

Análisis crítico del Proyecto sobre Organización Solidaria de Atención Médica O. S. A. M.

Buenos Aires

5. II. 92

Organización Solidaria de Atención Médica

Se plantea desde la definición del Sistema que se crea, a partir del proyecto de decreto sobre la OSAM, una conceptualización sanitaria parcializada, que luego en varios aspectos de dicho decreto se irá fortaleciendo.

Se trata una vez más, de la diferencia contemporánea que existe entre Atención de la Salud y Atención Médica. Esta discusión teórica no ha sido en vano. Desde el eje decidido de la actividad del profesional médico, como el centro de irradiación de toda posibilidad de acción contra la enfermedad, es decir de plena hegemonía Médica para toda prestación Sanitaria, hasta la moderna ampliación de este concepto prestacional hacia el equipo de salud como programador, ejecutante y evaluador de las prácticas profesionales, las comunidades organizadas están recorriendo un complejo y difícil camino que sin dudas resulta el lógico trayecto hacia el perfeccionamiento del acto profesional a favor de la salud.

La Atención Médica, centrada hegemonícamente en el médico esta dando paso a la Atención de la Salud, orientada y conducida por el equipo de salud, integrado por un número cada vez más nutrido de trabajadores de la salud.

Se trata de una concepción diferenciada conceptualmente. Si la salud es un hecho social y de ello ya no hay dudas en el mundo científico moderno, es comprensible que las actividades para brindar tal salud, reconozcan la multiplicidad de los recursos humanos especializados, requeridos para cumplir dichos objetivos.

El equipo de salud, presidido por el médico, en una relación dinámica con todos sus integrantes, es la única respuesta eficaz para ese enfoque del concepto de Salud. Se amplía de esa forma no solo la concepción teórica del campo sanitario, sino que tal teoría, fecunda una práctica profesional que cada vez muestra más claramente, que dicho camino interdisciplinario representa el justo esfuerzo de las comunidades en torno a sus programas sanitarios.

Decir que se trabaja por una organización nueva para la Atención Médica, predispone a creer que se ha estancado la dinámica Sanitaria. La Atención Médica es un viejo concepto de la Medicina Asistencial antigua, que solo rindió frutos restringidos y que necesita ser transformado para lograr la eficacia que todo sistema de Salud Moderna debe programar.

La Atención de la salud es en cambio, una conceptualización globalizadora, que no solamente asienta sobre una nítida diferencia en lo referente a la ampliación interdisciplinaria de los recursos humanos intervinientes, sino que incorpora la interconexión con otras disciplinas que contribuyen valiosamente a lograr los objetivos de la Salud, y además instituye en forma definitiva el peso incuestionable del componente social como integrante del espectro sanitario y de esta manera resulta necesario e imprescindible la formulación de una estrategia operativa que incluya a la participación de la comunidad como elemento exigible para el diseño de toda actividad para la Salud.

Los considerandos del decreto, que remarcen su elección por la Atención Médica, dicen “que se fortalece el efecto en la comunidad, cuando la participación en la decisión individual se transforma en protagonista activa para definir la calidad de las prestaciones posibilitando alternativas al usuario de los servicios...”.

De esta manera “el efecto en la comunidad” se reduce a “la participación en la decisión individual...” que juega como factor decisivo y protagónico para definir la calidad de las prestaciones, remarca el decreto, “posibilitando alternativas al usuario de los servicios...”. La decisión individual, la soledad de la decisión del individuo para elegir sistema, médico, terapéutica... en fin, para seleccionar su destino frente a la salud-enfermedad, es exaltada como el mecanismo de excelencia, tal vez inspirado en la ley de la libertad de los mercados, para fortalecer el efecto en la comunidad y de esta forma “definir la calidad de las prestaciones...”. Pero la salud no parece poder ser reducible a una cuestión de mercado, aunque con ella se la haya comercializado como una mercancía y por lo tanto se la haya sometido a las exigencias de la obtención del lucro... La Salud es mucho más que un capítulo del mercado contemporáneo y está mucho más allá que su transformación en una fórmula de costo-beneficio.

Es cierto que para extender su campo de operaciones al marco de las conquistas humanas, que las comunidades consideran como básicas para sus existencias, fue necesario reparar esa mezquina concepción de artículo de venta y proyectar las estrategias para consolidar la Salud comunitaria, al mismo terreno de la obtención del bienestar y por lo tanto concebir una extensión del horizonte sanitario hacia las metas políticas, culturales y religiosas. Este es el tránsito que la teoría de la Atención de la Salud se ha exigido a cumplimentar.

Por otra parte, está claramente demostrado que la “decisión individual...”, esa que el decreto “transforma en protagonista activa...”, sobre todo cuando se la calcula

individualmente, como lo hacen los considerandos del proyecto resulta improcedente y de conocida ineficacia en la mayoría de las oportunidades, para seleccionar las “alternativas al usuario de los servicios...”.

Como la Salud no es una mercancía, su elección generalmente no es competencia oportuna ni fácil para el que requiere servicios sanitarios. No es un usuario, como si se tratara de un personaje en busca de un producto comercial que la publicidad le haya enseñado a preferir. Se trata de una persona inmersa en un mundo social que tiene requerimientos de salud impulsados por situaciones personales, familiares, culturales y hasta religiosas. Se trata de una complejidad de relaciones insertas en esa comunidad y la selección de las opciones posibles escapan a la habilidad y aun a la experiencia y formación de ese individuo componente de tal sociedad.

Como lo muestra la concepción vieja de la Atención Médica, quien va en búsqueda de salud permanece ligado a la decisión del médico, quien elige y selecciona por él. Lo mismo sucede desde el enfoque de la Atención de la Salud, pero en este caso la relación se establece con el equipo de salud y de lograrse una auténtica participación de la comunidad, dicha relación podrá ampliarse y entonces la población podrá incidir en buena medida en la elección de estrategias de la salud. Pero solo así y en tal participación; sin embargo por una razón técnica y científica, en última instancia, siempre el individuo y la comunidad tendrán un impactante grado de supeditación a las decisiones sanitarias profesionales haciendo escaso o al menos relativo el protagonismo activo indicado por el decreto.

De todas formas el enfoque de la Atención de la Salud permite concebir una integralidad conceptual y operativa para el campo sanitario, que no es ni cercanamente alcanzada por la restrictiva idea de la Atención Médica. Como puede comprenderse esta diferenciación de conceptos resulta fundamental en la hora de la construcción del Sistema de Salud.

Los considerandos del decreto abordan a continuación los aspectos de la solidaridad y de la libre elección del usuario en cuatro al prestatario de las acciones de Salud.

En este caso la solidaridad aparece enmarcada en la perspectiva de “posibilitar igualdad de oportunidades para acceder a la medicina preventiva y curativa...” para lo cual recomienda como elemento de eficiencia a “la libertad del usuario para elegir al prestario...”.

Aparece de esta manera la solidaridad como un elemento circunscripto a la igualdad para llegar a la medicina, a la atención médica y con ello a la restrictiva concepción que se señalará. Se limita la solidaridad a un aspecto parcial, pero interesado porque arrastra hacia la idea de la libertad del mercado, que es en definitiva el suceso capital de la esencia política y económica del proyecto.

Se pierde así la filosofía del movimiento trabajador argentino, que en este aspecto elaboró a lo largo de la accidentada y por momento patética historia de las Obras Sociales, el concepto de solidaridad, como derecho y obligación “in solidum” como una unidad estrecha a la causa y las necesidades de los otros, como acercamiento fraternal permanente, que se

intensifica y se perfecciona frente al infortunio de la enfermedad y de la muerte que está siempre presente ejercitándose en todo momento de la existencia de la comunidad. La solidaridad es parte de la vocación de los trabajadores para cimentar su idea de común destino, de conformación de la comunidad de los seres humanos unidos en la idea de justicia social.

Por eso esta limitación del decreto resulta ajena al pensamiento nacional de los trabajadores y mucho más cuando el razonamiento del P. E. N hace desembocar a la solidaridad en la libertad del mercado de la salud-enfermedad. La historia Argentina sabe desde su nacimiento cuales fueron los objetivos de esa persistente prédica de la libertad de comercio, que en este caso se enmarca en “la libertad del usuario para elegir al prestatario...”

La realidad histórica de las Obras Sociales demuestra que la presencia de la libre competencia de los prestadores, la participación de la empresa privada médica en el mercado de la Salud, antes que consolidar la libertad de elegir, a constituido uno de los elementos sustanciales de la perturbación del Sistema.

Esta libertad está construida desde la esperanza del lucro y desde allí la experiencia de los trabajadores muestra que a la sombra de mayores especulaciones de ganancias empresarias, los afiliados a las Obras Sociales y ellas mismas en su conjunto, sufrieron la perversidad despiadada de la apropiación de los fondos que solidariamente sumaron, recibiendo en cambio una mezquina e ineficaz práctica profesional.

Puede decirse entonces que la historia social desmiente esta afirmación del decreto. Por el contrario la participación de la libertad de elegir, en todo proyecto de salud vivido por los trabajadores, ha constituido una fórmula de infiltración para con la idea de solidaridad que ha ido minando su potencialidad de justicia social.

La libertad empresarial en el mercado de la salud, así mismo, ha enfatizado exclusivamente una estrategia de la atención de la enfermedad, sin acciones de formación y prevención. Esta estrategia está ligada a las expectativas de obtención de las ganancias y su presencia en dicho mercado, que además de no haber garantizado libertad alguna de elegir, muestra con elocuencia el fracaso de este esquema. Las deformidades de ese mercado, las corrupciones a las que ha dado lugar, y la ineficacia social de sus resultados, caracterizan la incompetencia de la libre empresa, como alternativa comercial, técnica y científica para la salud de los trabajadores. Es más, la empresa lucrativa para las prestaciones de salud, aparece como incompatible con un sistema sanitario que garantice eficacia, igualdad de oportunidades y satisfacción plena de los afiliados a ese sistema, a menos que el papel del Estado y de la imprescindible participación de la comunidad, garanticen la normatización ejecución y evaluación del referido Sistema de Salud.

La empresa de la enfermedad, ligada en gran medida a la profunda crisis que afecta a las Obras Sociales, ha participado en tal desastre social. Ha encontrado cómplices evidentes en otros actores del esquema sanitario de las Obras Sociales. No han sido ajenos a este desastre y aportaron su complicidad, dirigentes sindicales que aceptaron y contribuyeron al clima de corrupción y de ineficacia señalado. Son parte del fracaso de ese esquema de infiltración de la

libertad de mercado, de la libre elección de prestadores, al Sistema de la Solidaridad, “in solidum”, que la clase trabajadora argentina ha ido desarrollando.

Con este enfoque resulta sorprendente que la libre empresa sea convocada para el salvamento del esquema que hizo fracasar. No fue una empresa determinada; fue un sistema empresarial que reconoce a su esencia, en la obtención del lucro constante y creciente y en este caso de la salud del pueblo argentino, con cualquier arma disponible para asegurar tal objetivo vital para dicho sistema competitivo.

La libertad de elegir, la libertad de comerciar en el mercado de la salud-enfermedad, como fórmula de acrecentar ganancias vistiéndola como el mecanismo infaltable para la eficacia del Sistema. Sigue siendo uno de los factores determinantes del derrumbe de las Obras Sociales. Su convocatoria como parte del salvaje de las mismas, resulta cuando menos, inconsistente y puede predecirse su recaída en la tendencia que constituye su razón de ser y con ello el aniquilamiento definitivo del régimen de solidaridad social, que con las Obras Sociales desean seguir construyendo los trabajadores, con las lógicas transformaciones y correcciones que la experiencia vivida obliga a producir.

EL POYECTO DEL P. E. N

La creación de la Organización Solidaria de la Atención Médica (OSAM) presenta algunos aspectos mencionados en el artículo primero del decreto, que deben analizarse.

La OSAM se establece con carácter nacional y con desempeño en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social, tentado por objetivo garantizar las prestaciones médicas para conservar o restablecer el pleno goce del derecho a la salud, dentro de la solidaridad, la eficiencia y la libertad de elección.

El tal ámbito de dependencia del Ministerio Nacional de la Salud y Acción Social, parece querer reinstalar al Estado como eje central de la responsabilidad de la conducción sanitaria, incorporando a su estructura de gobierno, al régimen de la Seguridad Social expresando en las Obras Sociales. Al mismo tiempo, enmarco legislativo proyectado incorpora al Sistema Privado, a las Mutuales, cooperativas, organizaciones por Empresa y por Sindicato que quieran intervenir como prestarios del OSAM.

Esa centralización operativa entrega al P. E. N. el manejo de la casi totalidad del mercado sanitario, produciendo algunas contradicciones jurídico políticas que resultan llamativas.

Esta primera norma parece alejada del espíritu prioritario de asegurar la libertad de empresa en el sector. Al convocar al Poder Público como seductor del proceso, vale decir, al estatizar la administración del OSAM podría pensarse que el Estado Nacional retoma el poder de conducción de la Salud, dentro del más puro espíritu de la teoría de Carrillo para los destinos sanitarios de los argentinos.

