemos

de los múltiples factores que atraviesan la problemática estudiada, no nos anima un anhelo ingenuo de pretender cambios de fondo, si fueran necesarios, simplemente por describir el problema y la investigación realizada, si pretendemos concretar un aporte que relacione bioética y seguridad social a la luz del cumplimiento o no de los principios de la bioética.

La óptica desde la cual realizamos la investigación es objetiva, a pesar de mi inserción en el campo de la seguridad social, desde hace más de treinta años, para ello recurrimos a datos estadísticos de organismos oficiales, publicaciones y a la experiencia propia, las propuestas que surgirán del presente trabajo serán de gran utilidad para los dirigentes con buenas intenciones y capacidad de autocrítica.

Esconder la cabeza ante los problemas no conduce a nada, al problema hay que enfrentarlo, la desconfianza, el descrédito y la mala reputación cargada de sospechas, torna indispensable el tratamiento del tema con la jerarquía de una tesis, alejada de las circunstancias y apoyada en el rigor científico, pretende ser un aporte para el bien de todos.

2. Marco Teórico - Antecedentes

El tema de referencia es tan viejo como la misma humanidad, ya que el hombre, siempre trató de aliviar sus males y satisfacer sus necesidades básicas, de una o de otra manera; con el correr de los años se organizó en comunidades e implementó sistemas tendientes a lograr los objetivos que le permitieran una mejor calidad de vida.

Así surgieron los sistemas de salud, destinados a satisfacer una de las necesidades básicas de la humanidad.

Su organización, mantenimiento y evolución, fue una tarea ardua, sacrificada y difícil, llevó muchos años, esperanzas y desencuentros; en nuestro país acompañó y acompaña a los vaivenes de la política, a las variaciones económicas y sociales que permanentemente se suceden.

“Los sistemas de salud están formados por todas las personas que actúan y todas las medidas que se adoptan con la finalidad principal de mejorar la salud. Pueden ser integrados y estar centralizados, pero a menudo no es así. Después de varios siglos de ser entidades en pequeña escala, en su mayoría privadas o caritativas, casi todas ineficaces, en este siglo los sistemas de salud experimentaron un crecimiento explosivo a medida que se adquirían y aplicaban nuevos conocimientos. Los sistemas han contribuido enormemente a mejorar la salud, pero su contribución podría ser mayor aún, especialmente para los pobres. Abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud.”(OMS)

Su misión es aumentar la cantidad y calidad de vida.

Sin apartarnos de la completa y abarcativa definición de salud emanada de la OMS, la síntesis brindada por Sigmund Freud es digna de ser mencionada y considerada, él expresa que la salud es amor y trabajo. Con ello inferimos que mínimamente deberían estar presente en un pueblo sano el amor y el trabajo.

Los sistemas de salud por sí solos no podrían alcanzar estos objetivos mínimos, por ello deben estar insertos en marcos amplios referidos a la seguridad social, donde se atiendan los requerimientos sociales que provean las condiciones indispensables que contribuyan al bienestar general y por ende al mejor estado de salud de las personas.

Describir nuestro propio sistema de salud, su historia y su estado actual, es una tarea compleja, no obstante ello trataremos de hacerlo para que recorramos el largo camino de su desarrollo y organización.

Para facilitar la visión específica, desde un panorama más general, entendiendo que la atención de la salud de los pueblos no es un hecho aislado, aportamos la siguiente información:

- Superficie del país: 2.780.403 Km².
- Habitantes (censo año 2010) 40.117.096; 20.593.330 mujeres y 19.523.766 varones.
- Densidad de Población: 14,42 habitantes por Km².
- Esperanza de vida al nacer: m/h 79; 73 años.
- Tasa bruta de natalidad: 20 por mil.
- Tasa bruta de mortalidad: 8 por mil.
- Tasa bruta de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos:

Tasa de mortalidad infantil total, totales para el país según año (‰)

2003	2004	2005	2006
16,5	14,4	13,3	12,9

- Población en hogares con NBI: 19,9%
- Mortalidad General Según causa de muerte:

Enfermedades del sistema circulatorio	30,7%
Tumores malignos	19,5%
Enfermedades del sistema respiratorio	13,8%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	5%
Accidentes	3,7%
Resto	2,8%
- La población está experimentando profundas transformaciones que afectan su crecimiento y su estructura por edades:
 - reducción de la mortalidad infantil,
 - nuevos patrones de causa de muerte;
 - mayor esperanza de vida al nacer;
 - aumento del control de la Natalidad;
 - creciente relevancia de las migraciones;
 - la elección de familias más pequeñas;
 - postergar la llegada del primer hijo.

Resultado: disminuye el crecimiento, la población envejece.

El 70% de la población se concentra en seis (6) provincias, Buenos Aires, Córdoba, Santa Fé, Mendoza, Entre Ríos y Tucumán.

- Establecimientos asistenciales: Subsector oficial

Total del país	Establecimientos asistenciales del subsector oficial						Promedio de camas disponibles	
	Total		Con internación		Sin internación		1990	2004
	1990	2004	1990	2004	1990	2004		
	6.140	8.000	1.136	1.321	5.004	6.679	70.615	78.057

Subsector de obras sociales: 222

Subsector privado: 4.403

Analfabetos	
10 años y más:	2,6
50- 64 años:	4, 4
65 años y más:	6, 2

- PBI: Producto Interno Bruto a precios de mercado, serie trimestral, de 1993 y 2008

1993:245,1 2008: 397,6

* Dato provisorio. Fuente: INDEC, Dirección Nacional de Cuentas Nacionales

- Porcentaje del PBI destinado a salud= 8%, representado por U\$D 650 por habitante por año en 2001, se pasó luego de la devaluación a menos de U\$D 200 por persona por año en 2002.

- Asoc. De Economía de la salud (2009): gasto en salud, por habitante (2008)524 dólares, Brasil 260 dólares por habitante.

- Fundación Arcor y Universidad Católica de Córdoba (2.009):

- El 30% de los argentinos no tienen agua potable,
- La mitad carece de cloacas;
- 35% de la población debajo de los índices de la pobreza;
- Más del 40% de la fuerza laboral en la informalidad;

- Desnutrición infantil: de 0 a 5 años: 4 de cada 10 chicos, sufren déficit alimentario, son 50.227 chicos de Córdoba, de ellos 21.164 experimentan hambre severo (no comen con frecuencia), 29.063 presentan déficit moderado (pasan hambre en algunas ocasiones); de 6 a 17 años: el 27% presenta déficit alimentario; más de 7 de cada 10 chicos no acceden a consumos mínimos (comida, ropa, salud y servicios)

Con los datos aportados podemos apreciar que, nuestro país, destina de su PBI un porcentaje acorde a los países del primer mundo, los resultados que logra, distan de ser los esperados.

Impactan las cifras relacionadas con la cantidad de argentinos sin cobertura social y con NBI.

“*Salud Para Todos*” era el lema que marcaba la meta a alcanzar en el 2000 propiciado por la OMS. En los países del tercer mundo poblaciones enteras son aún fácil presas de las agresiones de la naturaleza y de la enfermedad, el hombre es a menudo víctima de estructuras deshumanizadas, la pobreza y las desigualdades son causa de enfermedad.

La pobreza y la falta de cobertura van de la mano con las enfermedades propias de países subdesarrollados, del deterioro del estado sanitario de un pueblo, su evolución retrasada y pobres resultados económicos, convirtiendo lo enunciado en un verdadero círculo vicioso.

Para comprender cómo se fue organizando nuestro Sistema de Atención de la Salud, deberemos hacer previamente una lectura de la evolución de las organizaciones y de los sistemas en el mundo, ya que no vivimos aislados sino todo lo contrario.

El hombre es un ser gregario, por naturaleza no puede vivir solo, al mismo tiempo que fue desarrollando elementos para su propia subsistencia también lo hizo para sus congéneres, sea la actividad que fuere; la salud, en sus fases preventiva, curativa y rehabilitadora, fue y es una de las principales preocupaciones de los individuos y de los estados; en sus orígenes pretendió cuidarla recurriendo a los elementos que la misma naturaleza le proveía, las creencias divinas o mágicas no estuvieron alejadas de las prácticas tendientes a reparar la salud que, por diversas causas se había perdido.

Las nuevas metas que abiertas por el progreso de las ciencias y sus posibles aplicaciones técnicas y terapéuticas, tocan los ámbitos más delicados de la vida en sus mismas fuentes y en su significado más profundo; así en los países de mayor desarrollo tecnológico las estructuras sanitarias han alcanzado un alto nivel de eficacia.

El complejo mundo de la salud es escenario de injusticias y ambigüedades, por una parte se promueve la salud de los recuperables, pero se descuida la rehabilitación social de los crónicos y se niega a la vida naciente el derecho de afirmarse.

Se ha adquirido una nueva concepción de salud, ella ya no es una simple ausencia de enfermedad, se la concibe como el bienestar integral de la persona en su originalidad irrepetible y en su contexto socio-histórico.

En consecuencia, las actividades fueron organizadas, sistematizadas, integrando en definitiva un Sistema de Salud.

Salud es todo lo que atañe a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para el mejor equilibrio y bienestar físico, psíquico y espiritual de la persona. “Es atender el completo bienestar psicofísico de las personas, más allá de las enfermedades...”

Salud y Sanidad, se confunden con frecuencia, ya definimos salud, sanidad es todo lo atinente a la política, la legislación, la programación y la estructura sanitaria.

Sistemas de Salud: “los sistemas de salud están formados por todas las personas que actúan y todas las medidas que se adoptan con la finalidad principal de mejorar la salud. Pueden ser integrados y estar centralizados, pero a menudo no es así. Después de varios siglos de ser entidades en pequeña escala, en su mayoría privada o caritativa, casi todas ineficaces, en este siglo los sistemas de salud experimentaron un crecimiento explosivo a medida que se adquirían y aplicaban nuevos conocimientos. Los sistemas han contribuido enormemente a mejorar la salud, pero su contribución podría ser mayor aún, especialmente para los pobres. Abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. “. (OMS). Su misión es aumentar la cantidad y calidad de vida.

Definimos a un Sistema como el conjunto de elementos de naturaleza semejante, coordinados hacia un fin determinado mediante principios, organización o leyes.

Según J. Varo, “en función de su contacto con el exterior hay dos clases de sistemas: el sistema abierto y el sistema cerrado.

El Sistema Cerrado: es autosuficiente, produce él mismo la energía necesaria para desarrollar sus actividades, consume el producto resultante, tiene un crecimiento limitado y puede sufrir un deterioro por no tener controles exteriores.

El Sistema Abierto, por el contrario, la existencia está condicionada por el ambiente, del que obtiene la energía e información para llevar a cabo su actividad y al que exporta los resultantes, dándose una relación entre el sistema y el entorno.

También podemos afirmar que, un Sistema de Salud, es “el conjunto de entidades y organismos sociales encargados de la producción de servicios, cuyo objetivo directo es la protección, mejora o restauración de la salud”

Los componentes del Sistema son: las entidades hospitalarias o sanatoriales, agrupadas por las leyes del estado en organizaciones de carácter asistencial, oficiales, privadas o de obras sociales; el sistema integra al profesional y al paciente, ambos con fines superadores al accionar individual, es dinámico y presenta cambios constantes por su misma naturaleza y por las presiones socio-económicas en demanda de eficacia y eficiencia en la utilización de los recursos.

El Sistema de Salud Argentino, es un Sistema Abierto, a los fines de organizar su descripción podemos decir que está compuesto por tres subsistemas que interactúan entre si:

- subsistema público
- subsistema privado
- subsistema de las obras sociales (también llamado de la Seguridad Social).

Los sistemas sanitarios orientan sus programas no sólo hacia la curación de las enfermedades, sino también a la promoción de la salud en vistas a un mayor nivel de la calidad de vida.

Esta nueva filosofía sanitaria trasladada a la comunidad la responsabilidad de defender y promover la salud, de este esfuerzo solidario en favor de todo el hombre y de todos los hombres, depende su bienestar e incluso su misma supervivencia.

Como dijimos, en los albores de la humanidad, el hombre curaba sus heridas, restauraba la salud perdida con los elementos propios de la naturaleza o invocaba fuerzas divinas o mágicas para que lo sanaran.

La enfermedad era para el hombre primitivo lo malo, la furia del más allá, la mala suerte, la culpa, el castigo de los dioses, se hallaba ligada a los rituales y creencias religiosas, el acto brujo-médico-religioso, se orientaría a crear situaciones mágicas-esotéricas que permitiesen tanto al individuo como a la sociedad superar los infortunios, poco a poco se convertirían en instituciones, en el futuro devendrán los médicos y los sacerdotes.

La sociedad comienza a imponer al hombre como objeto y sujeto de los sistemas de salud, tanto la sociedad esclavista, como la feudal o la industrial, por uno u otro motivo según sus conveniencias y realidades.

En el camino de su evolución histórica aparecen las formas políticas de Estado y Nación, dando lugar a la aparición de los aparatos estatales, entre los que se destacan el de la administración de la salud a la vez que consolida el aparato administrativo para garantía de la Nación...

Con el correr de los años y a medida que la organización humana se complejizaba, la organización de la atención de la salud también seguía el mismo camino.

Siempre estuvo la caridad como signo distintivo de la atención de la salud, siendo las instituciones religiosas quienes primero brindaron tal asistencia humanitaria; hoy el mundo de la salud es el lugar donde la técnica más sofisticada pone en práctica sus descubrimientos, esfuerzos y planificaciones, en el que los agentes sanitarios son valorados según criterios de eficiencia y el paciente busca en él la restauración de su salud y bienestar; así se adquiere una visión que lleva a considerar la enfermedad y el proceso terapéutico como fenómeno e intervenciones desgajadas de la historia personal del individuo, fundamentalmente por ello asistimos a un deterioro generalizado de las prestaciones sanitarias.

Las estructuras sanitarias con sus servicios reproducen el modelo de sociedad en que están inmersas, en ellas repercuten los problemas, ansiedades y tensiones de los componentes de la comunidad.

Elas deberían ser un lugar de encuentro humano y humanizante para el enfermo y su familia, ámbito permanente de solidaridad, la coincidencia profunda está en el servicio a la persona que sufre, puesto que la enfermedad no tiene raza, ideología ni religión.

Dejando la historia antigua, penetrando en la contemporánea, necesariamente deberemos desarrollar el concepto de un marco global, que integra la nueva concepción de salud, nos referiremos a la Seguridad Social, término que hace su irrupción y que merece nuestra consideración especial.

Si bien el término se conoce por el Canciller Bismarck y su seguro social (leyes que establecieron seguros obligatorios contributivos, restringidos a la clase trabajadora, cubrían enfermedades, accidentes, invalidez y vejez y eran financiados por el Estado, patrones y trabajadores. En 1919, en la República de Weimar, se elevó por primera vez a rango constitucional el papel más activo del Estado en el progreso social y se extendieron los beneficios para atender además de la seguridad social (salud, capacidad para el trabajo, maternidad, vejez, enfermedad), la vivienda y la educación (no se incluye el seguro de desempleo, aunque su naturaleza siguió siendo contributiva) , el derecho a la Seguridad Social fue consagrado universalmente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1.948), en nuestro país mediante la Constitución Nacional del año 1.949, se refería al amparo de los ciudadanos en casos de disminución, suspensión o pérdida de su capacidad para el trabajo. En esta definición estamos materializando el concepto de protección al más débil, función ineludible del Estado.

En Argentina a diferencia de otros países de América hasta la década del 1.980 no existía marginalidad en sectores pobres; las villas de emergencia participaban del sistema social general, una proporción importante de sus habitantes eran trabajadores en relación de dependencia.

Esta característica-pobreza sin marginalidad- se fue revirtiendo conforme al avance de la crisis, la declinación económica, productiva y cultural.

La marginalidad social, hoy vigente, atenta contra el sostenimiento de los sistemas de previsión social, ya que no tributa impuestos ni aporta a organizaciones de salud; genera en cambio diversos modos de violencia social, propicia la expansión de enfermedades infecto-contagiosas y otras derivadas de la desnutrición y el desamparo, como así también la pérdida de la dignidad de las personas sometidas por dádivas sin control.

La ampliación de la marginalidad, el aumento de la economía informal y el cuentapropismo contribuyeron, entre otras cosas, a la disminución de los aportes a los sistemas solidarios de nuestro país.

El Sistema de la Seguridad Social se asienta sobre tres principios fundamentales:

- 1- solidaridad: nace del individuo hacia la comunidad y de ésta vuelve a él.
- 2- igualdad: para todos los integrantes del sistema.
- 3- subsidiariedad: la seguridad social es tomada como complemento no sustituto de la responsabilidad individual.

Además de lo mencionado debe existir eficiencia, eficacia, y efectividad en el manejo administrativo y gerencial de los recursos, garantizando la accesibilidad y la igualdad de oportunidades.

La Seguridad Social, comprende:

- Previsión Social: abarca regímenes de jubilaciones y pensiones, también llamados seguro de vejez (tal como tuvieron su origen con el Canciller Bismarck), la jubilación corresponde al seguro por vejez y las pensiones son los seguros para sobrevivientes.

- Seguro de Salud: esta expresión la usamos en nuestro país, pero la denominación generalizada es la de Seguro de Enfermedad.-Incluye las prestaciones para la cobertura de la salud de las personas en sus diversas formas y contenidos.
- Asignaciones familiares: Llamadas también subsidios familiares, constituyendo pagos de importes de dinero, fijos por cada carga de familia del trabajador beneficiario comprendido por la normativa.
- Seguro de accidentes del trabajo: Se refiere a las prestaciones en dinero brindadas a los trabajadores que sufren un siniestro en su salud en y por consecuencia del trabajo o en el viaje de ida o vuelta de su domicilio al lugar de trabajo, abarcando también las enfermedades adquiridas con motivo del mismo (enfermedades profesionales).
- Subsidio de maternidad: Son las prestaciones dinerarias que se otorgan por un período previo y otro posterior al parto, mientras dura la ausencia de la madre a su trabajo por esta causa y por un período determinado.
- Subsidio por desempleo: Son las prestaciones en dinero destinadas a efectuar la cobertura del paro forzoso o desempleo, cuyas regulaciones y montos presentan variaciones según el lapso en que se prolongue el mismo.

Las normas que determinan las regulaciones de los sistemas de seguridad social pueden tener diversos orígenes:

- Constitución Argentina de 1949 establecía el derecho del individuo, el deber de la sociedad y la garantía del Estado.

- Leyes que contemplaban la seguridad social para empleados públicos y profesionales que actúan en las Provincias, posteriormente reconocidos por la reforma constitucional de 1.994.
- Normas que atañen a la seguridad social en las Convenciones Colectivas de Trabajo.
- Instituciones asociativas y de matrícula de profesionales.

Si bien la Seguridad Social ha tenido históricamente un origen público y un desarrollo de igual naturaleza, desde hace algunas décadas también existen sistemas en el ámbito privado.- Obviamente los sistemas privados de seguridad social persiguen fines de lucro, aunque hay casos en que ello está ausente si son encarados por organizaciones no gubernamentales u otras entidades de bien público no estatales.-

Por sus acciones, las Políticas Sociales básicamente pueden presentarse como:

- Asistencia Social
- Promoción Social
- Seguridad Social

Asistencia Social

Acción que permite otorgar prestaciones a individuos o grupos que carecen de capacidad de reacción y que en general, no tienen recursos o ellos son ínfimos, se encuentran sumergidos en los distintos grados de las necesidades básicas insatisfechas (N.B.I.). De tal manera y sin que existan aportes de los beneficiarios, se conceden beneficios, lo que es objeto de críticas por su falta de incentivos al sacrificio y al esfuerzo.

Se estima que siempre habrá un nivel de marginados y pobres estructurales que necesitarán de esta acción.

Promoción Social

Acción que permite proveer elementos, recursos, medios y otros apoyos a individuos o grupos con capacidad e iniciativa para producir bienes o servicios y lograr niveles crecientes de desarrollo personal y social reintegran total o parcialmente los aportes recibidos.

Seguridad Social

Es el conjunto de principios, acciones, normas, tendientes a resolver con solidaridad y/o recursos financieros mediante los aportes y contribuciones de los sectores comprometidos las contingencias del trabajo y la inactividad, la integración familiar y otras que son típicas de la producción y de la vida moderna.

Está basada en la solidaridad, palabra que engloba la acción en la que todos contribuyen al sistema según sus posibilidades, de modo que cada persona pueda recibir atención cuando la necesite. La solidaridad se establece desde los sanos hacia los enfermos y de los que pueden pagar hacia los que no pueden. Solidaridad Mecánica y Solidaridad Orgánica.

Las Constituciones modernas han consagrado en sus textos, la enunciación y el respeto de los llamados derechos sociales, con la expresión de políticas sociales como programas de acción.

Las primeras fueron las de Méjico y la de Weimar (Alemania).

