

Delitos e ilegalismos en el subsistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires¹

Gabriela Pisano Di Filippo²

Pensar la sociedad como conflictiva implica pensar “el orden” como producto de una continua tensión entre coerción y consenso. Pues si bien el ejercicio del control social sanciona, también tolera ilegalismos que cumplen funciones de reproducción de las desigualdades sociales. Así se sustentan altos niveles de impunidad de quienes participan en aquellos delitos que tienen consecuencias sociales nocivas, principalmente el Delito Económico Organizado (DEO).

El sistema de salud de la Argentina no escapa a esta lógica. Ha sido un espacio privilegiado para el ejercicio de prácticas ilegales que se sostienen en una red de relaciones y que implican altos niveles de impunidad e inmunidad. Por esto creemos pertinente identificar y describir cuáles son los ilegalismos que se han generalizado en el sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cómo se producen, que actores están implicados en ellos y su relación con el DEO. Para ello, nos centraremos en el estudio del subsistema público de salud, observando particularmente a los hospitales públicos.

Para abordar el trabajo se eligió un enfoque cualitativo que nos permitió examinar en profundidad las distintas cuestiones. El material que se examina, proviene de entrevistas, de observaciones participantes y del análisis de distintas normativas que rigen al sistema de salud.

Lo que presentaremos a continuación es el resultado de un trabajo de exploración introductorio que se enmarca en una investigación más general y que pretende ser una primera aproximación a la temática.

INTRODUCCIÓN:

Históricamente en nuestro país, el Hospital Público ha gozado de una cobertura universal, su misión era satisfacer de forma gratuita a todos aquellos que necesitaran sus servicios. La manera de obtener recursos era mediante el financiamiento que le proveía el Estado, según a la jurisdicción que perteneciese, ya sea nacional, provincial o municipal.

A partir de las transformaciones ocurridas en los años noventa en el sector salud de la Argentina, la función del hospital público parece cambiar, focalizando su atención a aquellos sectores que no poseen capacidad de pago. Así mismo, se transforma el modo de financiamiento de estas instituciones otorgándoles la capacidad de generar sus propios recursos. De este modo, mediante

¹ Artículo presentado en las IX Jornadas de Sociología. *Capitalismo del siglo XXI, crisis y reconfiguraciones. Luces y sombras en América Latina*, 8 al 12 de agosto de 2011, Buenos Aires.

² e-mail: pisano_gabriela@yahoo.com.ar

establecimiento del hospital de autogestión (hoy llamado de gestión descentralizada) se asiste a una reconfiguración del mapa de actores y sus relaciones.

La preocupación teórica que guía nuestra investigación es observar estas transformaciones desde la perspectiva del control social, a fin de identificar las prácticas ilegales generalizadas constitutivas de este subsistema, indagando en el tratamiento diferencial de los ilegalismos. Pues si bien existen diversas investigaciones sobre el sistema de salud en Argentina que puntualizan en las reformas estructurales de la década del 90´ en este sector (Montoya y Colina, 1998; Lindenboim y Danani, 2002; Fidalgo, 2008; Belmartino, 2005; Almeida, 2001; González García, 1996; Iriart, 1997), cabe destacar que aún no existen análisis que pretendan aportar, desde las ciencias sociales, a la indagación en el rol de las prácticas ilegales y su administración diferencial, desde la perspectiva del control social, en este sector tan importante de la economía.

En el marco de esta inquietud se inscribe el objetivo de investigación empírica que presentamos: describir cuáles son los ilegalismos que se han generalizado en el subsistema público de salud de C.A.B.A., específicamente en los hospitales públicos – como elemento central de dicho subsistema-, cómo se producen, y su relación con el Delito Económico Organizado.

Las preguntas que guiaron el proceso de exploración iniciado fueron: ¿Cuáles son las prácticas ilegales generalizadas en el subsistema? ¿Cómo se articulan los pequeños y grandes ilegalismos? ¿qué relación tienen con el Delito Económico Organizado?

En este trabajo ofrecemos los primeros avances de una investigación mayor, radicada en el Programa de Estudios del Control Social del Instituto de Investigaciones Gino Germani, bajo la dirección del Prof. Juan Pegoraro, que será desarrollada con más amplitud y profundidad en la Tesis de Maestría para optar por el Título de Magister en Políticas Públicas para la Inclusión social. Es por ello que este documento pretende ser un primer estudio exploratorio que nos permita adentrarnos en la temática elegida. Al ser una primera aproximación su preocupación se centra más en relevar las prácticas ilegales que en realizar un análisis teórico en profundidad.

Para abordar el trabajo se eligió un enfoque cualitativo que nos permitió examinar en profundidad las distintas cuestiones. Dado que los ilegalismos generalizados en el subsistema público de salud constituyen un fenómeno que ha sido escasamente abordado por la investigación empírica, se decidió que la investigación deberá desarrollarse en dos niveles: uno de carácter exploratorio, permitirá elaborar una descripción de los actores intervinientes en el subsistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sus estrategias, percepciones y prácticas; el otro, orientado a indagar cómo se gestionan los diferentes ilegalismos y cómo se vinculan con el Delito Económico Organizado. En este trabajo en particular se enfatiza en el primero de ellos.

De este modo, siguiendo al enfoque de la teoría emergente, la recolección y el análisis de datos se desarrolló de manera simultánea, cambiando la prevalencia de una u otra según los diferentes momentos de este proceso (Glaser y Strauss, 1967).

Se optó por una triangulación intramétodo (Jick, 1979), a partir de la realización de entrevistas, observaciones participantes y del análisis de documentos. Combinó el uso de fuentes primarias y secundarias (triangulación de fuentes).