Sin embargo esta circunstancia se verá prontamente desfigurada, cuando se compruebe la preeminencia que se le otorga y el peso que adquirirá en la realidad cotidiana el sector privado, destinatario inequívoco de las mejoras ventajas y especial operador de un mercado colocado a su disposición.

El Estado asume la burocratización del Sistema creado y aleja toda posibilidad de una seria participación comunitaria en el gobierno del sector Salud.

Al imponer la libre afiliación, como se verá posteriormente, en los primeros nueve meses del régimen proyectado, como opción de los afiliados para elegir entre las diferentes Obras Sociales y luego en los otros nueve meses siguientes, como nueva opción para elegir otras organizaciones de prestadores vale decir, preferente elección entre las organizaciones empresarias sanitarias como los Pre-Pagos o regímenes competitivos por ese mercado, esa libre afiliación resultará el arma de mayor eficacia para la destrucción de las Obras Sociales.

La estatización del Sistema que se legisla a partir del artículo Nº 2 del proyecto legislativo, presenta entonces la clara contradicción de desdecir el papel conductor que el Estado debería asumir, para legislar, resguardando el dominio de las empresas lucrativas de la Salud.

La contradicción se acentúa aun más, porque después de ceder su responsabilidad conductora, es Estado ahogado con esta burocratización toda posibilidad de profundizar la participación de la comunidad, en el gobierno de sus propias expectativas y en la construcción de su propia historia política para obtener la salud a la que aspira.

Pero esta misma contradicción resalta la más importante de las contradicciones políticas en la que cae este proyecto el PEN defiende de todas formas, un esquema liberal competitivo para toda actividad productiva en el país y en este caso contradice su doctrina, la doctrina que tantas veces le recomendaron los organismos financieros internacionales, burocratizando en el Estado la actividad de la Salud para la Seguridad Social. Sin embargo esta contradicción tiene aun implicancias mucho más profundas.

En efecto, se estatiza solo para entregar a la actividad privada el mercado de la Salud. Esa estatización es una garantía para evitar o destruir, toda perspectiva de los trabajadores de reafirmar su vocación de acentuar el poder del Estado Nacional en el gobierno de la Salud del pueblo argentino, a través de un Sistema de Salud Nacional, con plena participación de sus actores y para la Seguridad Nacional, con la intervención ineludible de sus legítimos protagonistas y propietarios del Sistema.

De todas maneras, en la cúpula de la organización, las Secretarías de Salud y la de Coordinación y Administración de la Salud y Acción social, contendrán el mayor esfuerzo de burocratización que pueda pensarse en estos tiempos, para ser útil a este objetivo a este objetivo de la entrega operativa al sector privado, de unos de los negocios de mayor dimensión que el campo de los servicios pueda reconocer en el país. Aunque como se puede ver sin esfuerzo, para ello sea preciso crear cuatro Direcciones Nacionales más en la intrincada red del Estado burocrático, que el liberalismo tolera cuando es preciso defender y asegurar el éxito de la empresa libre para el negocio de la Salud.

La primera de las Direcciones Nacionales a crear, será la Técnica, en este caso dependiendo de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social y que tendrá por

función elaborar la normativa que regirá todas las actividades de la OSAM en los “aspectos médicos y comerciales...”, dice el proyecto analizado.

Sin embargo no puede dejar de llamar la atención que el artículo que le asigne funciones señale que la elaboración de tales normas para OSAM, podrán ser confeccionadas por dicha dirección “o por terceros...”, introduciendo entonces la perspectiva de que el Estado se limite en este caso a conseguir los fondos y mantener la estructura necesaria, para que sea la propia actividad privada la que dicte esas normas.

El Estado burocratiza al organismo, a la OSAM, pero una vez conjurado el peligro de profundización de los trabajadores en la conducción de sus Obras Sociales, una vez que ratifique su decisión de dirigir estatalmente al sistema y aleje toda posibilidad de autogobierno de esas Obras Sociales, o de anular toda solicitud de los mismos trabajadores para ser ellos los que cubran la función de “elaborar la normativa” para sus organizaciones sanitarias, todo el peso económico y político del Estado podrá ser puesto al servicio de terceros, encargándole tal tarea de elaboración de normas.

La estatización está destinada a conjugar toda perspectiva de participación comunitaria, en esa fundamental tarea de normatización técnica de la OSAM. No cuesta mucho esfuerzo pensar en que “terceros” recaerá esta labor normativa. El Estado será el gendarme eficaz para evitar toda transgresiva a la libertad de mercados que impone este proyecto para la OSAM. Será también la fuente generosa de recursos para facilitar esa labor de terceros, de la que serán oportunamente excluidos los trabajadores que manifiesten defender sus Obras Sociales y la autonomía para sus reglas de funcionamiento.

Si hace falta algún detalle de precisión para esperar está segura exclusión y por el contrario ratificar esta tendencia favorable a la convocatoria y financiación de terceros ligados a los grupos privados para elaborar esta normativa esencial, piénsese en que el proyecto indica que las actividades de la OSAM que deben ser normatizadas técnicamente involucran tal como lo dice el texto del proyecto, “sus aspectos médicos y comerciales...”.

Se ha introducido sorpresivamente la palabra “comerciales...” como uno de los aspectos técnicos que es necesario normalizar para la OSAM y cuya responsabilidad recae sobre la Dirección Nacional Técnica “por sí o a través de terceros...”.

Dice el diccionario de la Real Academia Española que “comercial” pertenece al comercio y que “comercio” proviene del latín “commercium”, de “cum”, con, y de “merx”, mercancía y cuya primera acepción, es decir, sentido o significado de esta palabra, debe entenderse como “negociar comprando y vendiendo o permutando más cosas por otras...”. Si a su vez “negociar” implica, también conforma a esa Real Academia, tratar y comerciar, comprando y vendiendo o cambiando géneros, mercaderías o valores “para aumentar el caudal...”. De allí que negociar implique en definitiva, “todo lo que es objeto o materia de una ocupación lucrativa o de interés...”.

La condición de “lucrativa”, o “de interés”, en este caso para la salud, la ratifica la Academia Real del propio Reino de España, que como se sabe es el fiel guardián de nuestra lengua a la que le da “brillo y esplendor...”, al tiempo que garantiza la pureza y fidelidad a nuestra cultura lingüística...”.

Pero este no ha sido nunca el lenguaje para la salud que han utilizado y reconocido los trabajadores. En su caso la salud solo tiene aspectos técnicos, políticos y humanos, expresados bajo la conceptualización de la solidaridad.

La intromisión de los “aspectos comerciales”, en el texto de este proyecto, aunque no puede lesionar a nadie que reconozca la realidad del mundo capitalista post-moderno, representa la nueva vocación del Estado Nacional, que presionado hasta indecorosamente por los organismos financieros internacionales, cumple con sus directivas y transforma aquella vocación social de Carrillo, que los trabajadores hicieron suya para siempre, en un mezquino aunque real, episodio de capitales lanzados a la conquista de este nuevo y al parecer apetitoso negocio en el sentido de “materia de una ocupación lucrativa o de interés...”.

La restricción teórica y también operativa bien práctica, se extiende además hacia el otro aspecto que señala el proyecto.

Las normas de funcionamiento que indica el artículo respectivo del proyecto del P. E. N., en cuanto se refiere a los “aspectos médicos”, ofrecen en primer lugar la limitación conceptual de su enmarcamiento en solo uno de los renglones que tienen que ver con la salud. Como ya se ha dicho la salud, como fenómeno social no puede ser comprendida con la limitada visión de la Atención Médica.

La salud es un acontecimiento que recae sobre la comunidad y cuyo análisis profundo, cuya racionalización epistemológica supera largamente la simple, aunque imprescindible consideración de la práctica de la técnica y aun de la ciencia médica.

Cuando el P. E. N. ubica la elaboración de la normativa para la OSAM en “aspectos médicos” restringe a un factor específico, pero limitado, de la teoría y la práctica de la Salud, las posibilidades de esas funciones.

En este aspecto el razonamiento del P. E. N. a pesar de sus invocaciones reconocidas hacia la proyección del futuro argentino, retrotrae su concepción hacia un lejano pesado sanitario, que ha sido superado en buena parte del universo. Ese pasado vuelve pesadamente sobre ese proyecto, produciendo una concepción antigua e ineficaz para las soluciones sanitarias que pueden estructurarse.

Como ya se ha expresado, la Atención Médica insiste sobre una hegemonía profesional, que además de no haber producido resultados alentadores, ha tenido que ceder su centro para ser compartido con otras disciplinas y prácticas, que cubriendo mucho más eficazmente la problemática de la salud han entendido que el problema de las grandes multitudes en el mundo y sobre todo en los núcleos de poblaciones con necesidades básicas insatisfechas tienen que ver con otras soluciones que las simples y directoras relaciones que la medicina puede ofrecer.

La salud no es solo un problema de Atención Médica no alcanzan ni sirven las soluciones que plantean los modelos hegemónicos médicos. Los aspectos Médicos, como reza el proyecto “...son unas pobres causas...” como decía Carrillo, para salir a resolver este complejo y formidable problema social que significa la salud.

En consecuencia, si el P. E. N. ubica a la Dirección Nacional Técnica, la primera y más importante dirección burocrática de la OSAM, como el organismo responsable, por sí o por terceros, para dictar las normas referidas a los “aspectos médicos y comerciales...” de este

sistema, resulta evidente y también alarmante la deficiencia técnica que la ley le otorgará a esa Dirección Técnica.

Esta focalización restringida en los aspectos médicos, pero intencionada, en cuanto a los aspectos comerciales, implica el desconocimiento de los demás factores, que son una consecuencia de una injusta condición que surge de relaciones sociales intolerables, que ha llevado a casi la mitad de los argentinos a una situación de verdadera penuria existencial.

No hay salud sin incluir los fenómenos sociales que producen esta situación esta situación de carencia elemental en la que viven los argentinos en su gran proporción. Por eso hablar de los aspectos médicos y comerciales es cuando menos una simplificación si es que no se identifican las razones ocultas que conducen a tal limitación.

Pero si a pesar de todo, nos tenemos que referir a los “aspectos médicos”, entonces tendrá que detenerse la observación en el Capítulo VI del proyecto del P. E. N.; dedicado al Régimen de Atención Médica Básica.

Dicho régimen tiene que ver con la suma de las prestaciones que los Entes Prestatarios estarán obligados a ofrecer a sus beneficiarios (Art. 52) y que se definen en el Anexo I de este ordenamiento para la OSAM.

Atención Médica Básica. (A. M. B.)

La cobertura de toda esta suma de prestaciones de los Entes Prestatarios implica que le cien por ciento de los costos de la Atención Médica Básica estarán a cargo de los referidos Entes, con la prohibición de períodos de carencia para cualquiera de las prestaciones que se incluyan en esta A. M. B.

Salvo escasas, pero significativas excepciones, este programa de A. M. B. sorprende por la amplitud de criterio abarcativo y por la dimensión de las prestaciones r reconocidas para su cobertura de la OSAM.

Se trata de todas las modalidades reconocidas para la Atención Primaria; de las múltiples prácticas de la recuperación de la salud, aunque no completamente (Atención secundaria de la Salud) y de las casi desconocidas coberturas de las prestaciones de rehabilitación (Atención Terciaria del la Salud).

De igual forma el Anexo I incluye un capítulo casi inédito de la cobertura de Salud Mental, que aunque aparezca un sector aparente y por lo tanto técnicamente incomprensible, produce un verdadero acontecimiento científico social que cuesta mucho aceptar como verídico y posible.

La Atención Primaria de la Salud cubre acciones de promoción y prevención de la Salud, dirigida a la población en general y a los grupos de mayor riesgo en particular, como pueden ser de acuerdo con la enunciación del proyecto, la población incluida en acciones de

Maternidad e Infancia, Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual, Drogadicción y Alcoholismo y Odontología Preventiva.

La Atención Secundaria para el proyecto, involucra la Atención Médica-Odontológica ambulatoria general y especializada, la dación de medicamentos la intervención general y especializada con la novedad del reconocimiento para la cobertura cardiovascular y psiquiátrica completa, en una incorporación sorprendente que aunque ha dejado excluidas a otras prácticas de alta complejidad, incorpora a estas acciones de salud que hoy se encuentran marginadas en su casi totalidad del marco de cobertura del sistema, salvo la reciente y complicada operación de comprensión del ANSSAI, para las prestaciones de dicha alta complejidad.

Además están incorporadas a esta Atención Secundaria todas las prácticas exigibles para el diagnóstico ambulatorio o de internación, incluyendo también sorprendentemente como coberturas de rutina la Medicina Nuclear y la Resonancia Magnética Nuclear, que aún tienen muchas dificultades para ser reconocidas como derechos de los afiliados beneficiarios de Sistema.

También forma parte de la Atención Secundaria con cobertura reconocida, la Atención Ambulatoria, los traslados en ambulancia, las emergencias médicas y la obtención de prótesis y ortesis.