La expresión Seguridad Social fue usada por primera vez en la Social Security Act. de 1935 en USA.-En Inglaterra en 1941- 1942, se formula un vasto plan de Seguridad Social llamado "Plan Beveridge" (el informe presentado en 1942 por Lord Beveridge constituye un hito en la seguridad social, al dotarla de un carácter integral y universal. El informe buscaba extender los beneficios de la seguridad social a toda la población al proponer que: "La seguridad social fuera entendida como un derecho social solidario que obligara a la sociedad y al Estado a proporcionar un mínimo de bienestar general, independientemente de las aportaciones que pudiera realizar cada individuo al financiamiento de los servicios. Los costos de la reforma debían ser cubiertos con los recursos fiscales del Estado y con las contribuciones específicas de los trabajadores y empresarios al nuevo sistema. El Plan Beveridge proponía "la construcción de un sistema de beneficios sociales que fuera capaz de proteger a los ciudadanos desde la cuna hasta la tumba y que atacara los cinco males gigantes de las sociedades modernas: la indigencia, las enfermedades, la ignorancia, la suciedad y la ociosidad." Incluía un sistema de seguridad social unitario que manejaría las pensiones (enfermedades, maternidad, vejez, viudez y desempleo que cubría a toda la población), un servicio nacional de salud (atención médica gratuita con cobertura universal) y un sistema de asistencia nacional (para complementar los subsidios de la seguridad social cuando fueran insuficientes para lograr el mínimo de subsistencia deseado, el otorgamiento de subsidios familiares universales y la adopción del objetivo del pleno empleo como política de Estado. Los beneficios se extendieron a la educación, vivienda y atención especializada a niños. Inglaterra fue el primer país donde se introdujo, en 1911, el seguro de desempleo obligatorio.)

En 1948 en Washington se aprueba la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, en la que se asigna realce a los beneficios de la Seguridad Social.

En nuestro país el derecho a la Seguridad Social fue consagrado en la Constitución de 1.949 y se refería al amparo de los ciudadanos en casos de disminución, suspensión o pérdida de su capacidad para el trabajo. En definitiva en esta definición está materializado el concepto de protección al más débil, función ineludible del Estado. En 1949 la Constitución Argentina introdujo una extensa reforma en ese sentido, con la novedad de la calificación de derecho-deber-garantía.- Luego de abrogada la misma en 1956, la reforma constitucional de 1957 introdujo derechos de la Seguridad Social en el art. 14 bis.

Es un derecho humano porque se lo considera un derecho nato de cada hombre.

Está basada en la Solidaridad porque establece la participación en el esfuerzo de todos los individuos, empresas y la sociedad en su conjunto.

Es Integral ya que debe cubrir todas las contingencias de la vida humana (la OIT enuncia nueve en sus Convenios Internacionales).

La Universalidad o generalidad de sus beneficios deben extenderse a todos los individuos de la categoría comprendida.

La Igualdad de los beneficios otorgados deben extenderse con similitud en todos los casos y sin privilegios o excepciones.

Sin menoscabar la importancia de cualquiera de las tres acciones de la seguridad social, todas las mencionadas gozan de igual consideración, en el presente trabajo nos ocuparemos de una en particular, la salud social.

Salud social:

Las prestaciones de salud tienen un amplio desarrollo a través de las Obras Sociales sindicales y otras incluidas en el art. 1ro. de la Ley 23660, las excluidas del mismo y las de carácter provincial.

Con el aporte de los trabajadores y las contribuciones de los empleadores se financia el sistema, que en nuestro país tiene características propias.

El derecho a la salud, es un derecho inalienable de todo ser humano, la salud social se refiere a la aplicación práctica del mismo.

El Defensor del Pueblo de la Nación, al cumplirse el 54° aniversario de la Declaración de los Derechos Humanos, exponía estas cifras de la pobreza:

53,8% de la población, se encuentra por debajo de la línea de pobreza. De ellos, el 23,7 por ciento son indigentes.

Si se compara octubre de 1998 con junio de 2002, la tasa de crecimiento de ese proceso de migración hacia la pobreza fue del 65% y hacia la indigencia, del 152%.

Entre las consecuencias más graves se encuentran la obligación de precarizar la alimentación y abandonar tratamientos médicos.

En el 20% de los hogares pobres ningún individuo trabaja. Mientras que en 2001 se estimaba que la desnutrición afectaba a entre el 11 y el 17% de la población infantil total, la proyección para este año es del 20 por ciento.

En el Norte y el Gran Buenos Aires el 60% de los niños no tiene la alimentación garantizada.

La tasa de mortalidad infantil asciende al 18,4 por ciento por cada 1000 nacidos vivos.

En junio de 2002 se necesitaron \$ 18.000 millones para erradicar la pobreza; de ese total, 3200 millones eran para detener el avance de la indigencia. En contraste, en octubre de 1998 se asignaron \$ 6614 millones para combatir la pobreza y \$ 849 millones para hacer frente a la indigencia.

Brecha que existe en el ingreso per cápita entre ricos y pobres: la diferencia entre el 10% de los más ricos y el 10% de los más pobres es del 70 por ciento.

Se estima que para este año el gasto en salud caerá un 15%, comparándolo con 2001.

Fuente: informe del Defensor del Pueblo de la Nación, al cumplirse el 54º aniversario de la Declaración de los Derechos Humanos.

La realidad es la única verdad, para atacar el mal, debemos reconocerlo y atacarlo decididamente.

La salud social, debe analizar estas situaciones y actuar en consecuencia.

En el presente estudio analizaremos su composición, es decir cómo los argentinos, nos organizamos para atender nuestro estado sanitario y si en esa organización tenemos en cuenta el cumplimiento de los principios de la bioética: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

Describiremos la composición del sistema de salud argentino, muy especial y controvertido; cada uno de los tres subsectores con sus particularidades:

Subsector Público

*“La salud pública no debe tener límite en sus gastos.
El límite lo ha de dar la necesidad de curar
a todos los enfermos que el país tiene”.*

Jurisdicciones:

- Municipal
- Provincial
- Nacional

Total del país	Establecimientos asistenciales del subsector oficial						Promedio de camas disponibles	
	Total		Con internación		Sin internación		1990	2004
	1990	2004	1990	2004	1990	2004		
	6.140	8.000	1.136	1.321	5.004	6.679	70.615	78.057

Realiza pagos por prestaciones y recibe aportes por impuestos, tasas, contribuciones y donaciones.

Padece de los siguientes defectos:

- Mala distribución de los recursos: áreas con superposición de servicios frente a otras carencias casi absolutas.
- Medicina atomizada en diferentes administraciones: competencia en lugar de complementación.
- Bajo rendimiento del equipo de salud por factores tales como el multiempleo, falta de motivaciones.
- Deterioro progresivo de los establecimientos hospitalarios por financiación inadecuada y mal aprovechamiento de los recursos.

Sus consecuencias son:

- Mala atención al pueblo.

- Frustración del equipo de salud.
- Incumplimiento de los deberes del estado.

Está organizada por niveles de complejidad abarcando desde el primer contacto de la comunidad con el sistema, atención ambulatoria, atención de baja y mediana complejidad y atención de alta complejidad.

Provee servicios en forma directa y abierta, aceptando la demanda espontánea de toda la población.

Brinda atenciones de urgencia, también a los enfermos crónicos y desarrolla acciones de prevención.

Una nueva figura se ha instalado, cual es la del Hospital Público de Autogestión, actualmente denominado Hospital Público de Gestión Descentralizada; el Estado pretendió y pretende con ello, cobrar las prestaciones que estas instituciones realizan a pacientes con cobertura de obras sociales y de seguros.

Se creó un Registro Nacional de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada y se dictaron normas para su administración, para la facturación de las prestaciones existe un Nomenclador específico.

También se emitieron Resoluciones para el cobro inmediato de tales prestaciones, estableciendo plazos no superiores a los treinta (30) días, ya sea por pago directo de las Obras Sociales o por medio de la Súper Intendencia de Servicios de Salud.

Hoy, este sector atraviesa una profunda crisis generalizada afectando por igual a trabajadores de la salud y pacientes, en algunas regiones debe suplir la ausencia de prestadores privados, cerrados por la crisis imperante en el sector, situación que los convierte en único e insuficiente actor.

El día 17 de Junio de 2.009 el gobierno de la provincia de Córdoba decreta la Emergencia Sanitaria, admite la existencia de 500.000 habitantes de la ciudad de Córdoba sin cobertura social y habilita la atención médica ambulatoria de primer nivel en instituciones privadas.

Debe redefinir su rol, su identidad, o continúa compitiendo con el sector privado, recaudando, cobrando coseguros o brinda la atención gratuita a quienes más lo necesiten.

Sub-Sector Privado

En los albores de la organización sanitaria de nuestro país, este sub-sector era el de menor participación en el sistema de salud.

Hoy representa una importante presencia, cercana al 40% de infraestructura sanitaria existente, es decir que se aproxima a la disponibilidad estatal.

Establecimientos asistenciales propios del subsector: 4.403

Numerosas instituciones sanatoriales crecieron al amparo de la orientación política -social- económica imperante, se transformaron en los principales prestadores de las obras sociales con quienes celebraron convenios de diversas modalidades.

En épocas florecientes se erigieron en instituciones prestigiosas, poderosas, con recurso humano altamente capacitado y tecnología de avanzada.

Numerosos vicios también afloraron al mismo tiempo, sobrefacturación, sobreprestación, subprestación según la modalidad del convenio vigente, fueron factores que contribuyeron en gran medida a la situación actual del sector.

Es importante el número de instituciones sanatoriales que han cerrado sus puertas en el transcurso de los últimos años, con su secuela de pérdida de fuentes de trabajo y menoscabo de la calidad prestacional.

También es justo decir que la mayoría de estas instituciones debieron soportar que obras sociales importantes por su número de beneficiarios, no cumplieran con sus compromisos económicos durante meses y terminaran pagando una proporción antojadiza en un tiempo de igual calificativo.

Con el objeto de organizar su tratamiento, podemos decir que al sector privado lo integran:

- Organismos solidarios de inmigrantes
- Entes privados con fines de lucro
- Pre-pagos
- Mutualidades
- Organismos privados sin fines de lucro

Recibe pagos por prestaciones, cuotas de pre-pago y donaciones.

Caracterizado por:

- Medicina insuficiente, individual, desintegrada.
- Incapacidad para actualizar equipamiento.
- Crecimiento progresivo de sistemas comerciales de atención médica: salud como objeto de lucro.
- Explotación del equipo de salud como mano de obra barata.

Consecuencias:

- Crisis por aumento de la complejidad y el costo de la medicina moderna.
- Atención médica diferenciada para el enfermo pudiente.
- Sobrevivencia posible basada en el abuso y no en la necesidad real.

- Cobro de plus a los ciudadanos, con la carga de conflicto e injusticia que ello significa.

Es de esperar que la difícil situación se revierta ya que la existencia del sector privado es una necesidad para el correcto funcionamiento del especial sistema de salud argentino, al que no se lo debe despojar de sus características principales, es decir la solidaridad y la humanización de la práctica sanitaria.

También debe ser integrado al resto del sistema mediante propuestas de acciones sanitarias que contribuyan a la calidad de vida del pueblo todo y reciban el apoyo de los demás sub- sectores, de lo contrario continuará profundizándose la grave crisis que los afecta.

Sub-Sector de la Seguridad Social o de Obras Sociales.

Son las encargadas de administrar las prestaciones médico asistenciales para satisfacer las contingencias relacionadas con la salud de una determinada población.

Básicamente son agentes de un mecanismo de protección, que socializa los riesgos propios de la vida y los atiende con los recursos financieros que recibe de su población beneficiaria.

- Entidades prestadoras de servicios de salud propias del sector: 222
- 361 obras sociales inscriptas en el registro nacional de obras sociales al 1/1/1.994.
 - 26 obras sociales fueron dadas de altas después del 1/1/94.
 - 97 bajas de obras sociales posteriores al 1/1/94
 - 290 obras sociales inscriptas en el registro nacional de obras sociales al 15/2/99.

Beneficiarios:

Totales de titulares y familiares por provincia. Fecha de actualización: 31-10-2011

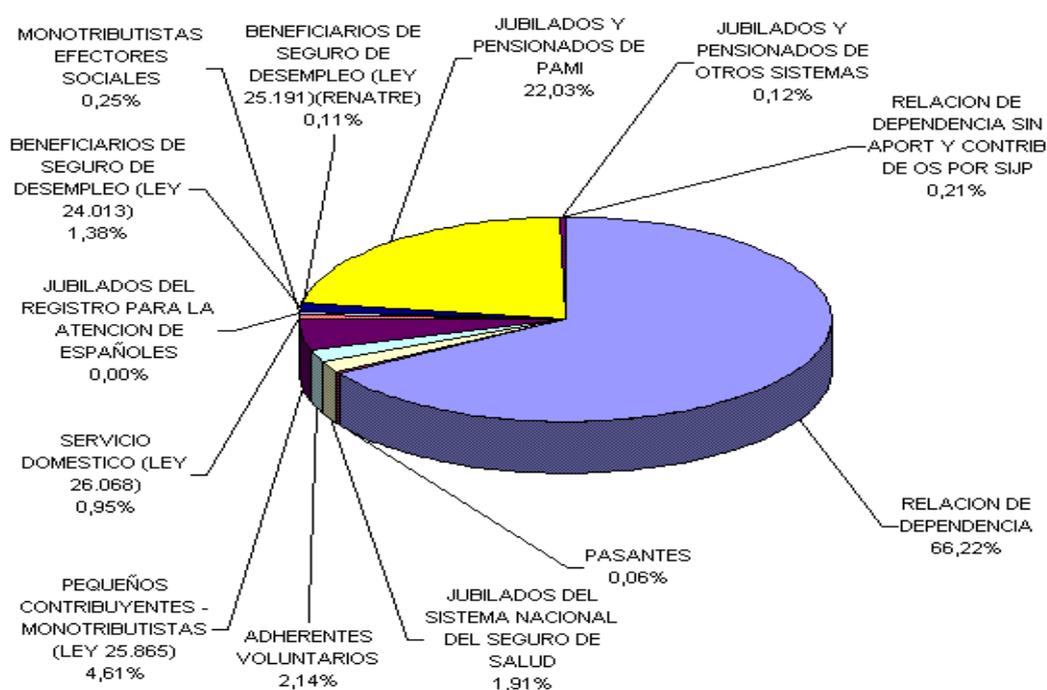
	Cantidad de titulares	Cantidad de familiares	Total de beneficiarios
CORDOBA	992,650	524,098	1,516,748
Totales del país	12,466,692	6,380,423	18,847,115

Tipo de beneficiario

Fecha de actualización: 31-10-2011

Fecha de proceso: 31-10-2011

Tipo de beneficiario	Cantidad Total
RELACION DE DEPENDENCIA	12,469,442
PASANTES	10,050
JUBILADOS DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD	362,599
ADHERENTES VOLUNTARIOS	405,016
PEQUEÑOS CONTRIBUYENTES - MONOTRIBUTISTAS (LEY 25.865)	838,359
SERVICIO DOMESTICO (LEY 26.068)	171,902
JUBILADOS DEL REGISTRO PARA LA ATENCION DE ESPAÑOLES	2,566
MONOTRIBUTISTAS EFECTORES SOCIALES	61,425
BENEFICIARIOS DE SEGURO DE DESEMPLEO (LEY 24.013)	223,815
BENEFICIARIOS DE SEGURO DE DESEMPLEO (LEY 25.191)(RENATRE)	16,939
JUBILADOS Y PENSIONADOS DE PAMI	4,273,150
JUBILADOS Y PENSIONADOS DE OTROS SISTEMAS	23,696
RELACION DE DEPENDENCIA SIN APORT Y CONTRIB DE OS POR SIJP	87,159
Total	18,946,118



Beneficiarios de obras sociales por naturaleza institucional. Total del país. Años 2005-2009

Naturaleza de la obra social	Beneficiarios de obras sociales				
	2005	2006	2007	2008	2009
Total	15.514.299	15.502.139	15.943.256	18.231.181	18.038.092
Sindicales	10.916.326	10.558.787	10.074.014	12.459.359	12.498.013
Estatales	27.694	22.390	16.438	16.830	14.437
Por convenio	67.541	58.080	42.729	18.814	18.663
Personal de dirección	922.595	979.900	952.103	1.038.416	1.038.651
Administración mixta (1)	2.566.352	2.821.863	3.789.726	3.503.292	3.270.739
Por adhesión (2)	28.407	29.714	28.750	29.089	29.896
Ley Nº 21.476 (3)	17.339	16.716	15.341	22.495	21.887
De empresas (4)	6.874	9.516	11.049	15.814	15.643
De otra naturaleza	961.171	1.005.173	1.013.106	1.127.072	1.130.163

(1) Creadas por ley y cuya conducción es ejercida por un organismo integrado por empresas del Estado, beneficiarios y empleadores. Incluye PAMI y otras menores.

(2) Exceptuadas de la Ley de Obras Sociales que no obstante se adhieren.

(3) De empresas estatales creadas por una disposición especial (Atanor, Papel Misionero, etc.).

(4) Corresponde a una sola empresa.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

Cantidad de obras sociales y beneficiarios según naturaleza institucional. Total del país. Años 2006-2009

Naturaleza de la obra social	2009			
		Obras sociales		Beneficiarios
		Total	Titulares	Familiares
Total	287	18.038.092	10.934.681	7.103.411
Sindicales				
Personal de dirección	206	12.498.013	6.811.825	5.686.188
Administración mixta	27	1.038.651	612.069	426.582
Resto	3	3.270.739	2.792.384	478.355
	51	1.230.689	718.403	512.286

Organizadas por el Estado y por los sindicatos, son:

- Estatales
- Paraestatales
- Sindicales

Reciben aportes patronales, personales, co-seguros y otros especiales.

Características:

- Solidaridad grupal.
- Obligatorias
- Responsabilidad compartida

Consecuencias:

- Cobertura parcial, a pesar de la vigencia del PMO, en un número importante de obra sociales
- Coseguros limitantes para los sectores de menores ingresos.
- Sobrecargas innecesarias en los costos de la prestación por parte del sector privado.
- Crecimiento del sector privado (gerenciadoras, administradoras, pre-pagos, etc.) bajo el estímulo de una medicina comercializada fruto de la desregulación real del sector.
- Escaso desarrollo de programas de prevención de salud.
- Administración y gerenciamiento, cuestionados por inoperantes e improductivos.

El organismo estatal que fiscaliza las Obras Sociales se denomina Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), cuyo universo es el que está descrito por los artículos 1° y 14° de la Ley 23.660 y los artículos 15° y 16° de la Ley 23.661, también las Asociaciones de Obras Sociales y aquellas que adhirieron o adhieran al Sistema Nacional del Seguro de Salud.

En la actualidad, las obras sociales están inmersas en un proceso de desregulación, deben cumplir con un amplio abanico de prestaciones especificadas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente, Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) que acompañó a la emergencia económica, aceptar trabajadores que optan por una obra social sin carencias ni preexistencias, cubrir todas las prestaciones de alto costo, discapacitados, etc. para lo cual se debe recurrir a la Administración de Programas Especiales (APE) quien debería acudir con ayuda económica para estos caso.

Total de Opciones captadas desde el comienzo del sistema (mayo 1998) a 2011

Denominación Obra Social	Altas del mes anterior al actual	Altas acumuladas	Totales
	25,549	4,077,293	4,153,948

La importante pérdida de fuentes de trabajo, el trabajo en negro, la falta de aportes en tiempo y forma por parte de las empresas, la falta de respuesta ágil por parte del APE, configura un escenario harto complicado que se traduce en interrupción de la cadena de pagos, limitación de los servicios, disminución de la calidad prestacional, saturación del sector público.

Lo enunciado también ocasiona la liquidación, fusión o desaparición de obras sociales, por lo que algunas han comenzado a desarrollar acciones conducentes a constituir diversos tipos de asociaciones que permitan preservar la calidad prestacional y la disminución de costos.

La solidaridad es la característica fundamental del sector, por ello

su recuperación es factible siempre y cuando se depongan intereses sectoriales o grupales, dejando que prevalezca el interés de conjunto.

En la República Argentina se visualizaban dos únicos sistemas de salud.- Uno era el público, con hospitales y otros centros de salud nacionales, extendido en todo el ámbito geográfico del país, provinciales y municipales. El otro era el privado, en el que estaban los sanatorios y otros centros, y los médicos en el ejercicio de su profesión liberal.- Siempre hubo un tradicional sector de hospitales de comunidades extranjeras, que eran en realidad mutuales.

Desde la década de 1.940 y en la actualidad, los sistemas han cobrado complejidad y pluralidad.-

Hay un subsistema público, con hospitales y centros de salud nacionales, ya muy reducido, escasos establecimientos provinciales y la gran mayoría, municipales.

El subsistema privado posee sanatorios y otros centros, prestadores de servicios, fundamentalmente a beneficiarios de Obras Sociales (centros asistenciales, redes, concesionarios, etc.), empresas de medicina prepaga y los médicos que ejercen la profesión.

Otro subsistema, especial y particular, lo constituyen las Obras Sociales que son:

- Institutos provinciales de carácter público provincial;
- de las Leyes 23660 y 23661, que son personas de derecho no estatal;

- del Poder Judicial nacional,
- Poder Legislativo nacional
- de las Universidades Nacionales,
- el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) también persona de derecho no estatal.
- las mutuales de salud, algunas de ellas inscriptas como Agentes del Seguro de Salud.