La Atención Médica Terciaria que el proyecto incluye como prestaciones con cobertura, reconoce aquellas destinadas a la rehabilitación de la salud y las correspondientes a la interacción crónica y la gerontopsiquiatría.

No participan de esta cobertura de la Atención Médica Terciaria, las prestaciones geriátricas, o por causas exclusivamente sociales, dice el proyecto analizado estableciendo una diferenciación o al menos una limitación incomprensible en el medio de un proyecto de A. M. B. que parece destinado a fortalecer y asegurar el mundo post-moderno de la mística y a admiración comunista. El éxtasis del consumo médico asistencial aparece limitado en estas prestaciones, como en aquellas que hacen al Tratamiento del SIDA, enfermedades de transmisión sexual, drogadicción y alcoholismo enfermedades crónicas renales y la hemodiálisis exigida, como los trasplantes de toda jerarquía.

Como un cuarto capítulo de las prestaciones A. M. B. aparece la salud mental, como se ha dicho, en una incomprensible separación de la Atención Integral de la Salud, incluyendo la modalidad de internación, hospital de día y atención ambulatoria (Punto 4 de la A. M. B.).

En este acápite se reafirma la posición de otorgar solo acciones de prevención hacia los grupos de riesgo como minoridad y particularmente drogadicción y alcoholismo.

Sería de alto valor sociológico, político y científico estudiar exclusiones de tales enumeraciones prestacionales en la Atención Médica Básica comprendidas en un ejercicio increíble de éxtasis consumista médico. Quizás servirá para comprender un poco más los

miedos colectivos y la sanción moral de una sociedad limitada pacata, frente a sus propias enfermedades y patología social. Esta disquisición nos separaría del objetivo de la crítica del proyecto estudiado y solo nos conduciría, al dimensionamiento del esfuerzo histórico que los trabajadores todavía deben realizar para superar las diferencias y exclusiones que tal sociedad restringida impone a gran parte de sus componentes.

Pero el análisis debe reparar en esta inconcebible enunciación que el proyecto hace de las prestaciones integrantes de la Atención Médica Básica (A. M. B.).

Salvo tales exclusiones, el listado de prestaciones para esa Atención Médica, no se ha privado de nada. Ha producido un estado quimérico de prácticas de atención de la Salud aunque se denomina Atención Médica Básica al menos incorpora acciones que en alguna medida requieren la ampliación del restringido marco de tal prestación profesional.

Este Régimen de A. M. B., constituye con la estimación el valor de la cuota Parte de Atención Médica (CUPAN) dos de los aspectos de mayor vulnerabilidad de este Proyecto del P. E. N.

Aparecen como dictados en el medio de una sospechosa programación destinadas a continuar fácilmente la voluntad popular a favor del Proyecto, poniendo el énfasis en una completa prestación de salud y en un recurso financiero exagerado que podría enfrentar toda especulación consumista para la Atención de la Salud.

Este largo listado de prácticas incluidas; desde las de promoción y prevención; como las de recuperación con la baja, mediana y aún alta complejidad comprendiendo cardiovasculares oncológicas y psiquiátricas, así como medicamentos y equipamiento necesario para tales complejidades y las de rehabilitación de internación de enfermedades crónicas y gerontopsiquiatría es cuando menos un sueño imposible, sobre todo si se tiene en cuenta la inconsistencia de los cálculos que se hacen para determinar la CUPAM que debe sostener esta demanda integral de salud.

Resulta difícil desaprobar esta enunciación de prácticas de A. M. B. es más; nadie puede oponerse a la misma y menos los trabajadores que padecen como nadie en la sociedad argentinas, cada uno de los infortunios y padecimientos que comprenden a estas acciones de salud.

Pero tampoco nadie tiene derecho a sorprender a la comunidad nacional con una quimera fabulosa, imaginada sin fundamentos técnicos y científicos y construida solo para distraer a los componentes de esa comunidad o para ir justificando las limitaciones de ciertas capas de nuestra sociedad para acceder a tales prestaciones o lo que es peor, para preparar los fundamentos técnicos exigibles para alentar una atención de la salud diferenciada, según capacidad económica de sus componentes y por ende facilitar el campo operativo para las empresas lucrativas de salud que saldrán a conquistar este restringido, pero especial sector de la población que podría aspirar a esa quimérica enunciación de prestaciones de A. M. B.

Como se ha dicho, este listado de prestaciones no debe ser desaprobado, pero es de rigor técnico señalar la segura imposibilidad de cumplimiento del mismo por varios motivos y especialmente por la base de financiación que otorga la CUPAM y cuya vulnerabilidad ya se ha indicado.

Pero quedan otras razones técnicas que deben remarcarse como de difícil cumplimiento, sobre todo si se tiene en cuenta el olvido que el Proyecto presenta para las mismas.

En este sentido es conveniente señalar que un régimen de Atención Médica Básica no puede técnicamente ser definido como hace el proyecto como “la suma de las prestaciones de diagnóstico y tratamiento médico y odontológico que todos los Entes Prestatarios estarán obligados a ofrecer a sus afiliados...”.

La suma de las prestaciones individuales, no constituye un sistema; solo es un conjunto de acciones sanitarias que conforme al espíritu y la letra del Proyecto cada Ente Prestatario realiza según su enfoque y posibilidad. Se trata de una suma de unidades; no de un sistema y de esa forma no podrá hallarse integración posible y entonces la salud aparecerá como una complejidad que no puede alcanzar, desde este Proyecto la composición sistemática que requiere toda complejidad; el sistema exige integración de la complejidad, capacidad para establecer relaciones consigo mismo y con sus componentes.

De igual manera a estas condiciones de integración e la complejidad de relaciones consigo y con sus componentes deben agregársele las diferencias de tales relaciones, de las relaciones con su entorno social, así como la capacidad para construir una diferenciación sistémicos para sus componentes que lleva consigo la elaboración del básico criterio de las jerarquías en el sistema; tal jerarquía de estados, acciones, practicas permite entender la unidad del sistema a partir de la construcción de las diferenciaciones en su interior.

Nada de esto sucede para el Régimen de Atención Médica Básica y esta ausencia normativa no podrá ser corregida fácilmente, solo con la herramienta metodológica que puedan diseñar las Direcciones Nacionales a las que se les asigna la conducción del proceso de la OSAM.

Este déficit fundamental del Proyecto se acentúa cada vez más, cuando se repara que en los primeros nueve meses de la reconversión de las Obras Sociales se producirá la opción de cambio de los afiliados de una Obra Social a otra; que existen con posterioridad la libertad de opción de los beneficiarios entre los entes prestatarios y que finalmente podrán incorporarse otros Entes Prestatarios nuevos, produciendo una sumatoria de sub-sistemas que por sí vela, en el medio de la competencia más intensa por quedarse con más clientes, difícilmente pueda conformar un Sistema de Salud para la Seguridad Social.

Pero lo cierto es que sin sistema no hay integración de la complejidad y por ende faltarán las relaciones eficaces entre sus componentes; mucho menos capacidad inteligente para regular y conducir relaciones imprescindibles con el entorno social; así como también faltará la capacidad para establecer el distinto nivel de las jerarquías operativas y conceptuales

sin sistema no hay salud para las comunidades, aunque pueda pensarse en una suma de prestaciones de diagnóstico y tratamiento.

Esta es la falla técnica y legislativa de fondo, aunque por un momento olvidemos tanto la irre realidad del listado de prestaciones propuesto, como la inconsistencia del valor supuesto para la CUPAM y por lo tanto las dudas fundadas sobre la visibilidad de la OSAM.

La reconocida crisis de accesibilidad de costos y de eficacia del sistema de salud argentino y en especial en las Obras Sociales, son efecto de una crisis estructural que vive el país desde hace largo tiempo. Sus causas son detectables en las raíces históricas de nuestro subdesarrollo y desencuentro Nacional.

Para este caso específico de las Obras Sociales y más allá de los efectos de dicha crisis estructural es necesario puntualizar esas causas, aunque mas no sea por razones metodológicas de análisis en las modalidades temperamentales de organización y financiación de la atención médica. Las mismas fueron razones de alta significación para imposibilitar una atención de la salud igualitaria, oportuna y eficiente.

El Proyecto analizado no permite suponer que podrá corregir estos defectos, aunque el listado prestacional pueda ser hipotéticamente aceptado, como completo y apropiado.

Es que además de faltar elementos legislativos que se refieren a la organización del sistema y de os Entes y Servicios que lo integran como fórmula técnica para garantizar una accesibilidad aceptable en términos de eficacia social y una integralidad para todas las prestaciones indispensables para la salud, se percibe con inquietud la falta de ordenamiento normativo que la Ley debería contener, para poder desarrollar la construcción de un sistema prestador jerarquizado según regiones sanitarias, ordenado por diferencias en los niveles de complejidad de los mismos y con la determinación precisa de los mecanismos de integración referencial, a que debe dar lugar un adecuado Sistema de Salud.

Ese sistema tiene además un componente insoslayable en la participación de la población en su conducción y administración. El proyecto olvida sin reparos este esencial elemento. Sin participación de la comunidad no hay Sistema de Salud.

Debe entenderse una participación de los beneficiarios o afiliados, como un proceso que nace y se desarrolla en el seno mismo de la comunidad, en crecimiento organizativo hacia el ejercicio verdadero del poder Sanitario que significa esa conducción del Sistema.

Se trata de una participación mucho más allá, que de la intervención formal en los organismos directivos componentes de Sistema. Se refiere a una participación desde el conocimiento objetivo de las necesidades y requerimientos de la población, acompañada por el convencimiento certero de la significación y del valor insuperable, que representa la práctica del grupo Comunitario.

Esta participación debe vincularse y producirse desde las estructuras básicas de cada componente del Sistema, con especial intensidad en las instancias locales, zonales y regionales, para culminar en los niveles centrales, alentando así el crecimiento del poder Sanitario y Social de la población desde esas bases operativas el grupo creará sus propias reglas de acción y construirá desde la separación de los problemas cotidianos, la teoría transformadora que las relaciones sanitario-sociales exigen para la modificación de esa realidad común.

Los demás componentes burocráticos

Además de la Dirección Nacional Técnica, el proyecto prevee la creación de otras tres Direcciones Nacionales. Ellas son la dirección Nacional administrativa (Art. 6º); la Dirección Nacional Superintendencia de Servicios Médicos (Art. 9º) y la Dirección Nacional de Superintendencia económico-financiera (Art. 11º), todas ellas en la jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social.

Dos de esas direcciones tendrán dependencia directa de la Secretaría de Salud; son ellas las técnicas y la de superintendencia de servicios médicos y dos con dependencia de la Secretaría de Coordinación y Administración de Salud y Acción Social, una la administrativa y la otra la superintendencia económico-financiera.

Como se ve, operativamente se deja de lado el principio de la unidad de mando y se deposita en dos funcionarios políticos, la dirección de la dependencia técnico administrativa de las estructuras burocráticas creadas para conducir la OSAM.

Esta experiencia bidireccional de la organización cupular de las estructuras de conducción de las Obras Sociales el país ya ha padecido y a pesar de los desafortunados resultados ha que ello condujo se insiste en un error técnico, que no puede justificarse con la simplicidad administrativa de decir que la unidad de mando se alcanza en la figura del Ministro del Ramo.

Esta unidad tal vez pueda estar asegurada en grandes directivas pero el proceso cotidiano de conducción de un Sistema Integrado no puede estar garantizado sin esta también elemental regla de conducción de todo Sistema en operaciones.

A su vez la Dirección Nacional Administrativa como su nombre lo indica elaborará por sí, o también a través de terceros los aspectos referidos a la OSAM en los campos administrativos, económicos, financieros y jurídicos.

Vuelve a llamar la atención que el Proyecto repita como la Dirección Técnica que esta Dirección “estará dotada con el personal altamente especializado necesario:” para cumplir con sus funciones como si fuera posible que pudiera completarse con personal incompetente y

luego de tanta perfección en sus recursos humanos repudiables sus funciones puedan ser ejecutadas “a través de terceros...”.

En cuanto a Dirección de Superintendencia de Servicios Médicos, la otra Dirección dependiente de la Secretaría de Salud, tendrá por objeto asegurar “el fiel cumplimiento por parte de los Entes Prestatarios, de los compromisos contraídos y de las normas del OSAM.

Para ello deberá cumplir funciones “de supervisión, control, auditoria y evaluación de los servicios médicos asistenciales” que brindan los Entes Prestatarios como también todo lo referido al manejo y evaluación de la información correspondiente a los servicios médicos brindados, el cumplimiento de las normas por parte de los Entes, la verificación de antecedentes y condiciones asistenciales de los mismos, tiene bajo su responsabilidad proponer la aprobación o desaprobación del ingreso de los Entes a la OSAM o bien darles de baja cuando así corresponda.

De todas formas este artículo del Proyecto que legisla sobre las funciones de las Dirección Nacional de Superintendencia Médica continúa con una detallada enumeración de incisos que llegan hasta el número 14 y que en definitiva se refieren a la única función de supervisión control y evaluación de los servicios médicos brindados ofrece un clara diferenciación con el artículo que señala las funciones de la Dirección Técnica que debe ocuparse de los aspectos médicos y comerciales, como ya se expresará y que se concreta exactamente a esa única descripción, su función es “elaborar la normativa... que regirá a todas las actividades de la OSAM en sus aspectos médicos y comerciales...”.

Tal diferencia permite indicar, que ha quedado muy lacónicamente definida la función Técnica, para los aspectos médicos y comerciales y a su vez detalladamente enumerada la función de supervisión, control y evaluación para la evaluación de Superintendencia de Servicios Médicos.

Esta indicación a su vez obliga, a suponer que se mide con distinta vara de preocupación Estatal para las funciones respectivas, produciendo una diferenciación que puede dar lugar a enfoques diferenciados, haciendo recaer especialmente a la OSAM, en una predominancia de sus funciones de supervisión y evaluación, que no son despreciables, pero dejando en la orfandad, al menos legislativa, a las funciones técnicas médicas y comerciales.

En este cotejo de las funciones de ambas Direcciones, resalta con preocupación la falta de definición para con las acciones de la Dirección Técnica, produciendo un vacío legislativo sorprendente, sobre todo si se tiene en cuenta la significación de los aspectos médicos que son básicos y esenciales para la OSAM y si se retiene el detalle de los “aspectos comerciales...” a los que debe referirse como funciones propias esta Dirección, irrumpen legislativamente por primera vez en el texto del Proyecto y no merecerán consideración ulterior alguna.

Lo menos que puede decirse para este desnivel de funciones que se observan entre ambos articulados de las dos Direcciones Nacionales, es que se trata de un error técnico - legislativo.

Sin embargo resulta prudente señalar que el vacío normativo que el proyecto produce para la función técnica es altamente perjudicial, sobre todo si se tiene en cuenta los razonamientos que sobre el particular se han efectuado cuando esta crítica se ha referido a las conducciones técnicas expresadas para conducción y administración del régimen específico de la Atención Médica Básica.

Se trata de conducir el proceso técnico Atención común de la Salud de la OSAM y en este capítulo del proyecto solo se dedica a enunciar que la Dirección específica se dedicará a tal función sin definir su campo operativo, ni señalar una sola de las múltiples funciones que dentro de tales aspectos técnicos La Organización Solidaria de Atención Médica debe cumplir.

A la luz de estas consideraciones el error legislativo se transforma en una imperdonable y descalificadora omisión, que invalida toda consideración de este texto normativo como parte indispensable de una Política Nacional de Salud.

Pero al mismo tiempo tal omisión califica la única actitud que el PEN desea remarcar como función substancial para las acciones médicas y que se refieren al contralor y la evaluación de las mismas, sin legislar sobre el sentido, característica, modalidad y profundidad de las acciones sobre la salud propiamente dicha.

Esta misma diferencia notable se va a observar en las funciones descritas para los aspectos administrativos, económicos, financieros y jurídicos.

Mientras a la Dirección Nacional Administrativa se le otorgan las funciones para elaborar las normas que regirán dichos aspectos “administrativos, económicos, financieros y jurídicos...” (Art. 8º) y allí concluye la enunciación legislativa del proyecto, a la Dirección Nacional de Superintendencia Económico Financiera se le asignan quince incisos para enumerar sus funciones en lo atinente a tales aspectos económicos, financieros y jurídicos (Art. 12º) en cuanto a la supervisión, control, auditoría y evaluación de los mismos.

El Estado resigna de esta manera los dos aspectos esenciales de la conducción de este proceso reordenador del sector de la Seguridad Social en su referencia en la Atención de la Salud.

Deja sin definición precisa a las funciones técnicas y administrativas de la Salud y remarca hasta con exagerada persistencia legislativa la función de contralor y evaluación que de ninguna manera puede ser resignada o disminuida, pero que en igual sentido el cotejo de esas funciones permite descubrir las omisiones peligrosas para esas otras funciones.

Como puede entenderse quedan supeditadas o bien a la reglamentación de este proyecto, o a la inteligencia y decisión de los funcionarios que ocupan las Direcciones Técnicas y Administrativas, cuestiones esenciales para el manejo de la salud de este sector en todo el país.

Se encolumnan en el seño de este vacío legislativo toda la caracterización técnica de la Atención de la Salud que debe elaborarse, entre las cuales ya hemos recibido el valor de la definición certera del Sistema a construir y del papel que debe corresponderle a los recursos humanos participantes en cuanto al ejercicio diferenciado de acción de Atención Médica o de Atención de la Salud y la jerarquización infaltable para el ordenamiento de la complejidad que siempre confluye en todo Sistema.

Que dan también sin enunciación las funciones técnicas que norman la participación de la Comunidad, como así también las del ordenamiento territorial de las acciones para complementar un Sistema articulado, regionalizado y con autonomía de conducción y administración para garantizar la eficacia social que debe esperarse de la OSAM.

De igual manera la sola enumeración de la función normativa para los aspectos administrativos, económicos, financiero y jurídicos que debe cubrir la Dirección Naciones Administrativa (Art 8º) ha dejado sin definiciones para este proyecto a otras funciones de este carácter que debían haber sido enunciadas, para evitar dejar a cargo de la reglamentaron del proyecto o de la sagacidad y entendimiento del funcionario elegido para esta función, la responsabilidad de sus reconocimiento y definición.

Se trata de normas de funcionamiento para los aspectos referidos, de enorme importancia si se recuerda en primera instancia la doble dependencia cupular de las cuatro Direcciones Nacionales creadas para esta conducción de la OSAM, si se valoriza la circunstancia de la complejidad en tales aspectos de los múltiples Entes Prestatarios que intervendrán y si se tiene en cuenta que no aparece por ningún artículo del Proyecto del delicado y fundamental detalle de la remuneración de las Prestaciones de Salud que brinden los diferentes prestadores, como así mismo el régimen jurídico del trabajo profesional que cubra la totalidad de esas prestaciones.

El vacío legislativo señalado y que compromete no solamente las funciones de las Direcciones Nacionales Técnicas y Administrativas de la OSAM, sino decididamente el propio destino de la Organización Solidaria de Atención Médica, meritúa el rechazo legislativo de este proyecto, para encomendar una vez más al PEN, la elaboración de una norma técnico-jurídica acabada y que no deje los interrogantes, aspectos insoslayables para un texto de tal magnitud.

La sorpresa llega a ser mayor cuando en el artículo 14 del texto de este proyecto se dice que “en un plazo de 60 días, la autoridad de aplicación de la OSAM deberá proponer al PEN la estructura orgánico funcional de las Direcciones Nacionales de Superintendencia...”. De las otras dos Direcciones Nacionales la Técnica y la Administrativa y de sus respectivas estructuras orgánicas funcionales, nadie aparece responsabilizado para su elaboración y evaluación oportuna al PEN.

Este olvido certifica claramente la diferencia de tratamiento que el PEN puso en la elaboración de este texto, resignando sin atenuantes su obligación determinativa para funciones esenciales del organismo en creación. Tal vacío legislativo obliga a descalificar sin reparos a todo el texto del proyecto, ahora sobre todo porque deja afuera de su atingencia cuestiones capitales para regir estos aspectos de la Salud de los argentinos.

El artículo 17 refirma una potestad irrenunciable del Estado, en el sentido de realizar auditorías Médicas y contables a todos los Entes Prestatarios y Efectores Públicos, cumpliendo con una obligación ineludible de su papel rector en el campo sanitario y que por otra parte las organizaciones de los trabajadores en su casi mayoría han reclamado como imprescindibles para su funcionamiento.

Es bueno recordar que tanto esta potestad de contralor, que debe ejercer el Estado, en este caso por intermedio de la OSAM, como este reclamo de casi todos los trabajadores organizados para que se cumpla con esa función evaluatoria, no ha dejado de estar presente en las legislaciones anteriores o en el espíritu de todo ordenamiento pensado o ejecutado para con la conducción de las Obras Sociales.

Sin embargo a la hora de la realidad, esta delicada, como infaltable función no ha sido ejercida, o solo fue muy esporádica e ineficientemente cumplida. Se resigna en su casi totalidad una labor de enorme importancia para el Sistema y aunque las causas del deterioro que condujeron a las crisis actual y sobre toda la corrupción que se sobrevuela en torno al Sistema de Obras Sociales reconoce una pertinente y clara multicausalidad, lo cierto es que este déficit en la obligación de supervisión y evaluación por parte del Estado, también a contribuido a tal deterioro.

Llega el momento de valorar todas las deficiencias que pueden computarse, con respecto a este segundo de los Capítulos del proyecto de la gestión y fiscalización de la OSAM.

En buena medida han sido enumerados en la crítica que se ha efectuado.

Sin embargo, corresponde en tal instante recapacitar sobre la voluntad del Estado para retomar el poder de decisión, en la conducción de las Obras Sociales y de los demás Entes Prestatarios que puedan incorporarse a la OSAM.

A la luz de la significación del papel ordenador del Estado, estatizar estos mecanismos de administración y conducción de un importantísimo sector de la Salud Pública del país, paradójicamente debe señalarse que tal iniciativa constituye una recuperación del sentido rector y orientador que el Estado Nacional no debe ceder en el campo sanitario.

Pero como ya se ha dicho, esta circunstancia aparece en la realidad legislativa proyectada muy rápidamente desfigurada al comprobarse la preeminencia que se le otorga en ideas, normas y tendencias al sector privado, indiscutible destinatario de los frutos posibles de todo el Sistema.

De cualquier manera, luego de haber analizado la creación de las cuatro Direcciones que regirán los destinos de OSAM, ha llegado una vez más la oportunidad para señalar con énfasis ineludible, la circunstancia de la falta absoluta de toda participación del pueblo, de la comunidad de los beneficiarios, de la comunidad de los trabajadores de la Salud que intervienen en este proceso para asegurar la Salud de más de la mitad de los argentinos.

Repetimos entonces una vez más. La estatización solo tiene por objetivo la entrega a la actividad privada del mercado de la Salud y por lo tanto, lejos está de garantizar la participación de la comunidad, en el gobierno y conducción de su propio destino frente a la Salud, en organizaciones que se nutren del propio Salario de los trabajadores que constituyen dicha comunidad.

La burocratización programada con estas cuatro Direcciones Nacionales solo evidencia una estatización con otro destino. Pero una vez más resulta evidente, que sin participación popular volverá a ser ficticia toda organización sanitaria. Sin los trabajadores como conductores de sus propias organizaciones sanitarias, con todos los controles que el Estado debe realizar. No hay Salud asegurada para ellos, su familia y la comunidad Nacional.

De los beneficiarios

Al igual que los textos legales anteriores, para la ANSSAL y el Régimen de Obras Sociales (Leyes 23661 y 23660), el proyecto ha optado por la designación de beneficiarios del Sistema para aquellas personas y grupos familiares que hayan establecido la relación jurídica de afiliarse a la OSAM a partir de los Entes Prestatarios que la integran.

Ha dejado definitivamente en el recuerdo lingüístico, las diferencias que en otros tiempos se establecían entre las condiciones de afiliados o de beneficiarios.

Hoy se utiliza casi exclusivamente la palabra beneficiario y se ha ido perdiendo la de afiliado.

Es bueno recordar que también el diccionario de la Real Academia Española enseña que beneficiario, viene del latín “beneficiarius”

Al igual que los textos legales anteriores, para la ANSSAL y el régimen de Obras Sociales (leyes 23661y 23660), el proyecto ha optado por la designación de beneficiarios del Sistema para aquellas personas y grupos familiares que hayan establecido la relación jurídica de afiliarse a la OSAM a partir de los Entes Prestatarios que la integran.

Ha dejado definitivamente en el recuerdo lingüístico, las diferencias que en otros tiempos se establecían entre las condiciones de afiliados o de beneficiarios.

Hoy se utiliza casi exclusivamente la palabra beneficiario y se ha ido perdiendo la de afiliado.

Es bueno recordar que también el diccionario de la Real academia Española enseña que beneficiario, viene del latín “beneficiarius” y su acepción castellana tiene que ver con el que goza un territorio, un predio, un usufructo que recibió graciosamente de otro superior al que reconoce.

Afiliar, la acción de donde deviene el afiliado, tiene raíces en el latín, donde “afiliarse” procede de “ad”, a y “filius”, hijo. De allí que la Real Academia utilice como explicación necesaria que la afiliación se refiere a “juntar, unir, asociar una persona a otras que forma corporación o asociación...”.

Como puede comprobarse al recurrir a la ayuda del Diccionario rector de nuestra lengua la utilización predominante del vocablo “beneficiario”, que este proyecto ha tomado recurre a una idea que desde hace muchos años el Estado argentino ha incorporado a su legislación. Pero ha procedido así, porque en su interpretación prima la concepción de “un sufructo” recibido graciosamente y como dice el Diccionario “de otro superior al que reconoce...”. El pensamiento oficial cree que los derechos de los trabajadores a la salud, pertenece al renglón de las concesiones otorgadas por gracia, cómo donde el Dios Estado, sobre toda la actividad y exigencia de la naturaleza de trabajadores y lo que es peor, sin méritos ni proporción de su parte. Esto es decir, que la acepción de beneficiario que el Proyecto utiliza, proyecta sobre los trabajadores un beneficio un favor hecho sin merecimiento de los mismos, se trata entonces de una concesión gratuita, a la que todavía, debe agradecérsela como reconocimiento de tanta magnanimidad.