Fueron largos años de lucha del Movimiento Obrero Organizado de nuestro país, por lograr la institucionalización de las obras sociales, la legislación que las protegiera de las contingencias políticas y económicas.

Es así que en 1.970 se sanciona la Ley 18.610 llamada de Obras Sociales, creó el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales), definió jurisdicción o ámbito, también la financiación por aportes y contribuciones. Mediante esta Ley hace su aparición el instrumento que durante décadas fue el referente para establecer el pago de prestaciones, el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas.

Los tres sub-sectores planifican, financian, organizan y administran separadamente, llevando esto a una competencia en lugar de a una complementación.

A medida que el Estado se retira de su responsabilidad en el sector salud, disminuyendo sus porcentajes de financiamiento, dicha responsabilidad se transfiere a la comunidad organizada en base al principio de solidaridad grupal y cubriendo en parte este vacío, con las consiguientes injusticias

que se suceden como consecuencia de la ausencia del estado en la protección de los más débiles.

Seguro de salud y seguro de enfermedad son los nombres con los que habitualmente se identifican a los sistemas de atención de la salud, ya se traten de coberturas públicas o privadas, obligatorias o voluntarias, con financiamiento por impuestos o por contribuciones y otras variantes mixtas o combinadas.-

En nuestro país, los sistemas de salud tienen distintos orígenes y modalidades, ya los mencionamos, ampliando enumeramos:

- Público.
- Privado
- Seguro de salud (que se identifica y expresa a través de las Obras Sociales).
- Los institutos provinciales y de algunas municipalidades.
- Las instituciones excluidas del régimen de Obras Sociales (obras sociales de las universidades nacionales, del personal del Congreso de la Nación, del Poder Judicial de la Nación, del personal de las fuerzas armadas y de seguridad).
- Las entidades mutuales con programas y reglamentos de prestaciones de Salud (algunas de estas se encuentran inscriptas como Agentes del Seguro De Salud).

En la actualidad, los límites más o menos precisos entre los distintos sistemas y subsectores enunciados, han comenzado a desdibujarse por distintas razones.

En el subsector de las Obras Sociales, lo esencial en todos los aspectos es el régimen obligatorio.- Sin embargo, se originó un régimen voluntario o de adherentes que, en su mayoría los integrantes de este régimen son trabajadores autónomos que van desde los pequeños a los medios y medios altos recursos.- Esta franja de los autónomos no tenía cobertura excepto en el campo privado, en el que por cierto, muchos de ellos tienen contratadas sus coberturas o van a pagar los servicios a los prestadores privados

Las obras sociales nacionales recaudan la resultante del aporte del 9% del salario de cada trabajador registrado, con él deben solventar el costo del Programa Médico Obligatorio de Emergencia, el que implica erogaciones que deben ser subsidiadas por el APE, los coseguros y pagos adicionales por las prestaciones no incluidas en el PMO.

Las obras sociales provinciales dan cobertura aproximadamente 5,5 millones de personas en el país, y funcionan en las 24 jurisdicciones de manera muy diversa y manejan una cantidad de recursos que superan con creces los 5.000 millones de pesos. No entraron en el proceso de desregulación, tienen poblaciones cautivas.

La desregulación impuesta por el gobierno de turno, tal vez con fines positivos, se vio desvirtuado en la práctica, ya que se introdujo a las organizaciones en una pelea encarnizada para ser los dueños del “descreme”, el beneficiario fue tironeado por las fuerzas en disputa, prevaleció la cuestión económica y la solidaridad quedó de lado.

Sellos distintivos de las siglas de algunas obras sociales, históricamente raleadas en sus padrones, de pronto se vieron empachadas de beneficiarios que eran atendidos con exclusividad en algunos centros y gerenciadas por entidades empresariales creadas al efecto.

Toda la perversión introducida, la mercantilización de la atención de la salud de los beneficiarios del sistema, las ineficientes administraciones fueron disimuladas llevando al borde de la quiebra a organizaciones necesarias e indispensables, otros vicios contribuyeron al descalabro del sector, hoy subsidiado e insuficiente.

La pobreza es un renglón obligado en todo análisis que se emprenda desde la salud o desde la economía, y los dos binomios enfermedad-pobreza y salud-desarrollo económico adquieren una actualidad y una fuerza que llama a enfocarlos de manera tal que superen la mera antinomia, buscando identificar canales de articulación constructiva.

En términos económicos, la salud y la educación son las dos piedras angulares del capital humano, que es, según demostraron los premios Nobel Theodore Shultz y Gary Becker, la base de la productividad económica del individuo. Como ocurre con el bienestar económico de cada familia, la buena salud de la población es un factor esencial para la reducción de la pobreza, el crecimiento económico y el desarrollo económico a largo plazo. Una sociedad pobre puede caer en lo que se conoce como “trampa de la pobreza”, donde la mala salud contribuye al estancamiento o caída del PBI, y este estancamiento o caída impide a su vez una mejora de la salud.

Población total por cobertura de obra social y/o plan de salud privado o mutual, según sexo y grupos de edad.

Total	Obra social y/o plan de salud privado o mutual						
	Total	Tiene		No Tiene			
		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres		
Total	36.260.130	18.836.120	8.793.442	10.042.678	17.424.010	8.865.630	8.558.380

Total del país. Año 2001- fuente INDEC

Porcentaje de población sin cobertura de obra social, plan médico o mutual por grupos de edad, según provincia

Población total	Porcentaje de población sin cobertura	Porcentaje de población sin cobertura por grupo de edad								
		0-4 Años	5 a 14 años	15 a 19 Años	20 a 49 Años	50 a 59 Años	60 a 64 años	65 a 74 Años	75 a 79 años	80 años y más
36.260.130	48,1	58,7	54,1	53,5	50,8	43,4	36,9	22,9	13,4	11,9

Total del país. Año 2001- Fuente INDEC

Población sin cobertura de obra social, plan médico o mutual por grupo de edad y sexo, según provincia.

Población Total	Sin cobertura de obra social	Grupo de edad y sexo							
		0-14 años		15-49 años		50-64 años		65 años y más	
		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
36.260.130	48,1	55,5	55,7	52,8	49,8	46,0	37,6	21,6	16,7

Total del país. Año 2001- Fuente INDEC

Cantidad de obras sociales y cantidad de beneficiarios, según naturaleza institucional. Total del país. Años 2005-2007

Naturaleza de la obra social	2005			
	Obras sociales	Total	Beneficiarios Titulares	Familiares
Total	290	15.514.299	9.214.086	6.300.213
Sindicales	205	10.916.326	6.148.414	4.767.912
Personal de dirección	27	922.595	418.256	504.339
Administración mixta	2	2.566.352	1.980.434	685.918
Resto	56	1.109.026	666.982	442.044

Obras sociales	2006		
	Total	Beneficiarios	
		Titulares	Familiares
288	15.502.139	9.547.597	5.954.542
205	10.558.787	6.144.490	4.414.297
27	979.900	522.590	457.310
2	2.821.863	2.195.730	626.133
53	1.141.589	684.787	456.802

Obras sociales	2007		
	Total	Beneficiarios	
		Titulares	Familiares
288	15.943.256	9.449.934	6.493.322
205	10.074.014	5.218.281	4.855.733
27	952.103	485.927	466.176
2	3.789.726	3.110.980	678.746
53	1.127.413	634.746	492.667

Beneficiarios de obras sociales por naturaleza institucional. Total del país. Años 2005-2009

Naturaleza de la obra social	Beneficiarios de obras sociales				
	2005	2006	2007	2008	2009
Total	15.514.299	15.502.139	15.943.256	18.231.181	18.038.092
Sindicales	10.916.326	10.558.787	10.074.014	12.459.359	12.498.013
Estatales	27.694	22.390	16.438	16.830	14.437
Por convenio	67.541	58.080	42.729	18.814	18.663
Personal de dirección	922.595	979.900	952.103	1.038.416	1.038.651
Administración mixta (1)	2.566.352	2.821.863	3.789.726	3.503.292	3.270.739
Por adhesión (2)	28.407	29.714	28.750	29.089	29.896
Ley N° 21.476 (3)	17.339	16.716	15.341	22.495	21.887
De empresas (4)	6.874	9.516	11.049	15.814	15.643
De otra naturaleza	961.171	1.005.173	1.013.106	1.127.072	1.130.163

(1) Creadas por ley y cuya conducción es ejercida por un organismo integrado por empresas del Estado, beneficiarios y empleadores. Incluye PAMI y otras menores.

(2) Exceptuadas de la Ley de Obras Sociales que no obstante se adhieren.

(3) De empresas estatales creadas por una disposición especial (Atanor, Papel Misionero, etc.).

(4) Corresponde a una sola empresa.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

Indicadores generales del país- 2011- INDEC

- Población total. Ambos sexos, 2009. Dirección de Estadísticas Poblacionales, INDEC. 40.134.425
- Población total. Varones, 2009. Dirección de Estadísticas Poblacionales, INDEC. 19.657.086
- Población total. Mujeres, 2009. Dirección de Estadísticas Poblacionales, INDEC. 20.477.339
- Esperanza de vida al nacer en 2005-2010 (en años). Ambos sexos. INDEC. 75,24
- Esperanza de vida al nacer en 2005-2010 (en años). Mujeres. INDEC. 79,10
- Esperanza de vida al nacer en 2005-2010 (en años). Varones. INDEC. 71,60
- Índice de desarrollo humano, 2005. PNUD. 0,869
- Porcentaje de población con N.B.I., 2001. INDEC. 17,7
- Índice de precios al consumidor - Nivel General (variación de precios acumulada durante 2009) (1) 7,7
- Índice de precios al consumidor - Capítulo Atención Médica y Gastos para la Salud (variación de precios acumulada durante 2009) (1) 9,6
- Tasa bruta de natalidad, 2009 (por 1.000 habitantes). MS Serie 5 N° 53/10. 18,6
- Tasa bruta de mortalidad general, 2009 (por 1.000 habitantes). MS Serie 5 N° 53/10. 7,6
- Tasa de mortalidad infantil, 2009 (por 1.000 nacidos vivos). MS Serie 5 N° 53/10. 12,1
- Porcentaje de muertes neonatales reducibles, 2009. MS Serie 5 N° 53/10. 55,4
- Porcentaje de muertes post-neonatales reducibles, 2009. MS Serie 5 N° 53/10. 52,6
- Tasa de mortalidad materna, 2009 (por 10.000 nacidos vivos). MS Serie 5 N° 53/10. 5,5
- Médicos cada 10.000 habitantes, 2004. Abramzón (2005). 32,1
- Parteras cada 10.000 habitantes, 2004. Abramzón (2005). 1,1
- Farmacéuticos cada 10.000 habitantes, 2004. Abramzón (2005). 5,1

Enfermeros cada 10.000 habitantes (incluye enfermeros profesionales y licenciados en enfermería), 2004. Abramzón (2005). 3,8
 Odontólogos cada 10.000 habitantes, 2004. Abramzón (2005). 9,3
 Producto interno bruto, a precios de mercado, en valores constantes 1993, en millones de pesos, 2009.

MEcon. 386.704

Producto interno bruto per cápita. Elaboración propia sobre la base de datos del INDEC y MEcon.

9635,2

Gasto público consolidado de salud - Total (como % del PBI), 2009. Secretaría de Política Económica –

MEcon (3) 6,21

Gasto público consolidado de salud - Atención pública de la salud (como % del PBI),

2009. Secretaría de Política Económica - MEcon (3) 2,57

Gasto público consolidado de salud - Obras Sociales (como % del PBI), 2009. Secretaría de Política

Económica. MEcon (3) 2,74

Gasto público consolidado de salud - INSSJyP (como % del PBI), 2009. Secretaría de Política Económica. MEcon (3) 0,90

NOTA: (1) Aglomerado urbano Gran Buenos Aires. Elaboración propia en base a cifras provisionarias proporcionadas por el INDEC. (2) Al año de edad. (3) Cifras provisionarias.

Totales de habitantes con cobertura, titulares y familiares. Fecha de actualización: 31-10-2011. Fecha de proceso: 31-10-2011

Provincia	Cantidad de titulares	Cantidad de familiares	Total de beneficiarios
CORDOBA	992.650	524.098	1.516.748 (45,83%)
Totales país	12.466.692	6.380.423	18.847.115 (46,98%)

Población total de país: 40.117.096

Población total de la provincia de Córdoba: 3.308.876

OMS 2011: Datos estadísticos relacionados con nuestro país:

- Población total 40,276,000
- Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales) 14,000
- Esperanza de vida al nacer h/m (años) 72/79
- Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos) 15
- Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes) 160/88
- Gasto total en salud por habitante (\$int, 2009) 1,387
- Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2009) 9.5

Antecedentes legales

El pueblo argentino realizó importantes contribuciones para avanzar en la organización legal del sistema propio y pleno de características especiales, legislación que debe ser actualizada permanentemente, mencionaremos algunos hitos legales y luego haremos hincapié en los más significativos.

- Constitución Nacional 1.853 y sus modificaciones (1.957-1.994)
- Constitución de 1.949: Cap.III-Art: 37.-7
- Ley 18.610: INOS-Obras Sociales.
- Ley 20.748: Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Decreto 1.846/74
- Ley 20.749: Carrera Sanitaria Nacional.
- Decreto 1.847/74
- Ley 23.660: Ley de Obras Sociales.
- Ley 23.661: Ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud.
- Ley: 24.455: Programa de Prevención del SIDA.
- Ley 24.754: Medicina Prepaga. Prestaciones Obligatorias.
- Ley 24.004: Ejercicio de la Enfermería.
- Ley 23.798: Régimen Legal del SIDA.

- Decreto 1269/92: políticas sustantivas e instrumentales de la Secret. de S.
- Resolución N° 432/92: se crea el Prog. Nac. de Gar. de Cal. de At. Méd.
- Decreto N° 9/93 y Decreto N° 576/93: Libertad de contratación, excluidas las entidades que tengan el control directo o indirecto de las matrículas de profesionales del arte de curar. Eliminación de valores de nomenclador. Introducción del derecho de opción pero no aún operativo.-
- Hospital Público de Autogestión: Débito automático a las Obras Sociales. Decreto N° 578/93. Resolución N° 325/94 - ANSSAL
- Programa Médico Obligatorio. Decreto N° 492/95. Resolución N° 247/96 MSAS
- Transformación de los ex – Institutos en Obras Sociales sindicales. Decreto N° 492/95
- Res. 939/00-M.S.: PMO-Reformas.
- Procesos asociativos y de fusiones. – Res. N° 134/93 INOS –30/96-INOS
- Libre elección de Obras Sociales. Sindicales y otros. Resolución N° 633/96 – MSAS. Decreto N° 504/98.
- Por Convenio con Empresas. Decreto N° 1301/97
- De Personal de Dirección. Decreto N° 638/98.
- Programa de garantía de calidad de la atención médica. Res. 432/92 MS y AS. 149/93 MS y AS. Decreto N° 1424/97.
- Superintendencia de Servicios de Salud. Decreto N° 1615/96.
- Administración de Programas Especiales. Decreto N° 53/98.
- Inclusión de empresas y otras entidades de medicina privada en el marco del Sistema de Obras Sociales. Decreto 446/00.
- Resolución 201/2.002: Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE).
- Decreto 486/02: Emergencia Sanitaria.

Como aporte indispensable se elaboró una nutrida legislación que regula todo el sistema de salud social argentina, entre ellas debemos destacar:

- Constitución de 1.949-Cap.III .Art.37.I -Del trabajador-7:”Derecho a la seguridad social”: “El derecho de los individuos a ser amparados en los casos de disminución, suspensión o pérdida de su capacidad para el trabajo, promueve la obligación de la sociedad de tomar unilateralmente a su cargo las prestaciones correspondientes o de promover regímenes de ayuda mutua obligatoria destinados unos y otros a cubrir o complementar las insuficiencias o inaptitudes propias de ciertos periodos de la vida o las que resultan de infortunios provenientes de riesgos eventuales.”.
- Reforma constitucional de 1.957 se introduce en su artículo 14 bis los derechos de la seguridad social: “...El estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial la ley establecerá el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes, jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna”.
- Ley 18.610, diferencia a las Obras Sociales de los Sindicatos, deja fuera de sus áreas de acción social y salud a las prestaciones médico-asistenciales.
- Ley 23.660: Ley de Obras Sociales (29/12/1988): seguridad social; obras sociales; funcionamiento,; recursos financieros; organización; competencia; aporte y contribuciones; créase la Dirección Nacional de Obras Sociales: funciones, atribuciones, sanciones. Condónense las deudas que las Obras Sociales mantienen con el Instituto nacional de Obras Sociales. Esta Ley deroga las leyes 18.610 y 22.269.
- Ley 23.661: Sistema Nacional del Seguro de Salud: crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con alcances de un seguro social a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país, sin discriminación social, económica, cultural o geográfica(29/12/1988).
- Res. 9/1.993 (07/01/1.993) Dcto.N°576/93; Res.N°638/98MSyAS-Dcto N°504/98: Los beneficiarios comprendidos en los artículos

8°y 9° de la Ley N° 23.660, tendrán libre elección de su Obra Social dentro de las comprendidas en los incisos b, c, d, y f del artículo 1° de la citada Ley.

-Res. 247/1.996-MS y AS- 17/05/1.996: apruébese el Programa Médico Obligatorio (PMO) para los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1° de la Ley 23.660. Modificada por la Res. N°939/00MS.

- 01/1.998, se crea la Superintendencia de Servicios de Salud (Salud, creada por Dcto. N° 1.615/1996): reemplazó al Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS creada por Ley N°18.610) y a la Administración del Seguro de Salud (ANSSAL creada por Ley 23.661) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS, creada por Ley 23.660).

- Población Beneficiaria: 1992	17.101.082
1993	17.369.191
1994	16.401.408
1995	16.041.681
1996	15.553.577
1997	15.842.245
2010	18.847.115

(46,98% de la población total)

En síntesis, afirmamos que los principios que animan a la Seguridad Social son:

- Derecho Humano: se lo considera un derecho nato de cada hombre.
- Solidaridad: establece la participación en el esfuerzo de todos los individuos, empresas y la sociedad.
- Integral: debe cubrir todas las contingencias (la OIT enuncia nueve en sus Convenios Internacionales).
- Universalidad o generalidad: sus beneficios deben extenderse a todos los individuos de la categoría comprendida.

-Igualdad: los beneficios otorgados deben extenderse con similitud en todos los casos y sin privilegios o excepciones.

Y que las acciones básicas de la Seguridad Social son:

-Salud Social: realizado por las Obras Sociales Sindicales y otras consagradas en la Ley 23.660

-Asignaciones Familiares: se subsidian contingencias derivadas de vínculos familiares.

-Previsión Social: jubilaciones y pensiones. Los sistemas que lo componen son: capitalización, distribución o reparto y seguro de retiro.

A pesar de estos importantes enunciados y logros, se tejieron innumerables sospechas relacionadas con el manejo de los recursos económicos, manejos que en algún momento aparecían relacionados con acciones político-partidistas, en otros con la corrupción y en muchos casos con el típico accionar mafioso.

Más allá de lo expresado anteriormente, las Obras Sociales Sindicales en su inmensa mayoría sirvieron a los altos objetivos de posibilitar que, los trabajadores y sus grupos familiares, tuvieran acceso a la cobertura de la atención de la salud, en su concepción integral, igualitaria y humanizada..

Hasta el 15/02/99 se encontraban inscriptas en el Registro Nacional de Obras Sociales un total de 290 instituciones.

El sector pagador más activo, a cuyo influjo se levantaron importantes hitos en la historia sanitaria argentina, pasó por etapas de esplendor, en las cuales se consiguieron conquistas importantes y la adquisición de bienes

que facilitaron el esparcimiento y la mejor atención de los beneficiarios; también supo de etapas de crisis que comprometieron seriamente su estructura; las intervenciones y la dilapidación de sus fondos fueron la norma sobre todo durante los periodos dictatoriales.

La vigencia del estado de derecho, la democracia y el imperio de la Ley, posibilitaron que, nuevamente las organizaciones gremiales y sus hijas dilectas-las Obras Sociales-recuperaran protagonismo y sus conducciones naturales.

La solidaridad y la responsabilidad compartida son los sellos distintivos que anidan profundamente en las Obras Sociales Sindicales, ello lo diferencia de los emprendimientos que sólo persiguen fines comerciales y rentables, posibilita que, aquellos que menos tienen, accedan a la misma calidad de atención de aquellos que pueden más.

La globalización, la concentración de capitales y los efectos de la recesión, castigaron a todos los sectores de la vida nacional pero especialmente al de la producción y el trabajo.

La globalización, el imperio de recetas monetaristas, la transformación social conducente hacia una “sociedad planetaria”, trajo aparejado desocupación, desempleo, subempleo, trabajo en negro, falta de aportes patronales en tiempo y forma; sus consecuencias en el campo de la salud fueron tremendas ya que se cerraron numerosas instituciones sanatoriales, el trabajador de la salud se convirtió en la variable de ajuste y el beneficiario en un rehén de ésta nueva situación.

En la seguridad social se instauró la vigencia de la desregulación, como elemento innovador y obligatorio. Ante ello, las Obras Sociales Sindicales debieron replantearse objetivos, mecanismos operativos, planes de cobertura, nuevos sistemas de gerenciamientos, en suma, verdaderos procesos de reingeniería que aseguraran eficiencia y excelencia en la calidad de los servicios.

En este nuevo escenario, en esta nueva etapa social que vive el país, aquellas Obras Sociales Sindicales que se adecuaron, actualizaron y cambiaron, hoy caminan por el sendero de lo posible, las que no lo hicieron, hoy transitan el camino de la incertidumbre y la desaparición es su horizonte.

3. Hipótesis

La seguridad social argentina, en particular la atención de la salud social, nos plantea permanentemente el dilema bioético de la justa distribución de los escasos recursos, el respeto a los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

En la realidad efectiva de su existencia y desarrollo, el anhelo ha sido y es el declamado de la equidad, accesibilidad y justicia.

Tal vez éste haya sido el alto objetivo que tuvo en sus comienzos el sistema solidario, real cuando el estado protegía la esencia que lo había generado, golpeado en los gobiernos de facto, hoy desnaturalizado por la intrusión de agentes extraños que llevan al mercantilismo dejando de lado el sentido humanista que les diera origen.

No todo es negativo, el sistema, único en el mundo aún subsiste, brinda importantes servicios, pregona cobertura igualitaria para todos, mantiene el sistema solidario, las virtudes y los defectos, están siempre presentes.

El rescate de los valores originarios, la ética olvidada, las virtudes que lo hicieran grande y útil, deben ponerse en vigencia nuevamente, para ello, estudiaremos la presencia o no de los principios de la bioética, como herramienta fundamental en el futuro del sistema.

La cobertura universal pregonada en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), encuentra serios obstáculos para convertirse en realidad, la accesibilidad no está garantizada, la universalidad tampoco, lo

difícil de acceder al mismo lo torna insuficiente, las obras sociales sin seguridad del recupero de gastos por parte del APE (Administración de Programas Especiales), difieren las coberturas más onerosas.

El análisis de la situación de la seguridad social, demuestra que, el mismo se beneficiará con la incorporación de la bioética, en el presente trabajo, estudio observacional, cualitativo, trabajo de Tesis de carácter exploratorio, realizamos las primeras aproximaciones para continuar investigando este especial campo social.

Planteada la hipótesis, estudiaremos la real situación del subsector y su correspondencia o no con el cumplimiento de los principios bioéticos.

4. Objetivos

Existe el convencimiento popular acerca de las injusticias, inequidades y corrupción que envuelven el sistema de la seguridad social, más allá de las palabras del Dr. René Favaloro, escritas en un momento extremo de su vida, analizaremos el estado actual, en especial todo lo relacionado con la cobertura de la salud de las personas y el cumplimiento o no de los principios de la bioética.

La dignidad del Ser Humano es uno de los conceptos más desafiantes de nuestra cultura posmoderna donde el relativismo y el individualismo condicionan todo tipo de reflexión y de diálogo.

Es aquí dónde radica la dignidad de la persona: en su íntima unidad y en su conformidad (tomar la forma de) con la ley natural, lo constitutivo de sí, hoy se pretende manipular indecorosa y artificialmente la dignidad humana como la anticoncepción (que impide artificialmente la vida humana), el aborto (que destruye artificialmente la vida humana), la eutanasia (que abrevia artificialmente la vida humana).

La **dignidad de la persona** no es sólo una noción deducible de la afirmación bíblica según la cual el hombre es creado "a imagen y semejanza" del Creador; es un concepto basado en su ser espiritual, gracias al cual se manifiesta como ser trascendente con respecto al mundo que lo rodea. La reivindicación de la dignidad del cuerpo como "sujeto", y no simplemente como "objeto" material, constituye la consecuencia lógica de la concepción bíblica de la persona. Se trata de una concepción unitaria del ser humano, que han enseñado muchas corrientes de pensamiento, desde la filosofía medieval hasta nuestro tiempo.

La misma democracia peligra si no se reconoce la dignidad de cada persona y sus derechos.

Va a incidir en la dignidad de la persona recordando la formulación del segundo imperativo categórico de Immanuel Kant "obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio".

Se pretende que todos los que tenemos que ver con la atención de la salud de las personas y como una contribución a su calidad de vida, practiquemos el bien hacer, tanto en lo específicamente profesional como en lo humano.

El bien hacer entendido como el accionar respetuoso de los derechos de las personas y su dignidad, debe manifestarse en el cumplimiento real de las coberturas consensuadas en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), la Administración de Programas Especiales (APE) aportando el apoyo económico ante la cobertura de baja incidencia y alto costo que deben afrontar las obras sociales, todo aquello que demande el logro de la mejor calidad de vida del pueblo todo.

Así definidos los objetivos generales y específicos, cabe preguntarnos:

¿Cómo ejercer la justicia de un acto de cobertura de salud, cuando la escasez de recursos es una realidad que la transforma en su principal enemiga?

¿Es justo un sistema que sólo contiene a la mitad de la población de un país?

¿Es justo un sistema que concentra sus recursos humanos capacitados y tecnología actualizada sólo en los grandes centros urbanos?

Por todo ello, anhelamos estudiar la vigencia o no de los principios bioéticos en el subsistema de la salud social, mediante un trabajo cualitativo, descriptivo, amplio, incluyendo la historia, características, organización, metodología operativa, legislación y sus resultados.

5. Material y Método

La experiencia propia en el campo de la seguridad social, amplia bibliografía nacional e internacional, publicaciones en general y especializada, constituyen el material sobre el que planteo el presente trabajo.

El mismo se basa en la investigación de la salud social como parte de la seguridad social en el ámbito nacional, su aplicación, ajustada o no a parámetros internacionales y la presencia o no de los principios que animan a la bioética.

Todo ello conforma un estudio cualitativo del sistema, descriptivo, amplio, incluyendo la historia, características, organización, metodología operativa, legislación y sus resultados.

En el que la cruda realidad de la pobreza ocupa un renglón obligado, en todo análisis que se emprenda desde la salud o desde la economía, los dos binomios enfermedad-pobreza y salud–desarrollo económico adquieren actualidad y fuerza que, llama a enfocarlos de manera tal que superen la mera antinomia, buscando identificar canales de articulación constructiva.

En términos económicos, la salud y la educación son las dos piedras angulares del capital humano, que es, según demostraron los premios Nobel Theodore Shultz y Gary Becker, la base de la productividad económica del individuo.

Como ocurre con el bienestar económico de cada familia, la buena salud de la población es un factor esencial para la reducción de la pobreza, el crecimiento económico y el desarrollo económico a largo plazo.

Una sociedad pobre puede caer en lo que se conoce como “trampa de la pobreza”, donde la mala salud contribuye al estancamiento o caída del PBI, y este estancamiento o caída impide a su vez una mejora de la salud.

La OMS aporta en este año 2011, los siguientes datos estadísticos necesarios de ser considerados en el presente estudio:

DATOS ESTADÍSTICOS

- Población total: 40,276,000
- Ingreso nacional bruto per cápita (en U\$S americanos): 14,000
- Esperanza de vida al nacer h/m (años): 72/79
- Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos): 15
- Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes): 160/88
- Gasto total en salud por habitante (\$int, 2009): 1,387
- Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2009): 9,5

Los conceptos y datos registrados, fueron tomados de organismos oficiales nacionales, provinciales e internacionales, la carencia de estudios similares limitó la consulta, y fue necesario recurrir a estudios parciales tomados de organizaciones gremiales nacionales e internacionales.

Tal vez quien con mayor veracidad y dramatismo haya descripto la real y actual situación de los distintos actores del sistema de salud argentino, sea el Dr. René Favaloro, en su carta póstuma manifiesta:

- ...“*el desarrollo de la actividad docente, de investigación y*

asistencial que comienza a desarrollar en nuestro país... En la asistencial exigimos de entrada un número de camas para los indigentes. Así, cientos de pacientes fueron operados sin cargo alguno. La mayoría de nuestros pacientes provenían de las obras sociales. El sanatorio tenía contrato con las más importantes de aquel entonces.”

- “A pesar de que los directores aseguraban que no había retornos, yo conocía que sí los había. De vez en cuando, a pedido de su director, saludaba a los sindicalistas de turno, que agradecían nuestro trabajo. Este era nuestro único contacto.”

- “La calidad de nuestro trabajo, basado en la tecnología incorporada más la tarea de los profesionales seleccionados hizo que no nos faltara trabajo, pero debimos luchar continuamente con la corrupción imperante en la medicina (parte de la tremenda corrupción que ha contaminado a nuestro país en todos los niveles sin límites de ninguna naturaleza). Nos hemos negado sistemáticamente a quebrar los lineamientos éticos, como consecuencia, jamás dimos un solo peso de retorno. Así, obras sociales de envergadura no mandaron ni mandan sus pacientes al Instituto.”

- “¡Lo que tendría que narrar de las innumerables entrevistas con los sindicalistas de turno! Manga de corruptos que viven a costa de los obreros y coimean fundamentalmente con el dinero de las obras sociales que corresponde a la atención médica. Lo mismo ocurre con el PAMI. Esto lo pueden certificar los médicos de mi

país que para sobrevivir deben aceptar participar del sistema implementado a lo largo y ancho de todo el país. Valga un solo ejemplo: el PAMI tiene una vieja deuda con nosotros, (creo desde el año 94 o 95) de 1.900.000 pesos; la hubiéramos cobrado en 48 horas si hubiéramos aceptado los retornos que se nos pedían (como es lógico no a mí directamente). Si hubiéramos aceptado las condiciones imperantes por la corrupción del sistema (que se ha ido incrementando en estos últimos años) deberíamos tener 100 camas más... No daríamos abasto para atender toda la demanda.”

- “Lo mismo ocurre con los pacientes privados (incluyendo los de la medicina prepaga) el médico que envía a estos pacientes por el famoso ana-ana, sabe, espera, recibir una jugosa participación del cirujano. La corrupción ha alcanzado niveles que nunca pensé presenciar. Instituciones de prestigio, con excelentes profesionales médicos, envían empleados bien entrenados que visitan a los médicos cardiólogos en sus consultorios. Allí les explican en detalles los mecanismos del retorno y los porcentajes que recibirán no solamente por la cirugía, los métodos de diagnóstico no invasivo. Llegado el caso, una vez el paciente operado, el mismo personal entrenado, visitará nuevamente al cardiólogo, explicará en detalle 'la operación económica' y entregará el sobre correspondiente!”

- “La situación actual de la Fundación es desesperante, millones de pesos a cobrar de tarea realizada, incluyendo pacientes de alto riesgo que no podemos rechazar. Es fácil decir 'no hay ca-

mas disponibles. Nuestro juramento médico lo impide. Estos pacientes demandan un alto costo raramente reconocido por las obras sociales. A ello se agregan deudas por todos lados, las que corresponden a la construcción y equipamiento del ICYCC, los proveedores, la DGI, los bancos, los médicos con atrasos de varios meses Todos nuestros proyectos tambalean y cada vez más todo se complica.”

- *“¿Cómo se mide el valor social de nuestra tarea docente?”*

- *“Es indudable que ser honesto, en esta sociedad corrupta tiene su precio. A la corta o a la larga te lo hacen pagar.” “Sin duda la lucha ha sido muy desigual.”*

- *“A mí me ha derrotado esta sociedad corrupta que todo lo controla. Estoy cansado de recibir homenajes y elogios al nivel internacional. Hace pocos días fui incluido en el grupo selecto de las leyendas del milenio en cirugía cardiovascular. El año pasado debí participar en varios países desde Suecia a la India escuchando siempre lo mismo. ‘¡La leyenda, la leyenda!’.”*

- *“Quizá el pecado capital que he cometido, aquí en mi país, fue expresar siempre en voz alta mis sentimientos, mis críticas, insisto, en esta sociedad del privilegio, donde unos pocos gozan hasta el hartazgo, mientras la mayoría vive en la miseria y la desesperación. Todo esto no se perdona, por el contrario se castiga.”*

- *“Me consuela el haber atendido a mis pacientes sin distinción de*

ninguna naturaleza. Mis colaboradores saben de mi inclinación por los pobres, que viene de mis lejanos años en Jacinto Arauz. Estoy cansado de luchar y luchar, galopando contra el viento como decía Don Ata. No puedo cambiar. No ha sido una decisión fácil pero sí meditada.”

- “En estos días he mandado cartas desesperadas a entidades nacionales, provinciales, empresarios, sin recibir respuesta. En la Fundación ha comenzado a actuar un comité de crisis con asesoramiento externo. Ayer empezaron a producirse las primeras cesantías. Algunos, pocos, han sido colaboradores fieles y dedicados. El lunes no podría dar la cara.”

6. Desarrollo y Resultados

Todo lo expresado anteriormente, es la base histórica sobre la que se fundamenta el desarrollo del sistema, los datos actuales nos permiten observar que, en nuestro país, más del 40% de la población carece de cobertura de salud y que dos de cada diez niños padecen hambre.

Es obvio que no podemos desviar la atención de ésta realidad, so pena de caer en puntos de partidas falsos que nos conduzcan a análisis igual de falsos.

Según el concepto actual de salud, debemos considerar el medio ambiente, los recursos naturales, el trabajo, educación, accesibilidad, etc., como elementos de gran importancia en el logro de completo bienestar psicofísicosocial al que aspira el ser humano en general.

Los sistemas de salud propenden a alcanzar el ideal expresado en la definición, más no todo es un lecho de rosas, las espinas abundan tanto para el beneficiario como para el efector, quienes administran los escasos recursos tienen el deber de ser justos, equitativos, practicar la beneficencia, evitar dañar- no maleficencia y respetar la autonomía de las personas.

La accesibilidad a los servicios, es un tema que merece una consideración especial; el Programa Médico Obligatorio (PMO) establece desde sus comienzos los co-seguros que deben abonar los beneficiarios, los que, además, realizan aportes establecidos por Ley, también deben abonar el porcentaje no cubierto en medicamentos, en prótesis y descartables.

En la República Argentina, del gasto total en salud, el ciudadano

abona más del 40% de su propio bolsillo, es sabido que en los países del primer mundo, el ciudadano común no eroga más del 8% del gasto total.

Las obras sociales provinciales, no entraron en el proceso de desregulación, instrumentan trámites burocráticos para desanimar a beneficiarios y efectores, en la lucha por el logro de un beneficio, además por sus aranceles desactualizados, sus afiliados padecen el cobro del plus y los efectores el conflicto que ello acarrea con el consabido deterioro de la relación médico paciente.

En este marco de realidades, afirmamos que la accesibilidad a los beneficios del sistema, a la cobertura del PMOE, al recupero del gasto, de ninguna manera está garantizada.

No es posible ser justo cuando existen personas sin trabajo, marginados, fuera de cobertura social, vulnerables a las más simples de las agresiones, al hambre y la miseria.

Sabemos que no existe el sistema perfecto, todos tienen sus defectos, ante la cruda realidad y por la magnitud de la situación es imperioso que el Estado asuma el rol de proteger a los más débiles.

Es apropiado reflexionar acerca del Informe sobre la salud en el mundo del año 2010 de la OMS, pronunciado por la Dra. Margaret Chan Directora General de la Organización Mundial de la Salud, entre otras cosas, expresa:

”El gasto anual en salud en el mundo asciende a unos US\$ 5300

billones, y los esfuerzos por poner coto a los derroches y mejorar la eficiencia provocarán sin dudas potentes resistencias.

La OMS estima que actualmente, el costo de prestar un conjunto mínimo de servicios de salud básicos en los 49 países más pobres del mundo asciende a unos US\$ 44 por persona por año.

De esos 49 países, solo ocho tienen alguna posibilidad de generar los fondos necesarios para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud a partir de recursos internos únicamente. La solidaridad mundial es una necesidad.

Como se señala en el informe, el gasto público en salud oscila entre una cantidad tan exigua como US\$ 1 por persona y casi US\$ 7000 dólares. Y como se indica también, un mayor gasto en salud no garantiza mejores resultados sanitarios: lo que importa son las políticas.

Se alienta a todos los países del mundo a que adopten al menos algunas políticas que extiendan la cobertura a más personas y que permitan reducir el número de personas que corren el riesgo de ruina financiera a causa del costo de la atención sanitaria.

Todos los países, cualquiera sea la etapa de desarrollo en que se encuentren, pueden tomar medidas inmediatas para avanzar hacia la cobertura universal y mantener sus logros.

Los países que adoptan las políticas correctas pueden conseguir un

mejoramiento sustancial de la cobertura de los servicios y de la protección contra los riesgos financieros, cualquiera sea el nivel del gasto.”

Del discurso de referencia, resaltamos el consejo de poner coto a los derroches y mejorar la eficiencia, medidas que provocarán, sin dudas, potentes resistencias; también hace un llamado dramático a la solidaridad mundial, la cual es una necesidad y reafirma un concepto conocido, un mayor gasto en salud no garantiza mejores resultados sanitarios: lo que importa son las políticas.

Observamos que los problemas son comunes, si bien las políticas por sí solas no solucionan nada, son necesarias, deben estar acompañadas por cambios culturales que permitan procesos de mejora continua, basados en la solidaridad y en la eficiencia.

La complejidad del tema nos obliga a recurrir a los pensadores que han profundizado los conceptos de los principios bioéticos y luego realizar el análisis que nos permita desentrañar su vigencia o no en la actual salud social.

Los cuatro principios son, Beneficencia, No maleficencia, Justicia y Autonomía, Según Diego Gracia (1992), los cuatro principios se ordenan en dos niveles:

Nivel 1: No Maleficencia y Justicia. Es el nivel que podemos llamar de "ética de mínimos", en el que se nos puede obligar desde fuera, porque regula el bien común. Se refiere a las obligaciones "perfectas" que generan

deberes negativos transitivos (lo que no se debe hacer a otros). Socialmente vendría regulado por el Derecho.

Nivel 2: Autonomía y Beneficencia. Es el nivel de "ética de máximos", relacionado con el proyecto vital que cada persona libremente escoge en la búsqueda de la felicidad y de la plasmación de sus propios valores. Se refiere a las llamadas obligaciones "imperfectas", que me puedo exigir a mí, pero que no puedo imponer a los demás. Este nivel sería el correspondiente al estudio de la Moral.

Nos referiremos a cada uno por separado:

BENEFICENCIA

El Principio de Beneficencia supone un compromiso activo en realizar el bien. Se trata, fundamentalmente, de la obligación de no hacer daño ya que no existe obligación de hacer el bien.

El término "beneficencia" se entiende frecuentemente como aquellos actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta.

El principio de beneficencia apoya el concepto de innovar y experimentar para lograr beneficios futuros para la humanidad, y el de ayudar a otros (especialmente a los más desprotegidos) a alcanzar mayores niveles de bienestar, salud, cultura, etc., según sus propios intereses y valores.

La Beneficencia conlleva la idea del Bien, éste tiene acepciones

diversas, según se lo identifique desde la óptica economicista, filosófica, etc.

Bien: es todo aquello que satisface, directa o indirectamente, los deseos o necesidades de los seres humanos. Así lo afirman los economistas de la salud.

El Informe Belmont hace referencia al Principio de beneficencia, expresando que no sólo ha de respetarse y proteger del mal las decisiones del paciente, también es preciso un esfuerzo para asegurar su bienestar. Por «beneficencia» el Informe no entiende caridad, sino obligación: la obligación de beneficiar o hacer el bien. Incluye el principio hipocrático de no maleficencia y la obligación de «extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.

Es otro de los principios clásicos hipocráticos. El problema es que hasta hace poco, el médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente (modelo paternalista de relación médico-paciente). Por lo tanto, actualmente este principio viene matizado por el respeto a la autonomía del paciente, a sus valores, cosmovisiones y deseos. No es lícito imponer a otro nuestra propia idea del bien.

Para la ética médica, es útil tratar juntos, los principios de beneficencia y no-maleficencia, rindiendo honor a la tradición hipocrática.

Tom L. Beauchamp y James F. Childress, definen el principio de beneficencia como la obligación moral de actuar en beneficio de otros. Muchos actos de beneficencia son obligatorios, pero un principio de beneficen-

cia, tal y como nosotros lo entendemos, impone una obligación de ayudar a otros a promover sus importantes y legítimos intereses.”

Diego Gracia, especifica la Beneficencia no paternalista a la que entiende como aquella que intenta hacer el bien o ayudar a los demás en sus necesidades, siempre que ellos voluntariamente lo pidan o lo acepten. Por tanto, en las personas adultas y responsables este principio nunca permite hacer el bien o ayudar sin el “consentimiento informado”.

Al relacionarla fuertemente con el Consentimiento Informado, razona, lo siguiente, el principio de beneficencia es inseparable del de autonomía. Lo beneficioso lo es siempre para mí y en esta situación concreta, razón, por la cual es incomprensible separado de la autonomía. No se puede hacer el bien a otro en contra de su voluntad, aunque sí estamos obligados a no hacerle mal.”

H. Tristram Engelhardt, “El principio de beneficencia es el que pretende hacer, producir, o realizar el bien. Como tal, la beneficencia es el principio cardinal, destinado a asegurar la realización del bien, así como el equilibrio positivo de los beneficios sobre los perjuicios. Para precisar el contenido del principio de beneficencia, debemos especificar de qué bienes se trata, para quien, y en qué perspectiva. El principio de beneficencia habitualmente se invoca en tándem con el principio de autonomía; la beneficencia a menudo se ve en contraste o en competición con los intereses morales sostenidos por la autonomía.”