Cómo puede entenderse, tal calificación de beneficiarios, viene a certificar la idea de protección infinita del Estado, por la cual tiene derecho a todo y especialmente a dirigir el destino de aquellos a quién les concede tal gracia.

De esta manera quiere ocultarse que son los trabajadores los que sostienen con sus salarios estas organizaciones para la salud. No reciben favores especiales, eso esfuerzo el que construye sus programas para defender su salud. De allí su voluntad de afiliarse, de unirse, asociarse entre ellos, para ejecutar esa, su vocación de proteger su vida y la de los suyos.

No se trata de un simple reemplazo de voces. Detrás de esta elección semántica, de esta utilización del término beneficiario, se plantea una definición precisa del sentido de disminución del papel social, qué se le otorga a la condición de contribuyente esencial que tiene cada trabajador con su salario, para la construcción y sostenimiento de sus Obras Sociales.

A partir de tal disminución, se procede al razonamiento político vertebral de este Proyecto. los trabajadores desaparecen como protagonistas fundamentales para la conducción de sus propias instituciones. se olvida que es su salario el que posibilita toda la Organización Solidaria de atención médica y por lo tanto al señalarlos como beneficiarios de la gracia de los poderes dominantes, si los excluye de toda posibilidad de dirigir su propio destino sanitario. Al menos en lo que hace al auténtico ejercicio del poder en los renglones principales, en los organismos irremplazable que deciden sobre tal destino.

El capítulo Tercero del proyecto, en su artículo 18, enumera las distintas categorías de los beneficiarios y en general dichas categorías reproducen iguales designaciones y condiciones que la ley de Obras Sociales vigente hasta este momento.

Se incorporan en cambio, como otra categoría, los consignados en el art. 19, llamados beneficiarios titulares por adhesión. Ellos serán, los que suscriban un contrato de adhesión, dentro del espíritu de libertad de afiliación que reconoce el proyecto y que permite asimismo la aparición de otras categorías más (art.20/); la de titular voluntario, que alcanzará condición de beneficiario de la OSAM con “el cumplimiento de los requisitos que establezca el presente ordena aplicación su autoridad de aplicación...”

De igual manera debe repararse que el inciso A del artículo 18 introduce como beneficiarios a los desocupados que estén incluidos en el Sistema Integral de Prestaciones por Desempleo, conforme la ley 24.013.

Pero resuena como un olvido imperdonable, teniendo en cuenta la serie situación social por la que está pasando el país, que el Proyecto no haga referencia al art. 5° inciso c) de la ley 23661, del Seguro Nacional de Salud, que dice que estarán incluidas como beneficiarios, “las personas que, con residencia permanente en el país, se encuentren sin cobertura médico-asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales...”.

Es cierto que esta enumeración jurídica que efectúa la norma de creación del Seguro de Salud por sí sola, no sirvió ni medianamente para garantizar la cobertura asistencial de los desprotegidos en el país. Pero es mucho más cierto, que su omisión en el ordenamiento proyectado, hará imposible el cumplimiento de la obligación solidaria del Estado Nacional, para cubrir la salud de los desamparados.

Si a esta omisión se le agrega, primero la falta imperdonable de una Política Sanitaria definida, que pudiera reparar tal desprotección de millones de argentinos que viven en la indigencia social más despiadada y segundo, la carencia de una Política Hospitalaria que sostenga la perspectiva de un fortalecimiento impostergable para un nuevo Hospital Público, podrá ponderarse la injusticia social que presagia este Proyecto.

El art. 23 indica que la afiliación será única y que queda expresamente prohibida la múltiple afiliación. Este detalle parece limitar la circunstancia de permitir que un afiliado pueda pertenecer como beneficiario a una Obra Social y va otro Ente Prestatario, cómo puede ser un Pre-Pago privado, una Mutual, cooperativa y aún otra Obra Social.

Al menos en un sentido, en este último caso, puede pensarse que todo trabajador que pertenece a dos Obras Sociales, conforme su doble contribución por su doble trabajo en sectores diferentes, dejará de aportar a una de esas Obras Sociales. El proyecto no se ha detenido en observar que tales aportes son parte de su salario y si el empresario se ve eximido de la obligación de depositar tal aporte, para evitar la doble afiliación, sería oportuno indicar cuál será el destino del importe mensual de tal contribución. si así no fuera podría pensarse que se trata de un aumento del sueldo de bolsillo del trabajador en caso de ser el destinatario de ese aporte, o por el contrario que ese beneficio se incorpora a la ganancia empresarial.

Si la doble afiliación de la familia surge por la posibilidad de que ambos cónyuges, o dos o más miembros de la familia estén afiliados al sistema, en tales casos, cada uno de ellos sería parte de cada Obra Social de cuya rama de actividad nace la afiliación, o de ser la misma rama, una

de ellas dejará de tributar al sistema, con situaciones similares, a las descritas en el caso precedente.

Aparece en el artículo 24, inciso 2, la opción del beneficiario a elegir “algunos de los programas y/o servicios de cobertura médica especiales que ofrezcan los Entes Prestatarios...”.

Este inciso legalizara la injusta diferencia de la población Argentina, conforme sus ingresos y en torno a sus requerimientos de salud. Aunque fuera por este solo detalle, este proyecto legislativo abandona todo se lo del Estado para garantizar la igualdad de los habitantes frente a sus necesidades vitales. De esta manera y ante la asistencia sanitaria, se normaliza con sorpresa, la posibilidad de reconocer en el país diferentes clases y calidades de argentinos. es la ley de la libertad de mercado cuya garantía está regida por la capacidad económica para adquirir los bienes sanitarios que se necesiten o se quieran. pero no es la ley esperada para un país cuya Constitución garantiza la igualdad para sus integrantes.

En el artículo 25 se introducen la modificación más notoria para el régimen de afiliación al sistema que viene a suplantarlo la obligatoriedad que indicará el art. 8 de la ley 23660.

El inciso 1° del referido art. 25 del Proyecto, normatiza que los beneficiarios titulares elegirán “libremente entre los Entes Prestatarios” de la OSAM, “la entidad responsable de prestar la cobertura de atención médica-asistencial...”.

Por su parte el inciso 2, le permite cambiar de Ente, ejerciendo esta facultad como máximo dos veces por año calendario, transcurrido un período de permanencia no inferior a 90 días corridos de la elección anterior.

Este es uno de los argumentos favoritos del Gobierno, para legalizar la libertad del mercado sanitario, hasta tal punto que como se ha dicho en los considerandos del Proyecto, los rescata como un valor para salvar el principio de solidaridad y como elemento de eficiencia para el Sistema. La libertad del usuario para elegir el Ente prestatario resulta en este caso, el concepto fundamental para lograr eficacia y el cumplimiento de los objetivos sanitarios que deben esperarse.

Tal argumentación es cuando menos, de una simplicidad e ingenuidad sorprendente, pero sirve a los designios más, que apuntan en todo caso a mostrar como vencedores a los grupos económicos dominantes que siguen intentando diezmar, toda evidencia de consolidación o decrecimiento en el poder social de los trabajadores orgánicamente constituidos.

De cualquier manera, la eficiencia de un sistema de salud no puede depender de la libertad de afiliación al mismo, sino de otros múltiples factores que se integran dentro de los elementos técnicos, científicos, políticos y socioeconómicos, que el Proyecto no señala en ninguna parte.

De esta forma es conveniente saber, en última instancia, que no hay libertad de elección verdadera entre los Entes Prestatarios, cuando el poder de conducción y administración de los

mismos, se ha ejercido por personas o entidades distintas a las que quieran o puedan elegir tal libertad.

Las reglas del mercado comercial de la Salud, demuestran que frecuentemente esta elección está impulsada por factores que no tiene en cuenta, ni la eficiencia de los prestatarios, ni la posibilidad irrestricta de elegir. Con seguridad que en este último caso, los mecanismos de seducción para condicionar la incorporación de beneficiarios de las Obras Sociales a los prepagos en particular, tendrán iguales características y modalidades publicitarias que las que hoy presenta ese sector, para acrecentar de cualquier forma, sus listados de afiliados y con ello sus ganancias anuales.

Como con las empresas multinacionales del tabaco, estos medios publicitarios se olvidan con frecuencia de la salud y sólo apuntan con marcada avaricia a la conquista de nuevos mercados, medidos en las cifras de sus nuevos clientes. También como con El cigarrillo que tanto necesita de la publicidad para acrecentar sus niveles de ventas, las cifras increíbles de fondos dedicados a la publicidad, pasarán sobre el producto en forma elocuente y podrá suceder como con el tabaco, que la salud sea un elemento de relativa o mínima importancia. La libertad de elección en el mundo competitivo, no pasa precisamente por las necesidades y requerimientos auténticos de los usuarios. El peso de la oferta y de su potencialidad económica, operativa y publicitaria, condiciona la demanda y con ello pacífica, casi hasta anularla, toda libertad de selección.

De los Entes Prestatarios

Este capítulo IV del proyecto consagra la desaparición para la Seguridad Social, del concepto jurídico y político de Obras Sociales. Las mismas pasan a ser Entes Prestatarios del nuevo sistema.

La destrucción del sistema de obras sociales, no solamente es la consecuencia de la eliminación de la obligatoriedad de afiliación que se sostenía hasta este proyecto del PEN, sino que también se produce con decisión liquidadora al permitir el ingreso irrestricto de los Entes Privados, en este otro régimen de solidaridad social.

Pero esta fórmula de un aporte mínimo por parte de los beneficiarios, que pueda ser destinado por estos libremente, a todos los componentes de las entidades prestatarias según sus preferencias y entendimientos, se vincula con el derrumbe practicado en otros campos de la Seguridad Social y que pueden referirse a las propuestas planteadas con relación a la jubilaciones privadas y en forma más totalizadora, con el espíritu de la flexibilización laboral.

El nombre asignado a este sector de los agentes prestadores de prácticas sanitarias, el de Entes Prestatarios tiene también una honda significación.

Desaparece del proyecto toda mención futura a las obras sociales, estas son tardíamente recordadas en el artículo 55, sólo para nombrar al Comité de Reconversión que se encargará de producir la extinción, durante 2 años, del sistema que contenía las leyes 23660 y 23661 y que ordenaba el funcionamiento de dichas Obras Sociales.

La designación elegida, la de Entes Prestatarios, también señala ineludibles tendencias políticas y filosóficas, aunque su presencia en el texto comentado aparezca como una simple e incontaminada palabra jurídica, ajena a toda connotación ideológica.

Para el vocabulario preciso de los diccionarios un Ente es el que es, existe o puede existir. Para los filósofos es el que no tiene ser real y verdadero y sólo existe en el entendimiento.

En la Concepción heideggeriana, que incluía la decisión teórica lingüística hacia esa existencia no real, es decir a la existencia ideal, el Ente “es todo aquello de que hablamos, que metamos, relativamente a lo que nos conducimos de tal o cual manera...”. Es también, dice tal Concepción idealista, aquello que somos nosotros mismos y la manera de serlo.

Se habla así del nosotros, de lo que preguntamos por el ser, pero no como seres reales y concretos, sino como existencia ideal construida en el entendimiento propio y de los demás.

De esta manera desarrollar la pregunta por ser, quiere decir ser a través de un Ente, pero bajo el punto de vista de su ser ideal. Es que, cómo acentúa dicho pensamiento idealista, el modo de ser de un Ente, está el mismo determinado esencialmente por aquello que se pregunta, h esto es decir por el ser que en este caso se designa con las palabras “existencia ideal...”.

Quién sabes si los elaboradores y técnicos que confeccionaron este proyecto, recabaron con profundidad y especialmente con propiedad sobre este particular. Si así lo hicieron, se comprenderá la razón para la elección de esta categoría semántica de Entes Prestatarios, en reemplazo de Obras Sociales, la anterior y ahora extinguida designación.

Si no lo hicieron, fueron subjetivamente traicionados por la injerencia sublimar de ese pensamiento esencial que se ha señalado.

En ambos casos este cambio lingüístico obedece a causas mucho más serias que la simple actividad jurídica de adjudicación de nombres a las entidades o instituciones que se crean. Esas causas podrán ser reconocidas, si se recorre las distancias que separan al artículo 2° de la ley 23660 y el inciso 1° del artículo 29 del presente proyecto.

En el primer caso las Obras Sociales eran, “entidades de derecho público no estatal, con individualidad jurídica, financiera y administrativa...” y tenían el carácter “de sujeto de derecho, con el alcance que el Código Civil establece para las personas jurídicas. En el Proyecto criticado los Entes Prestatarios obtienen la condición de tal (art. 29, inc. 1°) si cumplen con el requisito, entre otros de enumeración administrativa funcional, de “ser persona de existencia ideal...”

Se cumple en tal enunciación, de ser persona de existencia ideal, con la conceptualización que se ha indicado y ese tránsito de las distancias señaladas entre las diferentes normativas jurídicas, permite comprender las opciones utilizadas para hacer desaparecer toda identificación de la real política del PEN, de los Marcos que exigen cualquier identificación social, con los procesos históricos que corresponden a la población del país.

En este campo sanitario la elección ha sido idealmente circunscripta en el ser, en el Ente como existencia, en el entendimiento ideal de sus componentes, limpiando desde el nombre de las instituciones, toda vinculación con las relaciones sociales, qué son En definitiva las que mueven de todas formas, el destino de los pueblos.

Esta negación semántica devuelve al individuo, roussonianamente, el papel céntrico de esa realidad, desconociendo el verdadero sentido de la doctrina social que sostiene desde la solidaridad, el terreno político, cultural y religioso en el que se construye la historia del país.

Pero en este Proyecto desaparecen las Obras Sociales, aunque con lógica empecinada, los trabajadores siguen pugnando por los objetivos comunes que hicieron necesaria su aparición, e imprescindible su funcionamiento.

Vuelve a ser oportuno remarcar que el movimiento obrero organizado reconoce los errores y despropósitos cometidos en las Obras Sociales en su nombre y condición de propietarios indiscutibles. De esta manera no proponen, ni parcialmente, la continuidad de un sistema deformado hasta la perversidad. Por el contrario son partidarios de una transformación de la realidad sanitaria del país, qué debe incluir por lógica política y peso social, a las Obras Sociales.

Desde tal convencimiento deben reformar su condición de legítimos y únicos dueños de las Obras Sociales, instalar en la propuesta posible, la inserción de estas obras sociales en el seno de un Sistema Nacional de Salud, que también los encuentre como protagonistas para el diseño y ejecución de una verdadera Política Sanitaria para todo integrante de la comunidad nacional.

El artículo 28 le otorga a una de las ramas burocráticas de la OSAM, la Dirección de Superintendencia Médica, dice el texto de tal artículo, pero debe referirse a la Dirección Nacional de Superintendencia de Servicios Médicos, dependiente de la Secretaría de Salud, (art. 9) la total potestad de dar la habilitación a “las viejas” Obras Sociales que reúnan los requisitos que prescribe el artículo 29.

Esta desprolijidad en la asignación de nombres a los organismos burocráticos que crea el Proyecto, no otorga reposo a quien analiza el mismo. En este caso, en el artículo siguiente al de su creación, esta Superintendencia de Servicios Médicos, pasa a llamarse como en el artículo 28, Superintendencia Médica, aunque en el cuadro 2 que acompaña al Proyecto, se menciona a una Superintendencia Técnica, que sospechosamente podría ser la superintendencia de Servicios Médicos.

Pero dejando de lado estas precisiones de nombres, una Dirección Nacional, dependiente de una secretaría de un Ministerio del PEN, tendrá a su cargo, sin apelación posible, la asignación de los Entes Prestatarios, es decir de aquellos que prestaran servicios médicos y dispondrán “de la capacidad suficiente por sí o a través de terceros, para asegurar la prestación del Régimen de Atención Médica Básica” (art. 29 inc. 2).

Aunque es necesario percibir que en este texto del Proyecto normativo, siempre se introducen sutilmente la categoría “a través de terceros...”, es decir, posiblemente a través de las sociedades lucrativas de la salud, en este momento debe repararse que tamaña responsabilidad en un renglón burocrático del gobierno, cómo será la Superintendencia de Servicios Médicos, puede ser considerada como un verdadero desatino técnico, si se tiene en cuenta la compleja y ardua historia política que cubre a cada una de las Obras Sociales que creadas por sus legítimos dueños, quedarán supeditadas al arbitrio de ese funcionario de cuarta jerarquía, qué decidirá la habilitación para “proveer la atención médica a los beneficiarios” de la OSAM (art, 28).

Claro que asimismo es conveniente saber que el artículo 62 le otorga a otra instancia burocrática, el Comité de Reconversión de Obras Sociales, la clasificación definitiva de las obras sociales para su ingreso de la OSAM, y con ello la capacidad para operarse en diferentes posibilidades funcionales dentro de la Organización Solidaria de Atención Médica.

En todo caso, este proyecto muestra en el interior de estos aspectos, un desinterés por la historia social del país y por la realidad del proceso de consolidación de las entidades que le ofrecieron alternativas de cobertura sanitaria a los trabajadores, que cuando menos aparece como desintegrador del esfuerzo nacional para construir una sociedad más justa.

En final del artículo 29, ratifica esta desintegración para con la realidad social del país. Así se dice que la autoridad de aplicación de la OSAM, esta Superintendencia de Servicios Médicos, “estará facultada para modificar los requisitos que condicionan la incorporación y permanencia, como Entes pre Prestatarios, de las Obras Sociales Provinciales y Municipales...”.

Se trata de un desconocimiento doloroso de la historia federal Argentina y sobre todo de una actitud centralista y prepotente del PEN y sus burócratas, para con una historia y realidad de los pueblos provinciales, que aunque no aparecen como obligados a entrar en la OSAM, en caso de hacerlo deberán aceptar las condiciones que le imponga ese poder centralizador.

Se trata de una situación casi idéntica, a la que propiciará la Constitución de Rivadavia para con las provincias, allá en la década de 1820 y que fuera rechazada por unanimidad por los gobernantes y caudillos de tales instancias. Son otros tiempos, pero se debaten principios y doctrinas similares. El país no es la consecuencia de la unanimidad impuesta, sino de la complejidad integrada y compartida. aquí el Proyecto vuelve a tener el criterio a histórico que frecuentemente orientó a las decisiones de los porteños, por encima de toda otra realidad político-social.

El artículo 30 de este cuarto capítulo del Proyecto, se refiere a las obligaciones de los Entes y el inciso 1° garantiza la cobertura para la totalidad del Régimen de Atención Médica Básica, sin la imposición de “ningún tipo de carencia”.

El inciso 2, se encarga de ratificar la afiliación a cada Ente Prestatario de todo beneficiario de la OSAM, sin limitación alguna, ni condicionado a ningún “examen psíquico- físicos como condición de admisión...”

Se trata de una excelente y plausible ratificación de afiliación, sólo que resulta muy difícil de comprender que podría pasar, si la gran mayoría de los afiliados al sistema con alto riesgo sanitario, cómo son los ancianos, los sidóticos, los portadores de enfermedades crónicas y psiquiátricas, etc., optan por un Ente particularizado, habiendo desaparecido de sistema, todo Fondo de Redistribución financiera, para mitigar tales efectos de incidencia y prevalencia de morbilidad.

En esa misma tesitura del art. 31 le prohíbe al tesoro nacional y a los provinciales que adhieran a este régimen brindar apoyo financiero a los Entes Prestatarios que actúen en el marco de esta norma jurídica.

Igual manera, los Efectores Públicos que contraten con los Entes Prestatarios, observarán un manejo independiente de los fondos que provengan de tales contrataciones, con referencia a los fondos asignados por los presupuestos oficiales destinados a su funcionamiento tradicional.

El artículo 33 que le otorga los derechos a los entes prestatarios, permite contratar con efectores públicos, privados y con otros entes prestatarios, “presuntamente aquí podrían incluirse los ADOS, es decir las Asociaciones de Obras Sociales existentes o a crear” y otras asociaciones diferentes.

Pero ese inciso 3° del artículo 33, debe ser señalado con verdadero interés, porque no sólo otorga a los Entes Prestatarios el mantenimiento de los servicios propios, sino que faculta a “desarrollar nuevos servicios de acuerdo a las necesidades de su población...”.

Esta facultad que fuera defendida y propiciada por las diferentes obras sociales en tiempos de su prohibición legislativa, parece llegar extemporáneamente si se tiene en cuenta la debilidad funcional en la que se encuentran hoy esos institutos. más bien parece ser un derecho sin restricciones para los entes prestatarios privados, que con este inciso estarán autorizados a desarrollar capacidad instalada propia, tanto en el ámbito de los recursos físicos, de equipamiento, cómo de los recursos humanos, sin rendirse a las condiciones de coherencia y razonabilidad que el país pueda requerir, para con esa capacidad instalada total.

En tales condiciones es posible entender, qué será la oferta de servicios la que elabore el espectro posible de esa capacidad sanitaria a instalar y con ello, la presión de la oferta seguir acondicionando, deformada que interesadamente tanto la calidad como la cantidad de la demanda.

El inciso 4 incorpora para los entes un derecho también irrestricto para pactar interrelaciones con los distintos prestatarios del sistema, pero en el final de dicho inciso se filtra con peligro, al menos con preocupación, el derecho de los Entes a utilizar “las modalidades de contratación y de pago que las partes estimen conveniente...”.

La ley 23661 tampoco había resuelto con racionalidad este aspecto fundamental de las obras sociales y ahora de los Entes Prestatarios.

Se había asignado en su artículo 27, el ANSSAL la normalización de las modalidades operativas de contratación y pago correspondientes a las prestaciones de salud que debían brindar los agentes del Seguro. Ese artículo remitida al cumplimiento del inciso f) del artículo 13 de la referida ley que indicaba que el ANSSAL por intermedio de su directorio “debía dictar las normas que regulen las distintas modalidades en las relaciones contractuales entre los agentes del seguro y los prestadores...” y que el artículo 35 de la ley le asignará a la Comisión Permanente de Concertación integrada por miembros del ANSSAL, representantes de los agentes de seguros y de los prestadores de acciones de salud.

Pero tantas asignaciones y participaciones para esta compleja misión, no aportó soluciones, entonces racionales y eficaces para tamaña empresa.

Ahora el proyecto normativo se lo asigna con inquietante suficiencia, a los pactos que puedan establecerse entre las partes intervinientes y conformes a la estimación de “conveniente” que puedan establecerse.

De esta manera las experiencias acumuladas con respecto a esas modalidades de contratación y de pago, quedan afuera de las exigencias y de las expectativas que el Estado pueda indicar o señalar.

No parece necesario computar como valiosa las circunstancias patéticas a las que condujeron, por ejemplo, la libre elección de los prestadores y sobre todo la modalidad del pago por acto profesional. Ni tampoco la despiadada realidad a la que condujo a los gerentes afiliados del PAMI y de otras obras sociales, el dominado pago por cápita, con la subprestación sanitaria que lo acompañara en todos los casos.

El Estado Nacional cree en la libertad del mercado de la salud, tal vez en la pureza de sus prestaciones y procedimientos y entonces en este Proyecto legislativo, apuesta sin rodeos, ni excepciones, al libre juego de la oferta y la demanda para perfeccionar el acto profesional y la equidad de su obtención.

Sin dudas que en ese renglón y medio del inciso 4 del artículo 33, está radicado uno de los puntos cruciales de la injusticia que amparará esta normativa jurídica. Fue la injusticia que contribuyó como ninguna otra, a fortalecer y consolidar la perversidad del sistema, sostenida por ambas partes de esta operación, es decir los contratantes desde las Obras Sociales y los contratados desde las entidades médicas, odontológicas, farmacéuticas, bioquímicos,

empresarios de la salud, etc. que contribuyeron en gran medida al desastre social que hoy padece el sector.

El proyecto insiste hoy en ese factor perverso, sin intentar ninguna acción destinada a su corrección. Es que toda estrategia que el sector privado en sus diferentes rubros ponga en ejecución, lleva a la consecución de mayores ganancias y con ello a elegir los procedimientos eficaces para tales objetivos cualquiera fuere el procedimiento indicado para lograrlos. La oferta vuelve en el campo sanitario, a condicionar y aun a dirigir a la demanda, tanto se trate de la modalidad del pago por acto médico, como la contratación por cápita.

Sin una intervención inteligente y de alta composición técnica y ética por parte del Estado, la realidad contemporánea muestra que tales desviaciones no tienen soluciones posibles. Este proyecto ni siquiera la intenta. Le entrega el mercado, aquello que la experiencia de las Obras Sociales, ha mostrado como de una perversidad incorregible. Puede, en consecuencia, presagiarse su futuro.

El inciso 5º de este artículo 33 ofrece otro inquietante derecho de los Entes Prestatarios. Se trata de la facultad de ofrecer Programas y/o Servicios de Coberturas Médica Especial, para los cuales, el afiliado pueda optar, complementando “el financiamiento proveniente de la OMS, con aportes propios...” dice el proyecto, con el objetivo de mejorar la calidad de las prestaciones médicas.

Se refuerza así una vez más la diferenciación de los componentes de la comunidad nacional frente a la ley, conforme su capacidad económica para hacer frente a sus requerimientos y necesidades.

Sería inteligente reparar que en este caso, esa diferencia apunta a lograr mejores calidades para las prestaciones de salud. Los que no tengan esta capacidad económica, sabrán cuanta resignación cristiana deberán ejercitar para obtener las prestaciones de salud que puedan, aunque ellas sean de segunda o inferior calidad.