“Se debería formular el principio de beneficencia en los siguientes

términos positivos: haz el bien a los demás. Sin embargo, en la medida en que se intenta hacer a los demás lo que ellos consideran que sería su bien –y no lo que nosotros mismos o nuestra comunidad moral consideramos que es su bien– el sentido de la obligación se debilita.”

En síntesis:

El Informe Belmont, incorpora en la definición de beneficencia la obligatoriedad, la que no es incondicional.

A la hora de hacer el bien se debe tener en cuenta los riesgos y beneficios que se derivan de la acción que llevamos a cabo.

El principio de beneficencia está destinado tanto a asegurar la realización del bien como a equilibrar positivamente los beneficios sobre los perjuicios

La concepción actual del principio de autonomía y el principio de beneficencia hace que ambos entren en una tensión permanente.

D. Gracia y H.T. Engelhardt definen el principio de beneficencia en tándem con el principio de autonomía, y terminan subordinado la beneficencia a la autonomía.

La asimilación –no siempre acertada- del principio de beneficencia con el paternalismo, junto a la reivindicación cada vez mayor del principio de autonomía, ha hecho que la beneficencia quedara relegada a un segundo término, es decir, estas circunstancias han contribuido a hacer que la beneficencia quedara subordinada a la autonomía.

Seguramente la mala conciencia histórica del paternalismo médico, abusos incluidos, y la conciencia creciente de que la persona tiene derecho a tomar sus decisiones en aquellas cuestiones que la afectan, hace que hoy casi nadie se atreva a definir la beneficencia al margen de la autonomía.

Con todo, parece pues, que podemos concluir que la beneficencia y la autonomía están muy relacionadas: no se puede hacer el bien a otro sin tener en cuenta lo que él considera que es su bien, pero el respeto a la autonomía no puede llevar a los profesionales sanitarios a dimitir de su deber de beneficencia hacia los usuarios.

Cabe preguntarnos si hacer el bien en el sistema de salud es un principio que se practica o no, a la luz de las concepciones expresadas, es indudable la realidad de la existencia de la buena voluntad de hacer el bien, también es cierto que, múltiples factores tornan la concreción de la misma como un anhelo incumplido.

Los resabios culturales del médico paternalista, la convulsionada relación médico-paciente, la judicialización de los conflictos, conducen a la pérdida de la confianza, pretenden formalizar mediante fórmulas de consentimiento informado aquello que naturalmente se presentaba como consecuencia de la normal e insustituible relación directa.

¿Qué miembro del equipo de salud pretende algo distinto al logro del bienestar del paciente?

Todos pretendemos alcanzar ése objetivo, las amenazas a la vigencia de la sana relación entre las partes, obliga a la realidad de la presencia del consentimiento informado, formalidad que aún hoy cuesta mucho implementarlo masivamente.

NO MALEFICENCIA

Definición, antecedentes, conceptos.

No-Maleficencia, del latín, non malum facere, "no hacer daño".

El Principio de No Maleficencia se desprende del de beneficencia,

entendiéndose como tal el natural proceder del equipo de salud de procurar el bienestar del paciente lo que implica: a) prevenir el mal o daño, b) contrarrestar el daño, c) hacer o fomentar el bien y d) evitar la comisión de actos que pueden causar daño o perjuicio.

La máxima hipocrática “no hacer daño” (*primun non nocere*) ha sido durante mucho tiempo un principio fundamental de la ética médica.

El ciudadano común enfrenta la no maleficencia como algo obvio y que sólo podrían dejar de respetar los delincuentes y malignos. Se la relaciona con un daño explícito, y pocas veces con el daño moral de hacer un mal.

En relación con el campo de la bioética cuesta comprender que los agentes sanitarios puedan hacer un daño intencionalmente. Se desconfía más bien de la posible negligencia o falta de competencia que de una acción que pueda dañar voluntariamente. No se percibe la “cultura de la muerte” que puede justificar acciones a partir de ideologías o políticas sanitarias que riñan con la ética de la vida o con los derechos de los excluidos y los más vulnerables.

El principio de no maleficencia es el que impide hacer sufrir a los enfermos innecesariamente en nombre del avance de la ciencia.

JUSTICIA

Definición, antecedentes, conceptos.

Concretar una definición de justicia es pretender abarcar un mundo de conceptos y sintetizarlos en uno sólo, existen aquellos que la relacionan

con la equidad, entendiendo a la misma como ...”el derecho a la salud, en donde la justicia es el principio ético, es la igual oportunidad de todas las personas que participan de un sistema de salud, de tener acceso a los servicios de acuerdo a sus reales necesidades de salud ”; también está aquella que la relaciona con “la corrección o adecuación de algo a su modelo, lo que se ajusta al modelo”; ”dar a cada uno lo suyo” es una sintética definición no exenta de subjetividades.

En general, el principio de justicia reduce las desigualdades creadas por los principios de beneficencia y de autonomía, tiene un carácter sólo compensatorio.

Es uno de los temas más vivos y polémicos de la bioética actual.

Justicia y Equidad están íntimamente relacionadas, por ello expresaremos algunos conceptos relacionados con la equidad: Independiente del lugar de nacimiento, biología y ocupación, todos tenemos el mismo derecho a alcanzar niveles de cantidad y calidad de vida homogénea y aceptable.

Equidad en la asignación de recursos: equidad está referida a que cada uno reciba lo que necesita.; no es sinónimo de igualdad.

Equidad en el acceso a los servicios: en el momento de la necesidad se pueda recibir lo necesario cualquiera sea el lugar donde se encuentren las personas.

Equidad en los resultados: independientemente de condiciones so-

ciales y económicas, de dónde nacimos y vivimos, de en qué y cuánto trabajamos, todos los sectores de la población alcancen equivalentes resultados medidos por indicadores como esperanza de vida y tasas de morbilidad.

La inequidad es creciente, la distancia entre la vida saludable de ricos y pobres ha tendido a aumentar; por ejemplo en el Sistema Nacional de Salud inglés, en Canadá los pobres tienen 11 años menos de vida saludable que los ricos, en Francia, la esperanza de vida de un profesor universitario es 9 años mayor que la de un obrero especializado; todos ellos, países, con servicios de salud con asistencia universal e igualitaria.

Las causas del aumento de las inequidades están relacionadas con las causas del aumento de las pobreza.

La equidad en salud es condición necesaria pero no suficiente para la justicia social.

La equidad es el derecho a la salud, en donde la justicia es el principio ético, es la igual oportunidad de todas las personas que participan de un sistema de salud, de tener acceso a los servicios de acuerdo a sus reales necesidades de salud. Se entiende como la atención de la salud para cada grupo social según sus necesidades.

Existen varias teorías para definirla:

- teoría del derecho
- teoría igualitaria
- teoría basada en las necesidades

- teoría utilitaria

Los recursos en salud deben distribuirse entre los grupos de población de tal forma que se minimicen las diferencias en los estados de salud.

El criterio de equidad afecta a la distribución de los costos y sobre todo de los beneficios entre las personas.

Equidad o justicia distributiva lleva aparejada cierta idea de igualdad, por ej. De acceso a los servicios de salud.

EQUIDAD NO ES IGUALDAD

Equidad implica un juicio valorativo o normativo, económicamente no puede medirse directamente sino demostrarse en base a mediciones indirectas de desigualdades de diverso tipo, por ejemplo:

- Equidad en la provisión de servicios (igual tratamiento ante igual dolencia).
- Equidad en el acceso (acceso de acuerdo a la necesidad)
- Equidad en el financiamiento (participa con relación a su nivel de ingresos)

Metas de la Equidad:

- Maximizar la elección del consumidor
- Ofrecer los mismos servicios a todos
- Asegurar estándares mínimos para todos
- Dar respuestas a las necesidades de salud de la población

- Asegurar la calidad de la atención.

EQUIDAD HORIZONTAL:

- Iguales recursos para iguales necesidades:
- Igual gasto para igual necesidad
- Igual utilización para igual necesidad
- Igual acceso para igual necesidad
- Igual salud/disminución de inequidades en salud

EQUIDAD VERTICAL

- Recursos diferentes para necesidades diversas
- Diferente tratamiento para diferente necesidad
- Financiamiento progresivo basado en la disponibilidad para pagar.

La coexistencia del crecimiento económico con crecimiento de las inequidades es un rasgo característico del desarrollo reciente.

Las disparidades en salud que sean injustas, evitables y resultantes de la falta de opción de los afectados, son calificadas como inequidades en salud.

Volvemos a Justicia, la que por sí sola consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios.

Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que

la autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas.

Cómo proceder cuándo los recursos disponibles son menores que los teóricamente necesarios?

¿Cómo distribuir justamente los recursos insuficientes?

¿Qué es un sistema justo de servicios de salud?

¿Cómo asignar justamente los escasos recursos?

Se trata de brindar respuestas desde lo deontológico o de los principios privilegiando el bienestar colectivo, o desde lo teleológico o de las consecuencias es decir que se ha de actuar de acuerdo a los principios y criterios de la economía.

Justicia como proporcionalidad natural:

Pensadores griegos sostenían que la justicia es una propiedad natural, todo tiene su lugar natural y es justo que permanezca en él.

Platón en La República dice que “en una sociedad naturalmente ordenada y por tanto ajustada o justa, habrá hombres inferiores, artesanos, habrá también guardianes y en fin habrá gobernantes”. La asistencia médica tiene un carácter diferencial, al esclavo lo atenderá un médico esclavo, el artesano no podrá recibir un tratamiento caro o prolongado, sólo el rico tendrá completo acceso a la salud.

Justicia Distributiva:

Aristóteles: rige las relaciones del gobernante con sus súbditos, es la distribución de honores, dinero o cualquier otra cosa, entre los miembros de la sociedad, la que no podía hacerse de modo idéntico sino proporcionado a las capacidades naturales- El médico encarna el bien común, el enfermo busca el bien particular, la salud.

La salud ha dejado de comportarse como un bien de producción para convertirse en un bien de consumo. La salud obedece a la tercer ley de Engels (1.857) (la fracción del presupuesto familiar utilizada para pagar los servicios, los bienes culturales y el ocio, tiende a crecer a medida que aumentan los ingresos. ¿Todo gasto en salud está éticamente justificado y es exigible en justicia? ¿Cuáles son los límites?.

El N° de pacientes crónicos irrecuperables ha crecido contribuyendo a la explosión de los costos, la contención de los costos debe realizarse de acuerdo a la racionalidad económica, la justicia distributiva se rige por la relación costo-beneficio, lo justo se identifica con lo económicamente óptimo.

Adquieren gran importancia los estudios bioéticos sobre la contención del gasto y la justa distribución de los recursos escasos.

Utilitarismo: “la mayor felicidad del mayor número es la medida de lo justo y de lo injusto”.

Justicia como libertad contractual:

1.690 John Locke, describió los derechos primarios de los seres humanos:

- a- derecho a la vida
- b- derecho a la salud o integridad física
- c- derecho a la libertad
- d- derecho a la propiedad
- e- derecho a la defensa de los derechos humanos civiles y políticos.

Estos son bienes individuales para que sean un bien común es preciso efectuar un contrato o pacto social, fundamental para lograr la justicia social la que se identifica con el bien común.

El pacto social tiene por único objeto proteger los derechos naturales de los individuos.

Justicia como igualdad social:

Karl Marx y Friedrich Engels: el liberalismo carece de sentido, niega la propiedad privada de los bienes de producción, nueva definición de justicia distributiva: lo que debe distribuirse equitativamente no son los medios de producción sino los de consumo. "Equitativamente" para Marx, significa a cada uno debe exigírsele según su capacidad y debe dársele según sus necesidades. Justicia, dar a cada uno lo suyo, lo suyo para los liberales era lo propio, para Marx es lo que se necesita. Este era el concepto de justicia comunista en el que la salud es una capacidad y la enfermedad una necesidad, por lo tanto

la salud es un bien de producción y la asistencia sanitaria es un bien de consumo, el Estado tiene obligación de cubrir de modo gratuito y total la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos.

Justicia como bienestar colectivo:

Estado de Bienestar, creado por Otto Bismarck (1.880): la justicia se define como bienestar colectivo. Igualdad redistributiva, derechos humanos naturales o negativos (por ser previos a la constitución del Estado) y derechos económicos, sociales y culturales, denominados derechos humanos positivos (sólo pueden ser puestos en práctica por el Estado).

Liberalismo Democrático = Estado Minimalista (derecho a la salud = principio de libertad); Socialismo Democrático (derecho a la asistencia sanitaria = principio de igualdad) = Estado Maximalista (protege los derechos negativos y los positivos).

1.942, Plan Beveridge (Británico).

Tres modelos:

1- liberal (norteamericano);

2- socializado (británico);

3- intermedio (alemán).

La protección de la salud como un derecho social. 1.971, John Rawls (Teoría de la Justicia), la justicia como equidad (ética Kantiana, el ser humano es naturalmente moral y la sociedad bien ordenada regida por los principios de libertad e igualdad). Mínimos morales exigibles en virtud del principio de

justicia, tales mínimos cubren total o parcialmente la asistencia sanitaria.

“El deber moral es respetar todos y cada uno de los principios, a la vez que optimizar todas y cada una de las consecuencias, cuando dos principios resultan incompatibles, es preciso ordenarlos jerárquicamente, así, los derechos civiles suelen considerarse de rango superior al de los sociales. La economía y la política han acabado con la ética, pues las políticas sanitarias se diseñan con criterios utilitarios que poco atienden a los principios de equidad. La ética parece haber desatendido a la economía y a la política, éstas, por su parte, han decidido prescindir de aquella cuando no suplantarla”.

Óptimo de Pareto (1.848-1.923), Economista y sociólogo italiano, Desarrolló la noción de eficiencia relacionando la economía (eficiencia asignativa de los recursos tratando de llegar a un equilibrio óptimo a nivel social) y lo social.

Asignación de recursos disponible que mejore a alguien sin perjudicar a nadie.

Es imposible reasignar factores de producción de modo que se produzca más de un bien pero menos de cualquier otro bien. El equilibrio de mercado lleva a la eficiencia pero no a la equidad.

Tres teorías de Justicia:

Utilitarista: la justicia distributiva es una más para maximizar el bien común, el principio de justicia no es independiente del de utilidad.

Liberal: la justicia se relaciona con la libertad de elección en todos los niveles productivos.

Igualitarista (Rawls): la justicia es equidad, todos los bienes sociales deben ser distribuidos igualitariamente.

El principio de justicia -ponderado a los fines de decidir políticas sanitarias- debe ser abordado desde su perspectiva distributiva.

La redistribución a nivel estrictamente estatal, requiere en primer lugar reconocer la crisis en que ha entrado el modelo de estado de bienestar y en segundo término estimular la participación de la sociedad civil.

A su vez, la determinación de los límites de las políticas sanitarias debe ser establecida de modo acorde a la dignidad humana, y no en la medida de la disponibilidad de recursos económicos. Ello constituye una decisión política del Estado. La redistribución de recursos, pues debe estar encaminada a cubrir este límite, sin que ello importe negar la posibilidad que el mismo sea luego elevado, una vez alcanzados los pisos mínimos.

La justicia afirma que no estamos obligados a contribuir al bienestar de otros, la caridad nos manda ayudar; una injusticia ocurre cuando un beneficio al que una persona tiene derecho se niega sin razón válida o cuando se impone una responsabilidad indebidamente.

Desde la perspectiva constitucional, lleva a definir a la salud como un bien jurídico constitucional dotado de valor, por lo que no sería raro soste-

ner que también es un valor, la salud como “bien, valor y derecho” adscripto tradicionalmente a la primera generación de los derechos humanos ya no se abastece con la mera omisión de daño, sino que se integra además, con políticas activas, con medidas de acción positiva y prestaciones de dar y de hacer.

De lo expuesto se infiere con meridiana claridad que la salud, en los modernos procesos constitucionales, ha sido elevado a la categoría de un verdadero “derecho prestacional”, que impone deberes positivos a cargo de la autoridad pública, no sólo en la asistencia sanitaria frente a la enfermedad sino muy particularmente en el plano de la adopción de medidas positivas que favorecen un mayor bienestar y calidad de vida de los ciudadanos.

Esta conceptualización nos está indicando ya la necesaria co-relación y complementación de la salud como derecho individual y social, de manera inseparable de todo aquello que atañe a la protección y promoción de la salud pública.

La “promoción” apunta entonces a ofrecer igualdad de oportunidades y reglas de equidad en la sociedad, dentro de lo que John Rawls denominaría “bienes sociales primarios”, donde la función del Estado es la justicia, aquí en el sentido de “justicia de promoción de igualdad de oportunidades o de equidad”, para cuya consecución la salud configura un medio o instrumento particularmente significativo.

Desde una perspectiva bioética, el nacimiento y desarrollo de este

nuevo espacio interdisciplinario ha contribuido –conjuntamente con documentos fundacionales de la Organización Mundial de la Salud- a la superación del concepto de salud como mera ausencia de enfermedad, para referirnos a una visión integral de la salud, estrechamente relacionada con la idea o concepto de calidad de vida. Respecto de esto último es menester remarcar que “calidad de vida” debe necesariamente abarcar aspectos y circunstancias que van mucho más allá de indicadores meramente económicos, y tener siempre valor fundamental la idea de la intrínseca dignidad inalienable de cada ser humano.

De esta manera la prioridad se había centrado en la cuestión de la autonomía personal, pasa ahora de algún modo a enfatizar la cuestión de la justicia.

Justicia que debe comprender a la equidad y a la igualdad, conceptos difíciles de encontrar en las sociedades americanas, así se deduce del informe brindado por el BM en México, en él ratificó que América Latina registra uno de los mayores niveles de desigualdad del mundo, sólo comparables a los del África subsahariana. El 10 por ciento de la población que recibe mayores ingresos acapara casi la mitad de la renta, el 48 por ciento, mientras que el decil más pobre apenas accede al 1,6 por ciento. En este contexto, algunos países, como la Argentina, se cuentan entre los que más empeoraron su situación relativa en los últimos años. Lo más notable del informe reside en las causas encontradas para explicar las asimetrías en el reparto de ingresos.

En términos comparativos los niveles de desigualdad latinoamericana son muy superiores a los registrados en los países desarrollados, donde

la décima parte de mayores ingresos recibe el 29,1 por ciento del ingreso total, contra el 2,5 de la décima inferior. Incluso el país “menos desigual” de la región, Uruguay, registra una mayor desigualdad que el más desigual, por ejemplo, de Europa oriental.

La desigualdad se remontaría a las raíces históricas coloniales de América Latina. Específicamente, al carácter restrictivo y excluyente de las instituciones originales que se extendería hasta el presente. Para solucionar el problema, el organismo llamó a los “gobiernos y sociedad civil” de la región a “crear instituciones más abiertas” que “procuren una mayor equidad”. También a aumentar “el acceso de los pobres a los servicios públicos, especialmente educación y salud...”. Para el Banco Mundial resulta “preocupante” que algunos países “igualitarios” para los estándares latinoamericanos, como Argentina, Uruguay y Venezuela, “demuestren el último tiempo una creciente tendencia a la desigualdad, al menos en materia de ingresos” Guillermo Perry, el economista jefe del Banco para la región, sostuvo que Argentina es el perfecto ejemplo de lo que no debe hacerse en los buenos tiempos para prevenir las crisis. “En lugar de ahorrar en su mejor momento, aumentó excesivamente el gasto y cuando vinieron los malos tiempos perdió la financiación y no pudo evitar la crisis”, afirmó. “En la década de los 90, la desigualdad se mantuvo como promedio; aumentó en los países que eran menos desiguales, como Argentina y Venezuela, y bajó ligeramente en México”, consideró Perry, para quien “las reformas pro mercado tuvieron algunas un efecto negativo, otras positivo, pero en general tuvieron poco efecto” en materia de desigualdad.

El estudio también confirmó que la cuestión racial sigue contándose entre uno de los principales factores de discriminación económica. Centrán-

dose en siete países (Brasil, Guyana, Guatemala, Bolivia, Chile, México y Perú), el estudio revela que los hombres indígenas ganan entre 35 y 65 por ciento menos que los hombres blancos. En Brasil, por ejemplo, las mujeres y los hombres de ascendencia negra ganan alrededor de 45 por ciento de los sueldos de sus compatriotas blancos. El aparato de investigación que puso en movimiento el estudio incluyó el relevamiento de datos en 20 países con encuestas a 3,6 millones de personas. También se revisó “una vasta cantidad de estudios económicos, sociológicos y políticos sobre la desigualdad en América Latina”. Semejante bagaje de información le permitió a Perry afirmar que “para superar la desigualdad que socava los esfuerzos que hacen los pobres por salir de la pobreza, estos necesitan ejercer mayor influencia en las instituciones políticas y sociales, lo que incluye a instituciones y servicios públicos de salud y educación”. Otro de los coautores del informe, Michael Walton, agregó otra conclusión central: “La educación -dijo- es el activo de producción más importante al que la mayoría de la gente puede acceder alguna vez.”