Claro que la realidad de esa asombrosa pobreza argentina, de millones de pobres de pobreza infinita en nuestra comunidad ya saben de tamaña injusticia. Pero por ahora, tales injustas e intolerables diferencias no habían quedado garantizadas en norma jurídica alguna. Tamaña obscenidad del poder público argentino parece ser posible frente al diseño de este Estado liberal adquirido, conforme las directivas irrenunciables, que los organismos financieros internacionales han diseñado para Argentina.

Régimen Financiero

Entramos en la culminación teórica y por lo tanto ideológica del Proyecto.

En este capítulo se alcanza el momento esencial del relato histórico, que por su salud, viene desarrollando la comunidad argentina.

Por eso la comprensión de la estructura social actual, permite a través de este tramo del Proyecto, reconocer la vinculación y las relaciones sociales de creación de riqueza y acumulación de capital, de todas las formas sociedades por las que atravesó el país.

A partir del artículo 36 la cúspide del relato adquiere voces inconfundibles, pero llegan entre tejidas con ficciones y con tonos solo audibles cuando uno comprende que en sus frases actuales, se define la tradición de los vencedores y con ellas se recrea el campo metafórico persistente, de los grupos dominantes.

Este es el gran momento del relato de la organización Solidaria de la Atención Médica y desde su denominación cumple con la inteligente sentencia de Ricardo Piglia, cuando piensa que los relatos sociales siempre son alegóricos, siempre dicen otra cosa.

A este capítulo entonces, hay que observarlo con la mirada penetrante y muy alenta, para conseguir atender esa alegoría que se fundamenta en otra comunicación y darle razonabilidad histórica a las vinculaciones y relaciones sociales que garantizan las alegorías de los vencedores.

El mencionado artículo 36 comienza por definir a una de las herramientas fundamentales de tal alegoría. Se trata de la sigla CUPAM, es decir la llamada Cuota Parte de Atención Médica, que le corresponde a cada beneficiario de la OSAM, “para financiar sus eventos de la salud...”

La CUPAM es el respaldo económico, dinrario dice el Proyecto, con el cual cada afiliado debe enfrentar las contingencias de la Salud. Y aquí comienza la alegoría, porque tal enunciado del Proyecto presupone una equivalencia inconfundible entre ese respaldo y las prestaciones Sanitarias que en cada caso requerirán los argentinos.

Todavía la alegoría será más densa y por lo tanto confirmará con creces la predicción de Piglia, diciendo otra cosa, si se detiene la observación en el anexo al Proyecto que fuera entregado oportunamente por el Ministerio de Salud, con el título de Estimación del Valor de la CUPAM-

Apenas se lee el primer párrafo de ese anexo, ya se comprende que su entrega con el Proyecto, también obedece a otra cosa.

No puede ser de otra forma, cuando allí se afirma que “ la información disponible no permite elaborar un cálculo exacto del valor que podría tener la CUPAM...”. Pero a pesar de tal reconocimiento, a pesar de toda la inconsistencia científica que de cálculo significa, el poder sanitario en ejercicio, preferible ofrecer las cifras alegóricamente procesadas, aunque sepa que cuando más, esos valores solo pueden ser considerados “como un dato preliminar sujeto a correcciones...”

Sin embargo este anexo sirve para que el observador se encuentre con otra sigla más, Se trata de la CIS, que sintetiza a una Cobertura integral de Salud, que no se mencionará en el

texto del Proyecto y que parece querer alcanzar entidad jurídica desde este rincón del relato, pero que será definitivamente olvidada en todo el campo principal de dicha alegoría. Pero es parte importante de tal alegoría.

Se habla así de una cobertura integral de salud; el resguardo o protección completa, con todas las partes que entran en la composición del todo que es la salud. Esta formidable alegoría solo permite “estimar tentativamente...” , no como un “ un cálculo exacto...” , sino como “ un dato preliminar...” y por lo tanto sujeto a correcciones...” , la cifra con la que podrá financiarse semejante utopía sanitaria sanitaria.

Pero también esa sigla CIS debe ser tentativa, aunque no se diga como lo es la masa salarial y de jubilaciones y pensiones y el número de beneficiarios que tanto para la hipótesis primera (17 millones de afiliados), como la segunda (15 millones...) se utiliza para este cálculo. Se trata de un verdadero tembladeral, que no solamente hace aparecer al poder dominante como un incierto conocedor de su realidad, sino que entre una hipótesis y la otra pierde en el camino a dos millones de argentinos. Lo doloroso es que esos dos millones son personas, que podrían o no ser parte de esta alegoría de la CIS; son argentinos olvidados en algunos de los requisitos de la historia social del país.

Aquí, en esta culminación del relato, estas diferencias estadísticas, solo fría y desentendida aritmética, daña la realidad social que oculta el Proyecto, o que simplemente desplaza al campo indeterminado de limitaciones de información estadística, un patetismo penetrante que trabaja en el límite del lenguaje utilizado con mágica maestría de ocultamiento, convirtiéndose en un ritmo de lo que quedará implícito por ahora.

Entonces los dos valores tentativos para la CUPAM, el de 18,1 y el de 20,5 pesos, en esta “estimación preliminar sujeta a correcciones..” representa en el discurso del poder político actual, una simple y devastadora metáfora que frente a la situación de gran parte de los argentinos desamparados y sin defensas sociales, constituye precisamente una alegoría que toma la forma de una ficción de esa comunidad.

Sin embargo el artículo 37 ha sido menos cuidadoso y permite presagiar algunas de las tendencias posibles para esa ficción. Al menos frente al presente se ha visto obligado a decir alguna parte de la verdad posible y desde la cual, quienes analicen con cierta experiencia técnica y política, podrán ponderar el sentido de esa comunidad, para tal ficción.

El valor de la CUPAM será establecido “por la autoridad de aplicación...” ,es decir por el Ministerio de Salud y Acción Social (Art. 2º), sin la mínima concesión a cualquier posibilidad de participar a quienes intervienen en este proceso y mucho menos a la comunidad que lo sostiene con su salario.

En este valor, que seguirá cargado de limitaciones técnicas y científicas para su apropiada determinación, donde seguramente intervendrán otros factores que los exactos y justos que correspondería a cualquier ponderación matemática ni siquiera en tal momento político, entonces preñado, de intencionalidad ideológica, tampoco podrá intervenir sus legítimos protagonistas, los trabajadores que financian a la OSAM.

Serán las autoridades burocráticamente establecidas las que decidan estas cifras y lo harán, conforme lo dice el Proyecto, contando con “el monto estimado de la recaudación...” (Inc. 1º); con la “cantidad estimada de beneficiario...” (Inc. 2º); con los costos estimados que mande la cobertura “que señala la Atención Médica Básica” (inc.3º) y por “la política ecónomo-social del Gobierno nacional”.

Hay que reparar con cierto cuidado en que tres de los cuatro incisos de este art. 37, de determinación de la CUPAM, utilizan la palabra “estimado-a”, poniendo la cuota pesada de incertidumbre, que se palpita también en el Anexo analizado.

Como se sabe, estimar no es en matemáticas ni en ninguna ciencia un valor posible de precisión. Se trata solo de apreciar ponerle precio, justipreciar una evaluación.. En sentido epistemológico puede entenderse a esa estimación, con una facultad de la racionalidad, con la que se elabora, se construye el juicio del aprecio, del reconocimiento que merecen las cosas y aún las personas.

La estimación no puede adquirir entidad científica precisa y con ello se introducen, al menos tres variantes que reconocen el tembladeral de la alegoría de la OSAM. La realidad será interpretada con alta cuota de subjetividad y de esta manera contribuirá a acrecentar el arte de lo implícito para sostener este campo metafórico que los grupos dominantes llaman organización Solidaria.

El inciso 4º) aparece como una tradición a la alegoría porque dice demasiado. O cuando menos, tiene la evidencia de una marca sutil, que el protagonista del delito, casi sin excepciones deja indicada en el terreno o en el procedimiento utilizado para cometer tal ilícito.

Po eso el inciso referido aparece sucinto, con notable singularidad, para decir que “la política económica social del gobierno Nacional...” (Inc.1º) será base para el cálculo de la CUPAM.

Una vez más, la singularidad es, casi inexorablemente para una pista. Desde esa conjetura el proceso mediante el cual nos formamos las ideas, sobre este mundo concreto de la OSAM, siguiendo la concepción del crítico y filósofo de Harvard, Charles Pierce, nos lleva a los juicios de la percepción de tal política económica-social, porque la misma contiene los más valiosos elementos generales de la proposición universal. De tales juicios perceptivos, de los que depende nuestra construcción conceptual de la realidad social, puede deducirse la integralidad y por ende la complejidad oculta que esta alegoría niega.

La formación de la visión científica que sobre la OSAM pueda producirse, depende de esos juicios perceptivos para la tendencia de la política económico-social del gobierno, vale decir de los elementos generales y de las proposiciones integrales, de los que deducimos tales juicios perceptivos.

Este es el camino técnico exigible para descubrir las verdades que la alegoría del Proyecto esconde en otra parte.

Los juicios perceptivos que la podrán encuadrar, son parte de la realidad social que viene transitando el país. La política económico-social que terminará dándole valor exacto a la CUPAM, también, depende de las circunstancias que suceden en otra parte. Serán las que dicten otros; las exigencias de otros organismos internacionales y de los poderes financieros que acordaran la exigua CUPAM, que podrá surgir como mínima porción del reparto que también harán otros.

La singularidad que remite al inciso 4º del art. 37 de la pista de esta dramática alegoría que estará con crueldad encarnada en los argentinos padeciendo una injusticia a la que no tienen derecho. Esta singularidad, mide la desmesura, como diría Borges en aquella metáfora de Tadeo Isidoro Cruz, con que la banca financiera mundial presiona sobre nuestro pueblo. La desmesura de la injusticia de una política económico-social que se dicta en otra parte, cercando el patetismo de tal alegoría.

Por eso resulta comprensible que el artículo 38 diga que la CUPAM nunca excederá en consiente de los aportes y contribuciones (art. 37 inc.1º), con la cantidad de afiliados titulares y sus grupos familiares (art. 37 inc.2º). Se certifica así que la OSAM es económicamente producto de la contribución de los trabajadores, desconocidos a la hora de la conducción del Sistema.

No podrá excederse de tal cociente, aunque los resultados del inciso 4 del art. 37, puedan hipotéticamente presagiar un superávit en tal política económico-social del Gobierno Nacional. Los trabajadores sostienen financieramente al régimen de la OSAM, para cubrir su Salud, aunque no participen para nada en la planificación, ejecución y evaluación del Sistema.

El Estado por su parte, ni aun en la quimérica posibilidad de superavit de su gestión económico-social, podrá destinar fondos a tales efectos, aunque ellos pudieran ser destinados a Subsanan las definiciones del Sistema, las faltas de la Atención Médica Básica, o las expectativas esperables de los grupos sociales excluidos de estas OSAM, llamada Solidaria.

A su vez el artículo 39, deja una alternativa nueva pendiente. Dice que la CUPAM tendrá un único valor para un mismo grupo atareo, pero el Proyecto permite pensar en una posible definición de hasta dos grupos de edad diferentes. Tal vez aquí pueda certificarse la validez del inciso 3 del artículo 37, que le otorga a la autoridad de la aplicación facultades para asigna el valor de la CUPAM a “los costos estimados que demande” la cobertura de la Atención Médica Básica.

Por lo mismo, estas circunstancias podrán merituar hasta dos cuotas diferentes, pero una vez más esto dependerá, solo y exclusivamente del arbitrio de la autoridad de aplicación, sin otra injerencia posible.

El artículo 46; deja sin efecto todo otro tipo de aporte o imposición que esté vigente para financiar servicio médicos para los afiliados a la OSAM, a partir de cumplido el periodo de saneamiento para ingresa en la libre afiliación del usuario.

En este caso conviene reflexionar sobre dos cuestiones. La primera ofrece un nuevo argumento para indicar el incierto cálculo de la CUPAM señalando en el Anexo estudiado. Allí no se comenta que en la obtención de los valores en 18,1 y 20,5 pesos, se hubiere tenido en cuenta esta disminución en el monto de la recaudación de aportes y contribuciones de los afiliados. Dichos valores son en consecuencia más incoherentes, o por lo menos de menor consistencia técnica y desvalorizan aun más el criterio que utilizaran las autoridades para esos cálculos.

La segunda, es una reflexión dolorosa, porque demuestra que de esta forma, se libera a los grupos económico financieros obligados a estos aportes especiales (Entidades Bancarias, capitales de seguro, etc.) de una obligación pecuniaria para con la salud de sus trabajadores y de su contribución a los Fondos de Redistribución, que aparecían como mecanismos de compensación solidaria con el Sistema.

En nombre de una igualdad para con la cuota de sostenimiento de la OSAM, se ha de beneficiar a dichas entidades sin compensación alguna para con el conjunto de los afiliados a esta organización Solidaria.