Las desigualdades crean injusticias materializadas en obstáculos que tornan inaccesibles los servicios del sistema, al ciudadano común le resulta complicado acceder a los beneficios necesarios para la cobertura de su estado de salud personal y de su grupo familiar.

Igualdad y Desigualdad, La igualdad es un concepto medible y demostrable por su naturaleza económica positiva, a veces indiscutible, representa hechos cuantificables y contrastables.

OPS: “la diferencia entre inequidades y desigualdades reside en el hecho de que las inequidades representan desigualdades innecesarias, con-

sideradas y calificadas de injustas y evitables.”

Por ejemplo.

- libertad de elección limitada
- condiciones insalubres de vida y de trabajo
- inadecuado acceso a los servicios de salud
- movilidad social por enfermedad (selección natural)

El deber moral es respetar todos y cada uno de los principios, a la vez que optimizar todas y cada una de las consecuencias, cuando dos principios resultan incompatibles, es preciso ordenarlos jerárquicamente, así, los derechos civiles suelen considerarse de rango superior al de los sociales.

El principio de justicia entre todos los principios bioéticos quizás sea éste el más complejo de definir y sobre todo de llevar a la práctica.

Si la justicia es la inclinación por dar y reconocer a cada uno lo que le corresponde ¿cómo debe actuarse hoy al distribuir los recursos sanitarios, sabiendo que éstos no son suficientes para todos? ¿Quién debe tener prioridad a la hora de una costosa terapia o una compleja intervención quirúrgica? ¿Qué tipo de enfermedades deberían tener preferencia para ser investigadas, las que afectan a pocas personas del primer mundo o aquellas que constituyen auténticas epidemias en los países pobres?

Las relaciones entre lo económico y lo sanitario son las que con mayor frecuencia incumplen el principio de justicia, siempre que a personas iguales se las trata de manera diferente.

AUTONOMIA

Definición, antecedentes, conceptos.

Se puede definir como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección. De aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la ética médica actual

Por autonomía se entiende en bioética la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción.

Tiene como expresión jurídica el Consentimiento informado, para ello deben existir tres condiciones:

- 1- información adecuada.
- 2- ausencia de coerción.
- 3- plena competencia del paciente.

El principio ético del respeto por la persona humana, esencialmente de su autonomía, debe pasar por el proceso del consentimiento informado. El acto médico a cumplirse en una persona sólo se llevará a cabo bajo su aquiescencia y para lo cual deberá estar en pleno conocimiento de su situación sanitaria, y respetadas sus convicciones íntimas, su puesta de conciencia ante la vida.

La democracia misma, como régimen político y de convivencia social, requiere y privilegia la necesidad de ciudadanos autónomos capaces de gobernar adecuadamente su propia voluntad, deseos y conductas en el

presupuesto de un marco de decencia para que la vida humana sea cada vez más humana.

Autonomía es la condición del individuo de que de nadie depende en ciertos conceptos; el hombre es un animal social, vive y se desarrolla en compañía de otros hombres, desarrollo que en cada individuo implica un crecimiento y maduración física, espiritual y social.

La autonomía del ser social debe regirse por sí mismo («autos») según propias leyes («nómos») de decisión, necesita -por necesidad primaria- la presencia de un «conocimiento lo más exacto posible y reflexivo de las cosas; un conocimiento interior del bien que debemos hacer y del mal que debemos evitar; aquella propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales y en todas las modificaciones que en sí mismo experimenta» (Diccionario de la Real Academia Española). Vale decir, debe estar munido de conciencia. Conciencia que etimológicamente proviene del vocablo ciencia, conocimiento.

Las tres facultades del espíritu, el raciocinio, el sentimiento, la fe, así como sus correlatos en la cultura, la filosofía, el arte y la religión, deben estar integradas e internalizadas por el hombre, de su mayor o menor cumplimiento dependerá el grado de conciencia personal adquirido que estará en relación directa con el grado de autonomía disponible que permita asumir la posibilidad de decidir por nuestra cuenta.

La información brindada por el médico, debe ser clara, amplia, concreta, fácil de ser entendida, para fortalecer el ejercicio de la autonomía del

paciente hospitalario, quien debe dar una respuesta a conciencia.

El ejercicio de este derecho está condicionado y limitado por varios factores, así como su intimidad vulnerada por la pobreza y su libertad de acción.

La relación médico-paciente, ejerce importante impronta sobre la autonomía del paciente para tomar decisiones, en mucho dependerá del carácter que tenga dicha relación, pues de ella dependerá la mayor o menor confianza o la desconfianza existente.

Es esta situación la que hace presente en el médico la responsabilidad de asumir un pensamiento reflexivo sobre sus posibles decisiones y alcance de sus actos terapéuticos.

Con el objeto de aclarar conceptos relacionados con este principio recurrimos a pensadores tales como:

Tom I. Beauchamp y James F. Childress, se refieren a la Autonomía personal de la siguiente manera:

“Regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que puedan controlar, y sin limitaciones personales que impidan hacer una elección. Una persona actúa libremente de acuerdo con un plan elegido.”

En esta libertad existen acciones autónomas que son las que se analizan en función de sus agentes, los cuales actuarán: a) intencionadamen-

te; b) con conocimiento; y c) con ausencia de influencias externas que pretendan controlar y determinar el acto.”

También hacen una importante referencia al Principio de respeto a la autonomía:

“Ser autónomo no es lo mismo que ser respetado como agente autónomo. Respetar a un agente autónomo implica, como mínimo, asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales. Este respeto debe ser activo. Implica no sólo la obligación de no intervenir en los asuntos de otras personas, sino también la de asegurar las condiciones necesarias para que su elección sea autónoma.”

“El principio de respeto a la autonomía se puede formular negativamente: las acciones autónomas no deben ser controladas ni limitadas por otros. Este principio plantea una obligación amplia y abstracta que no permite cláusulas de excepción y la obligación positiva de ser respetuosos ofreciendo información y favoreciendo la toma de decisiones autónomas. Muchos actos autónomos no serían posibles sin la cooperación activa de otros que permitan que las opciones sean viables. Respetar la autonomía obliga los profesionales a informar, a buscar y asegurar la comprensión y la voluntariedad y a fomentar la toma de decisiones adecuada.”

Por su parte Diego Gracia se refiere al principio como acto de elección autónoma, expresa:

"La autonomía puede ser considerada una facultad o condición sustantiva de la realidad humana; pero puede también ser vista, de modo más simple, como un acto, el acto de elección autónoma. Esta última definición de autonomía es la que ahora interesa, no sólo porque resulta más simple sino además porque tiene mayor operatividad. Las personas autónomas pueden hacer y de hecho hacen elecciones no autónomas; y, por el contrario, las personas no autónomas son capaces de realizar acciones autónomas en ciertos momentos y hasta cierto grado."

Faden y Beauchamp piensan que las acciones son autónomas cuando cumplen tres condiciones: "intencionalidad", "conocimiento" y "ausencia de control externo".

En síntesis:

Por autonomía se entiende en bioética la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción.

Respetando el pensamiento de lo expresado anteriormente, resaltamos los siguientes pensamientos:

- 1- Persona autónoma, respeto a la autonomía y acción autónoma
- 2- Autonomía entendida como principio de permiso

El concepto de autonomía suele mezclarse confusamente con el concepto de autodeterminación. El concepto confunde la autodeterminación con la autonomía. La autodeterminación se mantiene en el plano de las ejecuciones realizadas en función de normas establecidas, ya sea ajustándose a ellas, ya sea incumpléndolas deliberadamente, o combinándolas de modo peculiar. La verdadera significación de la autodeterminación tiende a subrayar que el sujeto no tiene por qué considerarse autónomo en el proceso de su

libre autodeterminación. En general, toda autodeterminación necesita el consejo implícito o explícito del grupo al que el sujeto pertenece.

En definitiva el principio de Autonomía es el que afirma que los individuos deben ser tratados como agentes libres e independientes. Se parte de la creencia en que cada persona tiene que ser considerada como un ser autónomo cuya libertad ha de ser respetada. Tal principio ha supuesto una verdadera revolución en el campo de la medicina. Aquella imagen del médico de cabecera paternalista, de principios del siglo XX, que siempre tenía razón y, por tanto, convenía obedecerle, hoy ya no existe, el médico ha perdido su gloriosa omnipotencia ante la autonomía conseguida por el paciente.

En la actualidad los enfermos deben ser correctamente informados de su situación clínica y de las posibles opciones o tratamientos que se les pueden aplicar.

La opinión de la persona que acude al médico se considera muy importante, de ahí que se valore tanto su consentimiento informado.

El principio de autonomía reconoce la libertad de opinión, de creencia o de cultura y deja en manos de cada ciudadano el libre albedrío para decidir sobre su propia vida.

Expuestos los principios y desarrollados los conceptos que caracterizan la estructura del singular sistema de salud argentino, sólo resta verificar la correspondencia entre ambos.

La seguridad social comprende varias acciones entre ellas, la salud

social, ella abarca el subsector público y el de las obras sociales, sólo el de las obras sociales comprende a más de 18 millones de habitantes y a otros tantos argentinos que carecen de cobertura social y deben recurrir al subsector público.

Este sensible espectro de la población argentina es el principal componente del presente estudio.

Su composición estructural nos muestra personas con cobertura social a través de las obras sociales propias de su ámbito laboral y aquellas personas que no poseen trabajo formal, están en negro, por lo tanto los servicios de salud a los que acude son aquellos comprendidos en el subsector público.

Hospital Público	Obras Sociales
Recibe demanda espontánea	Atiende demanda de sus beneficiarios
Cobra bonos	Cobra coseguros
Factura a OS y Seguros	Paga prestaciones
Recursos del presupuesto	Recursos de aportes
Prestaciones sin límites	Prestaciones ajustadas al PMO
Caridad	Solidaridad

Es indudable que la estructura y los procesos están direccionados en hacer el bien, hemos tomado conocimiento de los datos estadísticos que muestran desigualdades y factores que dificultan la accesibilidad a los beneficiarios del sistema.

Ante el cuadro de situación de crisis del sector, las condiciones de inequidad e injusticia social, el pretender hacer el bien, respetando la autonomía de la persona y considerando la justa distribución de los escasos recursos, es la aplicación del arte del gerenciamiento y administración que, dejará

personas conformes y otras disconformes, entre ellos al mismo miembro del equipo de salud que le corresponda actuar.

No dañar, es el imperativo que anida en la conciencia y en cada uno de los actos de todo miembro del equipo de salud, sin embargo la seguridad del paciente es un tema pendiente.

La seguridad del paciente hace a la calidad de la atención de la salud de las personas, calidad y seguridad son indispensables para aplicar correctamente los principios de beneficencia y no maleficencia.

Acreditar calidad en salud, en nuestro país es un acto voluntario, en la provincia de Córdoba no existe institución sanitaria que haya acreditado calidad, menos aún que certifique trabajar seriamente en lo atinente a la seguridad del paciente.

Aún existe el concepto del modelo médico hegemónico, por lo que el concepto del bien que prevalece, es el que aplica unidireccionalmente el médico, sin importar si el otro también considera lo mismo.

Para que podamos afirmar que beneficencia y no maleficencia son una realidad, debemos provocar cambios culturales traducidos en el respeto al pensamiento del paciente y sus derechos, conjuntamente con la obligación de acreditar calidad, trabajando en las normas que hacen a la seguridad del paciente y la implementación de procesos de mejora continua.

Justicia, equidad e igualdad, si nos ajustamos a las definiciones de

cada uno de los términos y a los informes brindados por organismos regionales e internacionales, deberíamos aseverar que la injusticia social está presente al igual que las inequidades y desigualdades.

Aplicando el concepto de justicia distributiva a los escasos recursos disponibles surge de inmediato la realidad de la injusticia en la asignación de recursos.

Quién es el que puede determinar qué le corresponde a cada uno, con qué criterio se puede asignar a uno si y a otro no, es sólo el médico el que debe cargar con toda la responsabilidad, ante la emergencia que implica el peligro de perder la vida, es indudable que el criterio profesional debe impear, no en forma absoluta, el encarnizamiento terapéutico, los derechos del paciente y el principio de justicia en su concepción más amplia, son factores de gran influencia en el momento de toma de decisiones.

Justicia, es el principio cargado de polémica en la bioética actual, en su aplicación intervienen consideraciones legales, médicas, filosóficas, políticas sanitarias y humanas.

Cargado de subjetividades, el concepto de justicia lleva a posiciones individuales, encontradas con otras generales, dar a cada uno lo suyo es de gran amplitud, si completamos y decimos dar a cada uno lo suyo según su necesidad, estamos dando paso a la equidad.

El PMO establece un menú igualitario de cobertura prestacional, para que sea equitativo debería ser flexible para responder a las necesidades de

cada uno, esto no es así, la flexibilidad le cuesta dinero al beneficiario ya que es él el que carga con la diferencia en la prestación, en la prótesis o en prácticas no incluidas en el PMO.

La autonomía como sinónimo de libertad, también está limitada en el subsistema, por diversas causas, por ejemplo:

- Libre elección del profesional limitada a la cartilla.
- Presencia de bonos o coseguros.
- Menú de cobertura acotado.
- Burocracia engorrosa.
- Concentración de servicios.
- Falta de información adecuada.
- Escasa implementación del consentimiento informado.
- Trato despersonalizado.
- Normas de seguridad el paciente, ausentes.

Por todo lo expuesto concluimos en aseverar que los principios bioéticos no se cumplen en el ámbito de la salud social argentina, a pesar del recurso humano que integra el equipo de salud, caracterizado por su profundo sentido solidario, cargado de responsabilidades directas y los magros recursos con que cuenta para actuar.

7. Discusión

Las características especiales del sistema de salud argentino, tornan vanos los intentos de llevar a cabo una comparación con similares del planeta, no obstante haremos referencias a datos comparativos recurriendo a estudios realizados por organismos reconocidos.

Sin duda alguna, la primera referencia mundial es la declarada durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, es una consideración ineludible, consideraba la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, reafirmaba el concepto de salud expresado por la OMS... "la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", la condición de que es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social. La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad

mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que es considerado elemento esencial de dicho desarrollo.

Las buenas intenciones de la Declaración de Alma Ata, no alcanzaron para concretar los anhelos de salud para todos en el año 2000, de desarme y de paz, no obstante sus recomendaciones son valiosas y siempre vigentes.

Según el informe de la OMS los países menos corruptos coinciden con los de mejor sistema de salud.

La OMS se refiere a la inequidad sanitaria como una cuestión de vida o muerte, afirma que los sistemas de salud no tenderán espontáneamente hacia la equidad. Se precisa de un liderazgo sin precedente, que obligue a todos los actores, incluso los ajenos al sector de la salud, a examinar sus repercusiones en la salud. La atención primaria de salud, que integra la salud en todas las políticas gubernamentales, es el marco idóneo para ello.»

Aporta el siguiente razonamiento, el niño que nazca en un determinado barrio de Glasgow (Escocia) probablemente viva 28 años menos que otro que nazca sólo a 13 km de distancia; la niña que nazca en Lesotho probablemente viva 42 años menos que la que nazca en el Japón, en Suecia, el riesgo de que una mujer muera durante el embarazo o el parto es de 1 por cada 17 400; en Afganistán es de 1 por cada 8. La biología no explica esas cifras. Antes bien, las diferencias entre países, y dentro de un mismo país, son consecuencia del entorno social en que las personas nacen, viven, crecen, trabajan y envejecen.

La nefasta combinación de políticas y arreglos económicos deficientes y una mala gestión política es responsable en gran medida de que la mayoría de la población del mundo no goce del grado de buena salud que sería biológicamente posible», sostiene la OMS para Subsanan las desigualdades en una generación es necesario alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. «La injusticia social provoca la muerte de un número enorme de personas.»

Las inequidades sanitarias - resultantes de causas injustas y evitables de mala salud - han sido medidas hace mucho entre países distintos, por ejemplo: La esperanza de vida de los aborígenes australianos varones es 17 años menor que la de cualquier otro varón australiano; en Indonesia, la mortalidad materna es de 3 a 4 veces superior entre los pobres que entre los ricos; en el Reino Unido, la mortalidad de los adultos de los barrios más pobres multiplica por 2,5 la de los adultos de los barrios menos pobres; la mortalidad entre los niños de barrios de chabolas de Nairobi multiplica por 2,5 la de otras partes de la ciudad; el bebé de una mujer boliviana no instruida tiene una

probabilidad de morir del 10%, mientras que el de una mujer que haya cursado por lo menos la enseñanza secundaria tiene una probabilidad de morir del 0,4%; en los Estados Unidos de América se habrían evitado 886 202 muertes entre 1991 y 2000 si las tasas de mortalidad de blancos y afroamericanos se igualaran. (Esa cifra contrasta con las 176 633 vidas salvadas en los EE.UU. por los adelantos médicos durante ese mismo periodo); en Uganda, la tasa de mortalidad de menores de cinco años entre las familias del quintil más rico es de 106 por 1000 nacidos vivos, mientras que en el quintil más pobre es aún peor, de 192 por 1000 nacidos vivos, lo que supone que casi una quinta parte de los bebés que nacen vivos en las familias más pobres acabarán muriendo antes de cumplir cinco años. Compárense esas cifras con la tasa de mortalidad promedio de menores de cinco años en los países de ingresos altos, de 7 por 1000 nacidos vivos; la OMS encontró pruebas que demuestran en general que los pobres están en peor situación que los menos pobres, pero también encontró que los menos pobres están peor que los de ingresos medianos, etc. Esa pendiente que vincula los ingresos con la salud es el gradiente social, y se observa por doquier, no sólo en los países en desarrollo sino en todos los países, incluidos los más ricos. En unos países, la pendiente es más pronunciada que en otros, pero el fenómeno es universal.

El crecimiento económico aumenta los ingresos en muchos países, pero el aumento de la riqueza, por sí solo, no necesariamente mejora la situación sanitaria nacional. Si los beneficios no se distribuyen equitativamente, el crecimiento nacional puede incluso agravar las inequidades.

En años recientes, la riqueza, la tecnología y el nivel de vida han aumentado enormemente a escala mundial, pero la cuestión neurálgica es de

qué modo ese aumento se utiliza para distribuir con justicia los servicios y el desarrollo institucional, especialmente en los países de ingresos bajos. En 1980, los países más ricos que albergaban un 10% de la población del mundo tenían un ingreso nacional bruto que multiplicaba por 60 el de los países más pobres que albergaban un 10% de la población del mundo. Tras 25 años de globalización, la diferencia ha aumentado a 122. Peor aún, se constata que en los últimos 15 años, en muchos países de ingresos bajos cada vez es menor la parte del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre.

Por sí sola, la riqueza no determina la salud de la población de un país. Algunos países de ingresos bajos, como Cuba, Costa Rica, China, el estado de Kerala en la India, y Sri Lanka han logrado buenos niveles de salud pese a que sus ingresos nacionales son relativamente bajos. Sin embargo, la riqueza se puede utilizar de modo inteligente. Por ejemplo, los países nórdicos han aplicado políticas que alientan la igualdad de beneficios y servicios, el pleno empleo, la equidad de género y unos bajos niveles de exclusión social.

Gran parte de la labor necesaria para corregir las inequidades sanitarias compete a esferas externas al sector de la salud. Según el informe de la OMS «la causa de las enfermedades transmitidas por el agua no es la falta de antibióticos, sino la suciedad del agua, y las fuerzas políticas, sociales y económicas que no logran proporcionar agua limpia a todos; la causa de las cardiopatías no es la carencia de unidades de atención coronaria, sino el modo de vida de la población, que está configurado por el entorno en que vive; la obesidad no es culpa de un vicio personal, sino de la excesiva disponibilidad de alimentos ricos en grasas y azúcares». Por consiguiente, el sector de la

salud, a escala mundial y nacional, tiene que prestar atención a las causas últimas que subyacen a las inequidades en materia de salud, «Dependemos demasiado de las intervenciones médicas para aumentar la esperanza de vida», «Sería mucho más eficaz, para aumentar la esperanza de vida y mejorar la salud, que se evaluaran las repercusiones en la salud y la equidad sanitaria de todas las políticas y los programas gubernamentales, y que la salud y la equidad sanitaria se utilizaran para evaluar el desempeño de los gobiernos.»

En base a lo expuesto, la OMS formula tres recomendaciones generales para afrontar «los devastadores efectos de la inequidad de las oportunidades de vida»:

- Mejorar las condiciones de vida cotidianas, en particular las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos - los factores estructurales de aquellas condiciones - a nivel mundial, nacional y local.
- Medir y entender el problema, y evaluar el impacto de las intervenciones.

La mejora de las condiciones de vida empieza en el mismo nacimiento. La OMS recomienda que los países establezcan un mecanismo interinstitucional que garantice la colaboración eficaz y la coherencia de las políticas de desarrollo de la primera infancia entre todos los sectores, y traten de proporcionar servicios de primera infancia a todos sus jóvenes ciudadanos. Invertir en el desarrollo de la primera infancia es una de las mejores medi-

das para reducir las inequidades sanitarias. Los datos muestran que las inversiones en la instrucción de las mujeres se recuperan con creces.

Miles de millones de personas carecen de vivienda adecuada y agua potable. El informe de la OMS se interesa particularmente por el número cada vez mayor de personas que viven en barrios de chabolas, y por el impacto de las políticas de ordenación del medio urbano en la salud. La OMS se une a otras voces que ya han pedido que se redoblen los esfuerzos para proporcionar agua, saneamiento y electricidad a toda la población, así como que mejore la planificación urbanística para luchar contra la epidemia de enfermedades crónicas.

Es importante también la función que corresponde a los sistemas de salud. Aunque el informe muestra que el sector de la salud no puede reducir las inequidades sanitarias por sí solo, proporcionar cobertura universal y velar por que se tenga en cuenta la equidad en el conjunto del sistema de salud son pasos importantes.

En el informe se destaca asimismo que más de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza para hacer frente a los gastos de atención de salud, un elemento que contribuye particularmente a la inequidad sanitaria. En consecuencia, la Comisión pide que los sistemas de salud se funden en los principios de equidad, prevención de las enfermedades y promoción de la salud, con cobertura universal y sobre la base de la atención primaria de salud.

La aplicación de las recomendaciones para mejorar las condiciones de vida exige que se afronte igualmente la falta de equidad en la distribución de los recursos. Para ello se precisarán medidas sistemáticas y de gran alcance.

En el informe se ponen en primer plano una serie de recomendaciones encaminadas a asegurar una financiación justa, la responsabilidad social de las empresas, la equidad de género y la mejora de la gobernanza. En particular, la utilización de la equidad sanitaria como indicador del desempeño gubernamental y del desarrollo social general; el uso generalizado de las evaluaciones del impacto en materia de equidad sanitaria; el cumplimiento por los países ricos de su compromiso de proporcionar el 0,7% de su PNB en concepto de asistencia; el fortalecimiento de la legislación para prohibir la discriminación por cuestión de género y la mejora de la capacidad de todos los grupos de la sociedad para participar en la formulación de políticas, permitiendo que la sociedad civil intervenga sin obstáculos en la promoción y protección de los derechos políticos y sociales. A escala mundial, la Comisión recomienda que se haga de la equidad sanitaria un objetivo básico de desarrollo y que para medir los progresos realizados se utilice un marco basado en los determinantes sociales de la salud.

La Comisión destaca asimismo que para poner en práctica cualquiera de las recomendaciones mencionadas será necesario medir la magnitud de la inequidad sanitaria existente (teniendo en cuenta que muchos países carecen de datos adecuados) y a continuación realizar un seguimiento del impacto que tienen las intervenciones propuestas en la equidad sanitaria. Para ello, en primer lugar habrá que realizar inversiones en sistemas básicos de

registro civil, que han progresado escasamente durante los últimos 30 años. Asimismo, es especialmente necesario formar a los rectores de las políticas, al personal de salud y a los trabajadores de otros sectores para que comprendan la trascendencia de los determinantes sociales de la salud y el modo de actuar en esa esfera.

Aunque es necesario realizar más investigaciones, se sabe ya lo suficiente para que los rectores de las políticas empiecen a adoptar medidas. La viabilidad de las intervenciones se puede constatar en los cambios que ya se están produciendo. En Egipto, la tasa de mortalidad en la niñez ha disminuido de 235 a 33 por 1000 en 30 años. En Grecia y Portugal, la mortalidad en la niñez ha pasado de 50 por 1000 nacimientos a valores tan bajos como los que se registran en el Japón, Suecia o Islandia. Cuba ha logrado en el año 2000 que sus servicios de desarrollo infantil tengan una cobertura del 99%. Pero no está escrito que la mejora de las tendencias de la salud esté garantizada de antemano: si no se le presta atención, la salud puede empeorar rápidamente.

La labor de la OMS ha inspirado y ha servido de base para la adopción de medidas en muchas partes del mundo. Brasil, Canadá, Chile, Irán, Kenia, Mozambique, Reino Unido, Sri Lanka y Suecia son ahora «países asociados», que se han comprometido a mejorar los determinantes sociales de la equidad sanitaria y ya están elaborando políticas para afrontarlos en el conjunto de la acción gubernamental.

Inequidad y pobreza, condicionantes mundiales, nuestra región no está exenta, así lo manifiesta la Comisión Económica para América Latina y

el Caribe (CEPAL), reveló que Latinoamérica transita su nivel de pobreza más bajo en 20 años, la región redujo la cifra de pobres a 174 millones de personas, tres millones menos que en 2010, la indigencia cayó un 10,3%. La desigualdad, tema pendiente.

En su Panorama Social presentado en Santiago de Chile, la CEPAL reveló que la tasa de pobreza pasó del 48,4 por ciento en 1990 al 31,4 en 2010, mientras que la de la indigencia bajó 10,3 puntos, del 22,6 al 12,3 por ciento.

Después de la crisis económica de 2009, el número de pobres se redujo el año pasado en siete millones de personas, acompañado de un crecimiento del 4,8 por ciento en el PIB per cápita en la región, un alza del 0,6 por ciento en la tasa de ocupación y un descenso del desempleo urbano del 8,1 por ciento en 2009 al 7,3 en 2010.

“La reducción de la pobreza ha venido fundamentalmente de una mejoría en los ingresos laborales y un poco menos de las transferencias públicas monetarias”, explicó durante la presentación del estudio la secretaria ejecutiva de la CEPAL.

Perú, Ecuador, Argentina, Uruguay y Colombia registraron disminuciones significativas en sus tasas de pobreza en 2009 y 2010, mientras que Honduras y México fueron los únicos países con alzas relevantes, de 1,7 y 1,5 puntos porcentuales, respectivamente.

Esa reducción en la pobreza total contrasta con un alza en el número de personas en extrema pobreza o indigencia, que aumentará en tres millo-

nes, de 70 a 73 millones en 2011, con lo que la tasa se elevará hasta el 12,8 por ciento.

Esto se debe, a que el alza de los precios de los alimentos, que tienen un mayor peso en la canasta de hogares más pobres, contrarrestaría el incremento previsto en sus ingresos.

En cuanto a la desigualdad, la crisis económica tampoco alteró la tendencia hacia la reforma distributiva en la región, que se observa desde 2002.

En el período 2008-2010, en México, Venezuela y Uruguay el índice Gini, que mide la inequidad, cayó a un ritmo superior al dos por ciento anual, y en El Salvador y Perú se redujo por encima del uno por ciento al año.

Estos progresos, según la CEPAL, han ido de la mano de un aumento muy significativo del gasto social en las últimas dos décadas hasta situarse en el 62,2 por ciento del gasto público total en 2008-2009.

La CEPAL advierte, sin embargo, que la reducción de la pobreza y la desigualdad están limitadas por una estructura productiva con mercados laborales segmentados, con mucho empleo de baja productividad, baja remuneración y escasa protección social.

Como reflejo de la heterogeneidad de esa estructura, en 2009 los estratos sociales bajos en América latina representaron el 50,2 por ciento de la fuerza laboral, pero sólo el 10,6 por ciento del PIB, mientras que el estrato

alto supuso el 19,6 por ciento del empleo, pero el 66,9 por ciento del PIB.

Por otra parte, sólo cuatro de cada 10 trabajadores contribuyen a la seguridad social, asociada al empleo formal.

El Panorama Social de 2011 analiza también la fecundidad en la región, que ha caído de seis hijos por mujer en 1950 a 2,1 en 2010, casi al borde de las tasas de reemplazo poblacional.

Pero esta fuerte caída en la tasa de fecundidad general contrasta con la tasa de fecundidad adolescente, vinculada a jóvenes con menos estudios y con un menor nivel socioeconómico. “La reproducción de la sociedad se está dando más en los hogares pobres, lo cual es una noticia alarmante”, ya que estos grupos tienen menor acceso a educación, al empleo y la protección social.

NÚMEROS REGIONALES

Cifra de 2011. La pobreza se redujo en un punto porcentual con respecto a 2010, lo que significa tres millones menos de pobres.

Millones aún. “La región cerrará este año con 174 millones de habitantes en situación de pobreza, 73 millones de ellos en condiciones de pobreza extrema o indigencia. En 2010 se contabilizaron 177 millones de personas pobres, de los cuales 70 millones eran indigentes”, indicó la CEPAL.

Gasto social. En los países con gasto social per cápita superior a

los mil dólares, como Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Trinidad y Tobago y Uruguay, la seguridad y la asistencia social son las áreas de mayor importancia, expresó el reporte.

Con menos fondos. Entre los países con menor gasto por habitante (menos de 300 dólares) se encuentran Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay, grupo en el cual la educación constituye la principal partida de erogación.

Los datos aportados por CEPAL, marcan la desigualdad existente, los programas de asistencia social con importantes erogaciones monetarias para paliar la situación de millones de pobres y carenciados, la planificación familiar con la resultante de la disminución del crecimiento poblacional y la consecuente prevalencia de personas de mayor edad y las enfermedades crónicas que impactan en el sistema previsional y prestacional.

Como dato de relevancia preocupante y que impacta directamente en nuestro sistema de salud es el de que sólo 4 de cada 10 trabajadores contribuyen a la seguridad social, asociada al empleo formal.

Nuestro sistema, basado en la solidaridad, necesita del aporte del mayor número posible, de lo contrario su base de sustentación económica se tornará insuficiente.

En Uruguay el gasto en salud representa el 11% del PBI. 20% se destina Salud Pública (prestaciones dadas por el Estado) y 80% a la Salud Privada. Sin embargo los usuarios se dividen casi 50% y 50%. El gasto en salud per cápita en promedio es U\$S 697 que en realidad se desglosan en

U\$S200 para los que se asisten en el sector público y el resto para los que lo hacen en el sector privado. En Uruguay hay 1 médico cada 240 habitantes y 5 médicos por cada enfermera.

Con esa gran cantidad de médicos y en un país pequeño, sin dificultades territoriales de comunicación, con cobertura de telecomunicaciones prácticamente en el 100% del territorio, hay poblaciones y zonas que no tienen acceso al médico en forma sencilla, ni cercana, ni costeable. Hay médicos que trabajan aislados de los centros académicos y de la información. No tienen acceso adecuado a la interconsulta ni la paraclínica.

Las desigualdades, porcentajes de PBI utilizado en el gasto en salud son similares a las cifras de nuestro país, los resultados referidos a accesibilidad aparentan ser iguales, lo que cabe preguntarnos a raíz de los datos del país vecino es ¿cuánto es razonable gastar por paciente? ¿U\$S 200 de gasto en el sector público brinda lo mismo que el resto del gasto en el sector privado?

Recurriendo a estudios generales realizados sobre la realidad de nuestro país, nos remitimos al realizado por la Asociación Civil de Actividades Médicas integradas (ACAMI), expresa que los hospitales públicos están golpeados por la inflación y desbordados por la demanda.

Más del 40% de la población carece de cobertura médica de obra social o prepaga, y aumenta la presión sobre un sistema público con escasos recursos. Las zonas más calientes son el conurbano y el norte de la Argentina.

Los más de 100 millones de consultas anuales que reciben los hos-

pitales y centros de salud, los problemas presupuestarios y el encarecimiento en los costos de los insumos pusieron en una encrucijada al sistema sanitario argentino, a pesar del sostenido crecimiento económico del último lustro, sistema, que se ve superado por la demanda, fuerte suba en los insumos, los estudios de alta complejidad, drogas farmacológicas y material descartable, con frecuencia falta de presupuesto y recurso humano suficiente.

Sólo el sistema de salud pública de la provincia de Buenos Aires, con 14 millones de habitantes, debe atender más de 45 millones de consultas anuales, en tanto que en la Ciudad de Buenos Aires, con una población de 3 millones, se originan casi 10 millones de consultas.

De acuerdo con los datos del Ministerio de Economía, existe manifiesta inequidad, y –por ejemplo- el gasto por habitante en las provincias de Neuquén y Santa Cruz quintuplica el de provincias como Córdoba, Corrientes o Misiones; la zona del país con situación sanitaria más deficiente es la conformada por Formosa y Chaco, donde el 65 por ciento de la población carece de cobertura y debe atenderse con una infraestructura hospitalaria muy pobre. También Santiago del Estero, con el 64 por ciento de habitantes sin cobertura; Chubut, 62; y Salta, 60; son otras de las provincias que soportan las mayores dificultades. El sistema sanitario es una de las pautas más notorias de la inequidad social. Así, mientras el 97 por ciento de los hogares de clase alta tiene cobertura de salud, entre los de menores recursos apenas el 30 % tiene alguna cobertura. El 70% se atiende exclusivamente en hospitales y pertenece a los grupos más vulnerables: el 10 por ciento son mayores de 65 años. Según el Barómetro de la Deuda Social Argentina elaborado por la Universidad Católica, el 46 por ciento de las atenciones de pacientes de clase media se hace a través de una obra social, mientras que en el caso de los estratos

bajos apenas el 12,4 se atiende a través de ese tipo de prestaciones,

En el área metropolitana, el 61 por ciento de las personas de menores recursos se atienden en hospitales públicos. En cambio, en los estratos medios apenas el 14 por ciento lo hace en centros asistenciales de la esfera estatal.

La sanidad pública no solo debe superar la desinversión, sino afrontar asimismo la suba del equipamiento médico de producción nacional que aumentó un 82% sólo en el 2002, y mantuvo la tendencia alcista hasta llegar a un incremento del 136% en el 2008.

El panorama se agrava ante la falta de camas y tecnología. “El sector público que representa aproximadamente el 60 por ciento de la oferta total de camas en el país, dispone de 2,3 camas por cada 1000 habitantes, indicador notoriamente inferior al registrado en los países desarrollados donde alcanza las 8,5 camas por cada 1000 habitantes” afirman desde ACAMI, mientras la Organización Mundial de la Salud establece una relación que debe ser del 6,3 como promedio.

Durante 2009, el gasto en salud de la población argentina sumó \$ 102.000 millones, lo que representó un 9,6% del PBI y un aumento del 35% respecto al gasto del año anterior. El incremento se explica, en su mayor parte, por el aumento de los precios (aproximadamente un 25%), pero significó también un crecimiento real del sector en torno a un 10%.

La tendencia a una mayor afiliación a las obras sociales y a empresas de medicina prepaga, iniciada en 2003, se mantuvo pese a los altibajos

en el empleo. Sin embargo, el 43% de la población más de 17 millones de personas— continúa sin cobertura médica personal o gremial y depende de la atención hospitalaria y centros de salud estatales, que cuentan sólo con el 28% de los recursos totales del sistema de salud.

En Argentina, según datos del Banco Mundial, se destinan anualmente 658 dólares por habitante para la atención de la salud; la cifra es una de las más altas de América Latina y llega a triplicar la de países con un grado de desarrollo económico similar.

En cuanto al gasto en salud como porcentaje del PBI, se ubica -en el promedio global— rozando el de muchos países de altos ingresos. No obstante, el país mantiene una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años del 13 por mil, que llega a duplicar la de algunos países que gastan menos, como Chile (336 dólares por habitante) o Brasil (267 dólares por habitante), cuyas tasas de mortandad infantil son del 7 y el 10 por mil, respectivamente.

Estas son algunas de las conclusiones que se desprenden del informe sectorial sobre el Sistema de Salud 2010 — Prepagas y Obras Sociales, de la consultora Key Market, en el cual se estima que para 2010 el movimiento será un 20% mayor, del cual aproximadamente un 15% responderá al efecto precio y un 5% al crecimiento real del sector.

Lo que pasó al analizar lo sucedido en 2009, “sin duda puede hablarse de un crecimiento del sector de por lo menos un 10 %; el efecto precio no es parejo en todos los subsistemas, por ejemplo las empresas de medicina prepaga aumentaron un 25%, luego están los aumentos del personal, de medicamentos; no son valores parejos pero en promedio rondan el 25%”, afir-

ma Daniela Köhle, economista jefe de Key Market a cargo de la investigación.

“Respecto a 2007 y 2008, observamos que hay una mayor cantidad de afiliados a prepagas y obras sociales y disminuyó un poco el porcentaje de personas sin cobertura”, dice Köhle. El efecto de la crisis y su repercusión en las obras sociales sindicales dependientes del empleo es algo que “no puede medirse en un año porque muchas veces la prestación de la obra social se mantiene un tiempo aunque alguien pierda su empleo; si hubo una caída podría notarse en un plazo mayor”.

Por otra parte, “si bien notamos una tasa de mortalidad infantil alta en relación con el gasto en salud, la expectativa de vida es buena y la tasa de mortalidad en adultos va decreciendo”.

Otro de los cambios leídos como auspiciosos es “el crecimiento de la cantidad de consultas por persona, que se duplicó en los últimos diez años. Esto es auspicioso. Por un lado, hay mayor conocimiento y preocupación sobre los problemas de la salud y la gente acude más rápidamente a consultar ante los síntomas. Por otro lado hay nuevos tratamientos para enfermedades complejas (cáncer, HIV), que motivan mayor atención y por último, no hay que descartar que crecieron los juicios por mala praxis a los profesionales y éstos se cuidan más y piden más estudios o interconsultas para el paciente”.

“Lo que se mantiene es la dispersión en los servicios y la sensación de que los recursos son importantes pero no se utilizan bien. Esta es una característica del sistema de salud argentino desde hace muchos años”, concluye Köhle.

En el sistema de salud argentino conviven, se ensamblan y hasta se superponen tres subsistemas: el público (nacional, provincial y hasta municipal), que representa un 2,7% del PBI; el de la Seguridad Social, que significa un 3,6% del Producto (obras sociales sindicales y PAMI) y el netamente privado (empresas de medicina prepaga, clínicas) con una participación del 3,3% del PBI. Además, los tres subsistemas están cruzados por una gran complejidad de financiadores y prestadores de servicios.

Entre los financiadores, dentro del subsistema de seguridad social coexisten las obras sociales sindicales y el PAMI; juntos representan un 38% del gasto total.

Las obras sociales, administradoras de servicios de salud sin fines de lucro, están clasificadas en dos grupos: las nacionales reguladas por la 23.660 (el 60% del gasto) y las provinciales (con un 40% del gasto). Se trata de más de 300 instituciones que manejaron, el año pasado, el 29% del gasto (\$ 29.072 millones); es un beneficio para trabajadores registrados en blanco (con empleos públicos o privados) junto a su grupo familiar y se atienden a través de ellas, 20.805.142 habitantes. Los prestadores de servicio de este subsistema van desde clínicas o centros de salud propios del sindicato u obra social a profesionales privados y clínicas y sanatorios contratados.

En menor medida, se utilizan o contratan servicios de hospitales o centros de salud pública.

El PAMI es financiado con los aportes de los trabajadores, empleadores y también de los trabajadores pasivos, de manera de generar una cobertura de carácter mixto: con atención a través del sistema público de hospitales, como también de clínicas y consultorios privados. Brinda cobertu-

ra a 4.065.000 personas (jubilados, pensionados, veteranos de guerra, y otros casos particulares). Los prestadores de servicios son los hospitales y centros de salud pública y también del sector privado.

En cuanto al subsistema netamente público, está abierto a la totalidad de la población y es dependiente del Estado, ya sea nacional, provincial o municipal. Cada provincia cuenta con un presupuesto propio. La administración pública en conjunto manejó el 28% del gasto total en salud. El resto del gasto corresponde a la cobertura privada y a los gastos de bolsillo (consultas, remedios). Respecto a las modalidades del gasto, “las estrategias se van ejecutando en base a prioridades provinciales, dependiendo además de las políticas de turno y la capacidad económica de cada jurisdicción”, consigna el informe.

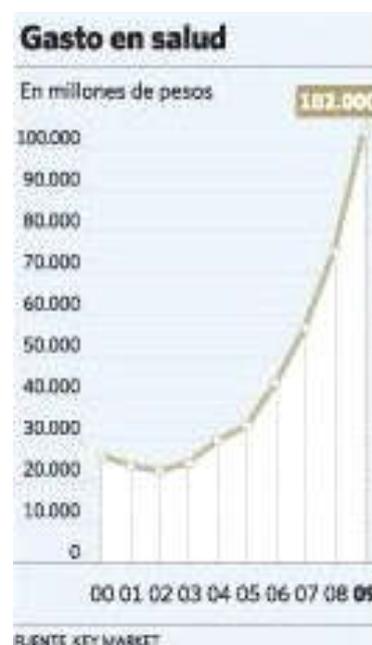
Las desigualdades entre los habitantes no se producen solamente por tener, o no, un empleo registrado y la consiguiente seguridad social. El lugar de residencia también contribuye a la inequidad.

“La coordinación entre provincias debería realizarla el Ministerio de Salud, que tiene limitaciones conocidas, tanto políticas como coyunturales asegura el trabajo—, por este motivo las desigualdades se dan a nivel geográfico, ya que cada gobierno provincial gasta de diferente manera diferentes presupuestos en salud”.

El gasto en salud del Gobierno nacional, según IECO, se destina al mantenimiento de las funciones centrales y programas del Ministerio de Salud, la Superintendencia de Servicios de Salud, al funcionamiento del INSSJP, a la cobertura de regímenes especiales de salud (como el de las Fuerzas Armadas y de Seguridad) y al mantenimiento de los hospitales universitarios.