También forma parte de la construcción de esta alegoría, que de la misma forma que para con el relato general, de la verdad sigue estando en otro lado, o vuelve a decir otra cosa, que es la traducción lingüística del retaceo e la ficción analizada.

Del Régimen Transitorio.

Reclama el artículo 54 del Proyecto un primer plazo para la transición desde las leyes anteriores, hasta la ejecución de la OSAM.

Los agentes del Seguro nacional de la Salud de la ley 23.661, se transforma en los Entes Prestatarios de la OSAM. Esta habilitación provisoria se mantendrá por un plazo de nueve meses.

El artículo 55, crea el Comité de Reconversión de Obras Sociales para administrar tal transición y podrá funcionar por un plazo máximo de dos años, a partir de la vigencia de este ordenamiento.

A su vez el artículo 57, crea el Fondo Transitorio de Reconversión de Otras Sociales que por un plazo máximo de los mismos dos años, estará financiado por el diez por ciento de los fondos totales que provienen de los aportes y contribuciones que provee el art.44.

Un elemento de alto valor funcionar para la transición está contenido en el art. 58. Por el mismo los actuales Agentes del Seguro, es decir las Obras Sociales, debe presentar al Comité de reconversión, integrado totalmente por funcionarios del PEN en un plazo de dos

meses un informe de situación de tales institutos, que deberá abarcar la situación administrativa y financiera del Agente del Seguro, que contenga apreciaciones concretas sobre la capacidad para satisfacer los requisitos de funcionamiento de los Entes Prestatarios y también la capacidad para desenvolverse dentro de la OSAM.

El comité evaluará tal informe de situación y si de la misma se concluye la necesidad que el Agente del Seguro de encarar un proceso de reconversión, se exigirá que se anexe un Plan (art.59) para esa Reconversión.

Dicho plan deberá cumplirse en dos años como máximo, describiendo en su enunciación, las acciones que garanticen la inclusión del Agente del Seguro, como Ente Prestatario. Así mismo en el Plan presentado, se pueden plantear las necesidades de apoyo técnico que cada agente, puede requerirle al Comité, como también los apoyos financieros para cumplimentar esa Plan (art.60).

El comité dispondrá de un mes (art.61) para evaluar los Informes de Situación y los Planes de Reconversión posibles, pudiendo solicitar la participación de evaluadores externos para que analicen tanto el Informe de Situación, como los Planes de Reconversión, los requerimientos financieros y los técnicos que solicitaran los Agentes del Seguro, como así también la capacidad para satisfacer tales demandas.

Llega entonces el momento en que el Comité de Reconversión, ese agrupamiento burocrático de funcionarios del gobierno, adquiere una jerarquía política discriminatoria inusitada, culminando este proceso de selección y clasificación para con los Agentes del Seguro.

En verdad las obras sociales quedan supeditadas a su arbitrio, que en el mejor de los casos someterá a su voluntad, el largo y complejo proceso de construcción por parte de los trabajadores de los organismos en los que depositaron sus esperanzas y expectativa para con la salud.

Los agentes podrán ser clasificados de acuerdo a estas hipótesis:

1º) Agentes de seguro que no presentaron, ni Informe de Situación, ni Plan de Reconversión.

2º) Agentes del seguro a los que no les fue aprobado por el Comité, ni el Informe de Situación, ni el Plan de Reconversión.

3º) Agentes del seguro al que el Comité le aprobó el Informe de Situación.

4º) Agentes del seguro cuyo informe de Situación y Plan de Reconversión le fueron aprobados.

De esta clasificación surgida de la interpretación y voluntad del Comité de Reconversión, los Agentes del Seguro durante seis meses siguientes, desarrollarán sus actividades de acuerdo a estos criterios (art. 63).

1) Los Agentes de Seguro de los incisos 1º y 2º del artículo 62, conservarán la habilitación provisoria como Entes Prestatarios, pero sus afiliados podrán optar otros Entes.

2) Los Agentes del Seguro del inciso 3º del art. 62, conservarán habilitación provisoria como Entes Prestatarios operativos, manteniendo su población afiliada.

3) Los Agentes del Seguro del inciso 4º del art. 62 conservaran habilitación provisoria como Entes prestatarios, y mantendrán a su población afiliada. Si ejecutan el Plan de Reconversión aprobado por el Comité. Si no cumplen en algún momento este Plan de Reconversión, el comité autorizará la libre afiliación de sus componentes.

En el art. 64. Se garantizan por parte del Comité los mecanismos tendientes a garantizar la libertad de afiliación que surge de los incisos 1º y 2º del artículo 63.

Concomitantemente con ellos, en Comité puede disponer de recursos del Fondo Transitorio, para la Reconversión de obras Sociales, para apoyar financieramente a los Entes que reciben afiliados que utilizan esta instancia.

Llega el momento de percibir que durante los dos años que pueda funcionar el Comité de Reconversión, existirán dos autoridades diferentes en funcionamiento en el seno de la OSAM.

Es cierto que dicho Comité presenta clara mayoría de funcionarios que forman parte de la OSAM y eso puede garantizar cierta homogeneidad en las decisiones del cuerpo, con respecto a las tomadas por el OSAM.

Pero también es cierto que en su composición el Comité ha de admitir un representante de la Secretaria de Seguridad Social y otro de la Secretaria de Economía, que al menos pueden hacer pensar en algunas voces y posiciones diferentes que puedan entorpecer la marcha de este proceso.

En el artículo siguiente, el 65), se le otorga un plazo de nueve meses a la autoridad de aplicación para completar el armado de la gestión y fiscalización de la OSAM; implementar un padrón unificado de afiliados poner en funcionamiento el Régimen Financiero, dejar sin efecto las habilitaciones provisorias de los Agentes de Seguro que no cumplan los requisitos establecidos y habilitar la inscripción en el Registro en Entes Prestatarios, al que accederán los Agente del Seguro y toda otra persona jurídica.

El artículo 66) señala los plazos previstos para el periodo de transición. Las etapas serán:

1º) una primera de nueve meses destinada a reconvertir los Agentes del Seguro, en Entes Prestatarios.

2º) una segunda etapa de nueve meses en que los afiliados pueden ejercer su libertad de elección entre los Entes Prestatarios, eran los Agentes del Seguro, es decir las Obras Sociales actuales .

3º) una tercera etapa, en la que se podrán incorporar como Entes Prestatarios entidades jurídicas distintas y que el cuadro 2 de la presentación del proyecto, domina Prestatarios Privados, Mutuales, Cooperativas, por Empresa y por Sindicato.

Quedan sin precisión jurídica en el Proyecto estas “entidades jurídicas distintas...” del art. 66 comentado, pero es fácil suponer que esta tercera etapa a de recibir la exigencia de incorporación perfectamente de las Entidades de prepago medico y de toda otra formación empresarial que pugna por intentar acceder al negocio de la Salud.

Llama la atención que se hayan de esperar dieciocho meses para legalizar tal irrupción de capitales privados. Sin embargo ese plazo que en realidad sociopolítica argentina suena como una eternidad, tendrá que ver con toda la preparación del Campo Sanitario que las Autoridades de Aplicación produzcan, sin olvidar que desde esas mismas autoridades, hasta los terceros convocarles por los artículos 5º), 8º) pueden incidir valiosamente para las determinaciones que señalen las estrategias fundamentales para tales sectores.

De igual manera esas autoridades y terceros convocables, pueden indicar tácticas y caminos interesados para sus respectivos sectores, que posiblemente utilicen con eficacia esos dieciocho mese de preparación para sus Entes Privados y que aguarden con paciencia las tareas de ablandamiento y aun de destrucción que pueda diseñarse para con las Obras Sociales existentes y aquellas que queden después de las labores del Comité de Reconversión que se han analizado.

El peso de la alegoría que incluye este relato jurídico y la otra verdad que siempre significa, se miden en cuantiosas sumas de dinero, que son el producto del esfuerzo de los trabajadores argentinos y esa dimensión, hace posible toda suposición para plantificar su apoderamiento, por compleja y perversa que pueda parecer.

Este capítulo VII del Régimen Transitorio, se cierra con tres artículos, el 68,69 y 70 que se refieren a la creación del Consejo Consultivo, con órgano asesor del Comité Transitorio de Reconversión de Obras Sociales y que estará integrado por representantes de las Obras Sociales del Estado, de los beneficiarios y de los Efectores Públicos y Privados (art.68).

El art.69) expresa que es te Consejo Consultivo formulará recomendaciones al Comité de Reconversión, atinentes a políticas en general, metodología y pautas destinadas a encaminar una articulación sistematizada y eficiente del proceso de transformación del las Obras Sociales.

Se trata de un recuerdo piadoso casi calificable como premio consuelo, si no se repara en que sus funciones tienen que ver con producir recomendaciones para la extinción de sus propias Obras Sociales. Es un recuerdo piadoso para los representantes de las Obras Sociales y un desatino técnico y jurídico, que no puede justificarse ni siquiera en la calidad de generalidades inoperantes, que se esconden detrás de la enumeración que dicho art. 69) hace de las recomendaciones posible para el Comité de Reconversión.

El capítulo VIII, de otras disposiciones, solo importa porque certifica en su artículo 72) la disolución de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) y la Dirección Nacional de Obras Sociales, cuya funciones pasan a ser desempeñadas dice este artículo 72) "Consejo de Coordinación de la OSAM a través de la súper intendencia de servicios médicos y económica financiera según corresponda...".

Se desplaza las funciones de la ANSAL a un Consejo de Coordinación de la OSAM, que el Proyecto no menciona ni crea en ninguno de sus artículos; pero a continuación señala, que tales funciones de Consejo de Coordinación de la OSAM se harán a través de las Superintendencia de Servicios Médicos y también Economía financiera, incorporando mayor oscuridad aún a esta disposición transitoria.

También ese Consejo de Coordinación inexistente, designará al interventor liquidador de la ANSAL.

La corta existencia de la ANSAL y la más prolongada actuación del INOS, no han ofrecido antecedentes suficientes como para su defensa, teniendo en cuenta la eficacia de su funcionamiento.

Es posible que puedan computarse como descargos a su favor, que ambas entidades de las Leyes respectivas tuvieron que sufrir largos procesos de intervención política y militar en sus estructuras operativas.

Es también posible aceptar que el poderío de sus finanzas, las hicieron blanco de las apetencias descontroladas de todo poder de turno el de las dictaduras y el de las democracias.

A pesar de estos argumentos, es necesario reparar en el fracaso final de ambas estructuras, en cuanto a sus funcionamientos reales y concretos. Este reparo es esencial para construir una teoría crítica sobre tales instituciones, que sea capaz de incluir dichos fracasos y las expectativas desperdiciadas, que particularmente en el terreno de la participación de los trabajadores en el gobierno Sistema Sanitario de la Seguridad Social, pudieron haberse desarrollado.

Esta teoría crítica como quiere Horkheimer uno de los creadores de la Escuela de Frankfurt, sino como protagonista a una comunidad determinada en este caso a los trabajadores afiliados al Sistema, con sus relaciones interindividuales y especialmente intergrupales, para concluir en la trabazón vinculante con la totalidad social.

El primer paso del pensamiento crítico consistente en la individualización de las categorías que indican la determinación de la situación social imperante la de este momento del Proyecto, resulta paradigmática y por esto duele la ausencia total en el mismo, del reconocimiento crítico que contenga para con las sociedades de nuestros países dependientes la condena de las fuerzas predominantes en la sociedad.

La teoría crítica necesaria debe localizar a esas fuerzas y proyectar su transformación.

La única crítica que puede modificar la realidad social y sanitaria de los trabajadores, más allá de estos fracasos de INOS-ANSSAL, es una crítica ejercitada, no mediante ideas o Proyecto, tal como las viejas críticas liberales-hegelianas que en el mismo pueden identificarse, sino una crítica que incluya la practica completa de tales instituciones, como del referido Sistema de las Obras Sociales.

Esa crítica práctica, concreta en su padecimiento y frustraciones sanitarias, solo se actualiza y se ejerce con eficacia, cuando está apoyada precisamente por los trabajadores ejercitando tal teoría crítica.

Las instituciones de la Seguridad Social se caracterizaron por la falta autentica de participación de esos trabajadores en la proyección de sus diseños sociales; pero también fue la consecuencia de una relación de fuerzas políticas, económicas y sociales que hicieron posibles estos fracasos, que hoy parecen teñir exclusivamente al Movimiento Obrero Nacional.

No interesa en consecuencia la defensa de estos INOS-ANSSAL, así, estériles, perversos y complicados con procesos que no contribuyen para nada a la transformación de la realidad sanitaria que los trabajadores pueden y deben producir. Son los únicos que tienen la experiencia aunque negativa de sus expectativas y de estos los fracasos de varias de sus cúpulas.

Este Proyecto niega terminantemente tal experiencia y la construcción posible por parte de los trabajadores de su propia teoría crítica de una crítica epistemológica que este siempre acompañada por la crítica social como instrumento de transformación, también para las Obras Sociales y los organismos que puedan conducirlas.