El subsistema privado se compone de prepagas, mutuales y seguros de salud, que cuentan con prestadores propios y no propios, como hospitales y clínicas. Representan el 13% del gasto total, atienden a 4.620.000 personas y manejaron, en 2009, \$ 12.807 millones, lo que representa el mayor gasto anual per cápita. El acceso a prepagas y mutuales queda restringido a la población de poder adquisitivo medio a alto y se concentra en Capital Federal, Buenos Aires, Santa Fe, Rosario, Córdoba y Mendoza. Más de 6,5 millones de personas tienen doble cobertura personal a través del sistema privado y de las obras sociales o el PAMI.

El 22% restante del gasto, comprendido dentro del sector privado, corresponde a los gastos efectuados en los hogares en medicamentos; aparatos terapéuticos, consultas profesionales y algunos servicios no cubiertos por las prestaciones de los seguros de salud.



Continuando con las desigualdades, Bianca Andreini, economista de Idesa. Afirmó que “el 10% de las mujeres entre 15 y 24 años es jefa de familia y ya tiene hijos. De ese porcentaje, el 80% son pobres”, señaló el 07/11/2011.

Los indicadores de salud difundidos por la Organización Mundial de la Salud ubican a Argentina entre los países de la región con mejores parámetros en cuanto a datos de salud. La esperanza de vida al nacer, el porcentaje de población con acceso a agua potable y a redes de saneamiento son algunas de las medidas que permiten posicionar a Argentina como un país cuyos indicadores se asemejan a los de los principales países avanzados. Como contrapartida, los recursos destinados al sistema de salud son mucho más elevados que en el resto de la región, lo que muestra en principio una ineficacia en la distribución de los recursos.

La esperanza de vida al nacer es de 75 años en Argentina y por debajo de Chile (cuya esperanza de vida es de 79 años), el país ocupa el segundo lugar dentro del ranking regional. A su vez, el dato se encuentra cerca de los 76 años esperados para el conjunto del continente americano. De los países limítrofes, Bolivia es el que muestra peores parámetros en esta variable, en tanto cuenta con una esperanza de vida de 68 años y Chile el que presenta una mejor evolución en las últimas décadas. Por su parte, Alemania, Estados Unidos y Japón, como exponentes de países avanzados tienen expectativas de vida en torno a los 80 años y es Japón el que tiene una mayor esperanza de vida de 83 años.

Con respecto a los factores de riesgo, Argentina también presenta buenos parámetros. El porcentaje de población con acceso a redes mejoradas

de agua potable es del 97% y se encuentra un punto porcentual por encima del 96% del conjunto de América. En Bolivia y Paraguay el acceso a fuentes de agua potable alcanza al 86% de la población y en este sentido, son los países con peores indicadores a nivel regional.

Por otra parte, el 90% de la población Argentina cuenta con acceso a servicios de saneamiento mejorados, según datos del 2008 difundidos por la Organización Mundial de la Salud. De esta forma, Argentina queda por debajo de Chile, que tiene una tasa del 96%. En tanto, Brasil ocupa el tercer lugar y cuenta con un 80% de la población con acceso a redes de saneamiento.

En cuanto a cantidad de médicos por habitante y gasto en salud, Argentina lidera ampliamente el ranking regional. Mientras que el promedio de médicos por cada 10.000 habitantes es de 22,5 en toda América, en Argentina hay 31,6 médicos para la misma cantidad de población. Esta cifra es significativamente superior a la del resto de los países limítrofes. Brasil es el segundo país en esta categoría y cuenta con 17,2 por cada 10.000, es decir, casi la mitad. Lo sorprendente es que Chile, que es el país con mejores datos de condiciones de vida y salud de los países limítrofes, tiene un dato de 10,9 médicos.

Paralelamente, el gasto total en salud (tanto privado como público) en porcentaje del PIB es del 7,4% en Argentina.

En Brasil y Chile el gasto asciende a 8,4% y 7,5%, respectivamente. Pese a esto, el gasto del Estado tiene un significativo mayor peso en Argentina que en el resto de la región. En América el Estado contribuye en un 49,4%

al gasto total en salud mientras que en Argentina la participación llega al 71,3% del gasto total. En Chile y Brasil, el Estado contribuye en apenas un 44% al gasto destinado a la salud. En dólares por habitante, el gasto del Estado también es más elevado en Argentina que en los países vecinos y es de u\$s 435. FUENTE: abeceb.com

El gasto total en salud es la suma de los gastos en salud públicos y privados, como proporción de la población total. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición, etc. Fuente: Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo y actualizaciones de los países miembro de la OCDE, complementadas con informes de pobreza y estudios nacionales y sectoriales del Banco Mundial. Fuentes Indicadores del desarrollo mundial PBI: 8.500 dólares anuales.

A contramano de la tendencia en los países más desarrollados, en la Argentina el sector privado de la salud crece sin prisa, pero sin pausa, en la captación de nuevos afiliados de la mano de las obras sociales, que actúan como principales financiadores y socios directos en muchos casos de las entidades prestadoras de servicios médicos.

Pese a la expansión, el sector arrastra quejas y cuestionamientos hacia el sistema integral de salud argentino. Mientras el retraso en las tarifas (actualmente bajo control de la Secretaría de Comercio Interior) es el reclamo coyuntural más escuchado, el Programa Médico Obligatorio (PMO) es el blanco estratégico hacia donde se disparan las críticas.

El sector privado de la salud local enlaza tres subsistemas. El mayor

de ellos es el de las obras sociales sindicales nacionales y provinciales, con 14.513.956 y 6.291.186 afiliados, respectivamente, entre las cuales manejaron durante 2009 la cifra de \$29.072 millones. Por otra parte el PAMI, siempre con los datos de 2009, atendió a 4.065.000 beneficiarios, jubilados y pensionados y movió \$9.181 millones.

En tanto, el subsistema privado propiamente dicho (donde se admiten los "fines de lucro" a diferencia de los dos subsistemas anteriores), ofrecido por empresas de medicina prepaga o sanatorios, clínicas u hospitales de comunidades de modo directo, cubre a 4.600.000 personas de poder adquisitivo medio o alto que gastaron en 2009 \$12.807 millones.

Los datos corresponden al informe 2010 de la consultora de mercado Key Market sobre el gasto de salud en la Argentina. Allí se detalla que alrededor del 65% se encuentra en la Capital Federal, Gran Buenos Aires y las principales ciudades del país: Rosario, Santa Fe, Córdoba y Mendoza.

Para poner en el contexto las cifras, vale decir que el gasto total del país en salud fue de \$102.000 millones y que más de 17 millones de personas, el 43% de la población, queda fuera de las coberturas mencionadas anteriormente y dentro de la atención pública (hospitales estatales), que manejó sólo el 28% del total de los recursos. En 2007 ese porcentaje era aún mayor, un 45%, lo que indica el avance del sector privado, especialmente a través de la afiliación a obras sociales.

Según el informe de la consultora, durante 2009, el valor de un plan promedio para una persona de hasta 30 años rondó los \$330 mensuales, mientras que para una familia estuvo alrededor de los \$956 por mes.

Si se toma la prima media de mercado (el valor promedio de la cuota), el aumento no es paralelo al de la inflación ni al incremento de precios autorizado por el Gobierno para las prepagas. En 2004, la cuota media fue de \$114; en 2007: \$153; en 2008: \$194 y en 2009: \$231.

Esto se debe a que "los precios promedio de los planes no evolucionan exactamente como la curva de los aumentos autorizados debido a que se agregan e informan planes de menor punto de precio (incluyen copagos, etc.) a los que efectivamente son contratados por la población", aclara el estudio de Key Market.

Muchas empresas contratan planes de medicina prepaga para ofrecer algunos beneficios mayores a sus empleados. Estos acuerdos corporativos están en la mira de las grandes empresas de medicina prepaga, en 2007 representaron el 45% de sus cápitas (el 55% era contratado de modo individual), en 2009 ese porcentaje llegó al 48% de las cápitas.

Las 15 primeras obras sociales representan el 54% del total de los afiliados a este tipo de obra social (incluye obras sociales de dirección y obras sociales sindicales).

Las diez principales obras sociales representan el 46% de este tipo de cápitas. Entre las principales se encuentran OSECAC (Empleados de comercio), OSPRERA (Personal rural y estibadores) y OSPECOM (Personal de la construcción).

Si se distingue por tipo de beneficiario, dentro de las obras sociales, el 69,3% se trata de trabajadores en relación de dependencia; el 20% son

jubilados y pensionados; el 6,5%, monotributistas; el 1,4% son beneficios por desempleo; un 1,3%, adherentes, y el 0,6% corresponde al servicio doméstico.

OMS 2011:

Datos estadísticos

Población total 40,276,000

Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales) 14,000

Esperanza de vida al nacer h/m (años) 72/79

Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos) 15

Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes) 160/88

Gasto total en salud por habitante (\$int, 2009) 1,387

Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2009) 9.5

Los gastos desembolsados por el paciente son, cualquier erogación directa por parte de los hogares, incluidas los accesos gratuitos y los pagos en especie, a los médicos y proveedores de fármacos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios.

	2006	2007	2008	2009
ARGENTINA	64,1	61,5	59,2	59,2
ALEMANIA	55,1	54,7	53,9	53,9
BRASIL	62,4	58,8	57,1	57,1
CANADA	52,1	51,3	50,9	49,6
CHILE	65,6	64,4	65,2	64,6
URUGUAY	31,1	29,9	32,9	32,4

Fuente: Encuestas del Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud y OCDE. Fuentes Indicadores del desarrollo mundial

8. Conclusiones

De acuerdo a la información expuesta en el presente trabajo, podemos afirmar que:

Dos de cada diez niños y adolescentes pobres padeció hambre "con mucha frecuencia".

Siete de cada diez vio restringido su acceso a los servicios básicos de luz, gas o agua en sus hogares.

La mitad de los jóvenes argentinos sufrió algún impedimento de habitabilidad (hacinamiento, estructura deficitaria o insegura).

El 50% de los niños de entre 2 y 4 años no accedió a una escolarización temprana.

Argentina gasta en salud como los países desarrollados, sus resultados no son los esperados.

Población total: 40.134.425

Trabajadores con OS provinciales: 6.291.186

Trabajadores con OS Nacionales: 14.513.956

Jubilados PAMI: 4.065.000

Beneficiarios privados: 4.620.000

Sin cobertura 17.257.803 (43% de la población).

Doble cobertura: 6.613.520

Gasto 2009: \$ 102.007 millones de pesos. (9,6% del PBI)

Gasto de OS: \$ 29.072 millones.

Gasto PAMI: \$ 9.181 millones.

Gasto prepagos: \$ 12.807

Gasto estado: \$ 29.016

Gasto de otros: \$ 21.931 millones.

Según el BM, en Argentina se destinan 658 dólares anuales por persona para la atención de la salud, una de las más alta de América del Sur, triplica a la de otros países de iguales características económicas.

INDICADORES LOGRADOS Y COMPARADOS:

Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años del 13 por mil, que llega a duplicar la de algunos países que gastan menos, como Chile (336 dólares por habitante), o Brasil (267 dólares por habitante), cuyas tasas de mortandad infantil son del 7 y el 10 por mil, respectivamente.

PARTICIPACIÓN DE LOS TRES SUBSECTORES:

- Público (nacional, provincial y hasta municipal), que representa un 2,7% del PBI;
- Seguridad Social, que significa un 3,6% del Producto (obras sociales sindicales y PAMI)
- Privado (empresas de medicina prepaga, clínicas) con una participación del 3,3% del PBI.

En este marco estadístico, al que debemos agregar pobreza, indigencia, trabajo informal, desocupación, inequidades, inaccesibilidad y desigualdades, debemos confirmar el no cumplimiento de los principios bioéticos en el ámbito del sistema de atención de la salud de las personas.

La salud nos atañe a todos, el contexto social, ambiental, económico y político, influyen en el estado de salud, su ámbito es amplio, abarca a los individuos, la sociedad, el medio ambiente y los factores sociales, por ende el análisis de su problemática es interdisciplinaria, multidisciplinaria y trandisciplinaria.

Los cambios culturales son extremadamente necesarios, la escasez de recursos nos obliga a imaginar políticas y acciones originales, basadas en fundamentos científicos y en la racionalidad de los gastos.

La acreditación de calidad en salud, es un imperativo, entendiendo la calidad, tal como la define Diego Gracia, “el término calidad no tiene carácter descriptivo sino evaluativo. Los juicios de calidad no son, por tanto, juicios de hecho sino de valor. La calidad se valora. El punto de encuentro de los

conceptos de ética y calidad, es la teoría de la excelencia. No hay calidad posible sin la búsqueda de la excelencia y la promoción de la excelencia es el objetivo propio de la ética. Por consiguiente la ética es componente indispensable de todo programa de promoción de la calidad”

Calidad, no es sinónimo de lujo o de complejidad, por el contrario, la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención, supone un proceso de mejoramiento continuo, es una cualidad objetivable y mensurable, no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización.

9. Recomendaciones

Basado en los resultados obtenidos, es necesario recomendar, lo siguiente:

- Propiciar la conformación de Comité de Bioética en las Obras Sociales y en Empresas de Medicina Pre- Paga.
- Trabajar para provocar cambios culturales que lleve a involucrarnos responsablemente haciendo realidad el concepto de empoderamiento para la salud, entiendo por tal al proceso mediante el cual los individuos obtienen control de sus decisiones y acciones relacionadas con su salud; expresan sus necesidades y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural para responder a sus necesidades, a la vez que se involucran en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud y la de la comunidad. (WHO. Health promotion glossary, 1998).
- Concretar el real y total cumplimiento de la Ley 26529 (Derechos del paciente).
- Conformación de Comité de Calidad en Instituciones financiadoras y prestadoras de servicio.
- Hacer realidad la presencia del Comité de Seguridad del Paciente en instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Fomentar la obligatoriedad de la Acreditación de Calidad en todos los integrantes del sistema de salud argentino.

- Favorecer la implementación de mecanismos operativos que faciliten la accesibilidad a los servicios por parte de los beneficiarios del sistema.
- Eliminar las condiciones generales que son causa de desigualdades e inequidades.
- Implantar políticas sanitarias que terminen con la injusticia social.
- Atender las recomendaciones de OMS y fortalecer las acciones de APS.
- Humanizar y flexibilizar los menús de coberturas.
- Eliminar coseguros y pagos adicionales por ser factores que dificultan la accesibilidad.
- Simplificar los trámites burocráticos de autorizaciones de órdenes, provisión de prótesis y otros que desalientan el uso de los beneficios.
- Elaboración de sistemas informáticos y mecanismos de control en tiempo real.
- Humanizar el trato, privilegiando la condición de persona del paciente o beneficiario.

- Implementar programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, en forma continua y permanente.
- Optimizar el uso de los recursos.
- Definir mecanismos de control para eliminar la corrupción imperante.
- Integrar las acciones de los subsectores, hoy dispersas y en competencia permanente.
- Recuperar el sentido deontológico en la acción de cada miembro del equipo de salud.

10. Bibliografía

- Constitución Nacional Argentina, 1.853 y sus modificaciones de 1.957 y 1.994. Impresión oficial 1987.

- Constitución Nacional Argentina, 1949. Impresión oficial 1949.

- Segundo Congreso Nacional de Salud en la Seguridad Social “Dr. Ramón Carrillo”. Las Obras Sociales en el Sistema Nacional de Salud. 1984.

- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Superintendencia de Servicios de Salud. El sector salud en la República Argentina. Publicación oficial. 1974.

- Consejo Pontificio para los Agentes de la Salud. Laicos y Religiosos en el mundo de la salud.-Edit. San Pablo. 1996.

- Naciones Unidas, Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948.

- Aranguren EC, Rezzónico RAJ. Auditoria Médica. Argentina. Centro editor de la Fundación Favalaro. 1996.

- Superintendencia de Servicios de Salud Argentina. Memoria Anual. 2.000.- Argentina. 2000.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Argentina. Sinopsis Estadística INDEC. Argentina. 1999.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Argentina. Estadística 2011- INDEC. Argentina.
- Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Ediciones Díaz de Santos S: A: Madrid. España. 1993.
- Superintendencia de Servicios de Salud. Vol.1. Obras Sociales- Información General del Sistema. Argentina. 2000.
- Superintendencia de Servicios de Salud. Vol.2. Obras Sociales - Información General del Sistema. Argentina. 2000.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. OMS. Suiza. 2000.
- Aren JC. Seguridad Social Argentina. Argentina. 2001.
- Paiz AC. Auditoria Médica. Editorial La Rocca. Buenos Aires. Argentina. 1995.
- Quirón: revista de medicina y bioética. El orden Bioético. Vol.37 N° 1/2. Editorial Quirón. Argentina. 2006.
- Buela A. Metapolítica y Filosofía. Ediciones Theoria. Buenos Aires. Argentina. 2002.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación Argentina. Hospital Público de Autogestión. Tercera Edición. Editor: Programa de

- Rehabilitación de la Infraestructura de Salud. Unidad Ejecutora Central. SPS- MSAS. Argentina. 1999.
- Ministerio de Salud Pública de la Nación Argentina. Superintendencia de Servicios de Salud. Leyes para Discapacitados. Argentina. 2000.

 - Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba. Código de Ética. 2002.

 - Cerdeiro OA. Costos Médicos en el ámbito privado. Editorial Alma Servicios Gráficos S. A. San Martín. Provincia de Buenos Aires. Argentina. 1996.

 - Pergola F. Historia de la Salud Social en la Argentina. Argentina. 2004.

 - Argentina. Leyes 23.660 y 23.661. Ediciones Luelca. Argentina. 1999.

 - Lolas Stepke F. Bioética y Cuidado de la Salud. Equidad. Calidad. Derechos. Editorial LOM Ediciones. Santiago. Chile. 2000.

 - Cortina A. Construir Confianza. Editorial Trotta S. A. Madrid. España. 2003.

 - Elizari Basterra FJ. Bioética. Editorial Artes Gráficas. Madrid. España. 1991.

- Outomuro D. Manual de Fundamentos de Bioética. Primera Edición. Talleres Gráficos Color Efe. Avellaneda. Buenos Aires. Argentina. 2004.
- Chandezon G. Hacia la Calidad Total. Editorial BIGSA. Barcelona España. 1999.
- Buyatti OA. Administración aplicada a Organizaciones de Salud. Primera Edición. GAMA producción gráfica. (GPG). Buenos Aires. Argentina. 1997.
- Drucker P. La Administración en una Época de Grandes Cambios. Editorial Sudamericana S.A. Buenos Aires. Argentina. 1996.
- González Gracia G, Tobar F. Más Salud por el Mismo Dinero. La Reforma del Sistema de Salud en Argentina. Buenos Aires. Grupo Editor Latinoamericano- ISALUD. 1997. 304 páginas.
- Aristóteles. Ética. Andrómeda Ediciones. Buenos Aires. Argentina. 2003.
- Lolas Stepke F. Bioethics. Editorial Universitaria, S.A. Santiago. Chile. 1999.
- Mainetti JA. Compendio Bioético. Editorial Quirón. La Plata. Buenos Aires. Argentina. 2000.

- Fracapani de Cuitiño M, Bochaty A y otros. Bioética. Sus Instituciones. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina. 1999.
- Instituto nacional de Estadísticas y Censo. Sinopsis Estadística. INDEC. 1999-2000-2001-2005. Argentina.
- Maglio F. Determinantes sociales de la salud y la enfermedad. CETIFAC- BIOINGENIERÍA. UNER. Webmaster. Argentina. 2005.
- Bochaty A. Bioética y sociedad en América Latina y el Caribe. Una relectura de los principios. Argentina. 2006.
- Mackinson GJ. Sobre la dignidad y la calidad en la vida, JA, 1999-IV-927.
- del Giudice VF. Comité de Ética. Revista Nuestro Hospital, Año 3 • N° 1 • 1999. El Principio de Autonomía en Bioética.
- García Sierra P. Diccionario filosófico- Biblioteca Filosofía en español. Primera edición. Oviedo. España. 2000.

11. Abreviaturas

OMS: Organización Mundial de la Salud.

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas.

PBI: Producto Bruto Interno.

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo.

PMO: Programa Médico Obligatorio.

PMOE: Programa Médico Obligatorio de Emergencia.

APE: Administración de Programas Especiales.

PAMI: Programa de Atención Médica Integral. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - Obra Social para Jubilados y Pensionados de la República Argentina.

INOS: Instituto Nacional de Obras Sociales.

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

MS: Ministerio de Salud.

MEcon.: Ministerio de Economía.

SIDA: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

Secret. de S.: Secretaría de Salud.

Prog. Nac. de Gar. de Cal. de At. Méd.: Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.

ANSSAL: Administración Nacional del Seguro de Salud.

MSAS: Ministerio de Salud y Acción Social.

MS y AS: Ministerio de Salud y Acción Social.

Dcto.: Decreto.

DINOS: Dirección Nacional de Obras Sociales.

ICYCC: Instituto de cardiología y Cirugía Cardiovascular.

DGI: Dirección General Impositiva.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

ACAMI: Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas.

IECO: Suplemento económico del diario Clarin...

INSSJP: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

OSECAC: Obra Social para Empleados de Comercio.

OSPRERA: Obra Social par Personal Rural y Estibadores.

OSPECOM: Obra Social para el Personal de la Construcción.

OS: Obras Sociales.

BM: Banco Mundial.