Por lo tanto, el material que se analiza proviene de entrevistas, de observaciones participantes y del análisis de distintas normativas. Con el objetivo de lograr diversidad en los puntos de vistas se eligieron a los informantes claves teniendo en cuenta su profesión, cargo e institución a la que pertenecen. De modo que las entrevistas que se realizaron a los agentes dependientes a los hospitales públicos fueron a médicos, enfermeros, personal administrativo, personal gerencial y directivos. Las que se realizaron a aquellos que trabajaban en una Obra Social fueron a médicos, asistentes sociales y funcionarios. Las que se realizaron a personal de empresas privadas fueron a técnicos de reparación de elementos electroquirúrgicos, agentes de propaganda médica y personal de limpieza. Asimismo, se realizaron observaciones participantes en distintos hospitales públicos. Además se analizó la normativa vigente. Para preservar la confidencialidad de cada informante, se optó por ponerle un nombre de fantasía a cada uno de ellos.

CONTEXTUALIZACIÓN

En los años noventa bajo las políticas promovidas por el “consenso de Washington”, cuya finalidad era la estabilización y ajuste estructural de los Estados, los países de América Latina promovidas la reformas estructurales. En el sistema de salud argentino estas reformas se encuentran dentro de las llamadas reformas de “segunda generación” impulsadas por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de desarrollo (Giraudó y Rubinstein, 2006). Estas implicaron: la desregulación de las obras sociales, incentivo del desarrollo del subsistema privado y la falta de control del mismo, y la descentralización sanitaria (Giraudó y Rubinstein, 2006, Faraone, 2006). De este modo, se continuó con el proceso de mercantilización iniciado en la última dictadura militar, a la par que se profundiza el proceso de descentralización empezado en aquellos años (Faraone, 2006).

Puntualmente, el sistema de salud de la Argentina sufrió una serie de reformas en los primeros años de la década del 90'. El decreto 9/93 estableció el marco legal para la desregulación de las Obras Sociales, lo cual posibilitó la liberalización de las modalidades contractuales entre la demanda y la oferta de servicios médicos. Este decreto, conjuntamente al 292/95, admitió la inserción de las empresas de medicina prepaga al sistema de seguridad social (Fidalgo, 2008). Por otro lado, el decreto 9/93, estableció la obligatoriedad de pago de las Obras Sociales, mutuales y empresas de seguro privado por los servicios demandados por sus beneficiarios al sector público de salud. Al mismo tiempo, esta disposición, se complementó con el decreto 578/93, reglamentando la aparición del Hospital de Autogestión, que

luego pasará a ser, mediante el decreto 939/00, Hospital de Gestión Descentralizada (Belmartino, 2005).

Es importante recalcar que hablar de “Sistema” de salud en la Argentina de ningún modo se supone “coherencia entre las partes que lo componen y un grado de racionalidad que permita el acceso a atención adecuada, de acuerdo con los recursos y conocimientos científicos disponibles” (Isuani, Mercer, 1988: 77). El sistema de salud Argentino se estructura históricamente como un mosaico de modalidades de atención y se presenta constitutivamente fragmentado, heterogéneo e irracional (Fidalgo, 2008; Danani, 2005) y compuesto por tres subsistemas: subsistema público, subsistema de seguridad social y subsistema privado.

Específicamente, el subsistema público de salud está compuesto por hospitales provinciales y municipales y centros de atención primaria de la salud. Como se mencionó el tipo de acceso, por lo menos en el plano jurídico, es universal, por lo que su atención se dirige al ciudadano (Isuani, Mercer, 1988). Sin embargo, para algunos autores, este subsistema por su deterioro, perdió su carácter universal para resignificarse en términos residuales. Es decir, se “des-ciudadanizo” a los usuarios del sector público definiéndolos como pobres (Lindenboim y Danani, 2002; Danani, 2005).

El subsistema de seguridad social está destinado a atender a trabajadores en relación de dependencia y a sus familiares. El tipo de acceso es restringido a sus contribuyentes o beneficiarios (Isuani, Mercer, 1988). A partir de la implementación de las políticas neoliberales, se transforma la idea misma del *trabajo*, y en consecuencia del *trabajador*. Esto trae aparejado un cambio en las representaciones sociales sobre los afiliados a obras sociales, ya que son vistos como doblemente privilegiados: por ser trabajadores formales y por disponer de la atención de la Obra Social (Lindenboim; Danani, 2002; Danani, 2005).

Por último, el subsistema privado está destinado a aquellos sectores de ingresos más altos. En función de captar los ingresos de la población en relación de dependencia, a principio de la década del 90`, las empresas de medicina prepaga presionaron al Estado para entrar en la competencia por los afiliados de Obras Sociales (Fidalgo, 2008). De este modo, quedó configurado un nuevo escenario en este subsistema, donde las empresas de medicina prepaga son las protagonistas.

Esta separación analítica nos permite ordenar nuestra investigación centrándonos en el primer subsistema, específicamente en el hospital público. La elección del Hospital público como objeto de estudio radica en el presupuesto de que en esta institución convergen diversos actores del sistema de salud Argentino.

Como se mencionó, a partir del Establecimiento del Hospital de Autogestión, hoy llamado de gestión descentralizada, el modo de financiamiento de estas instituciones cambia, ya que se les otorga la capacidad de generar sus propios recursos. De este modo, los hospitales se convirtieron en instituciones que

debieron negociar con los otros subsistemas de salud con el fin de poder cobrarles por los servicios ofrecidos a sus beneficiarios. Creemos, mediante el estudio de estas instituciones podemos dar cuenta del carácter heterogéneo, irracional y fraccionario de todo el sistema de salud de la Argentina. Así, el hospital público nos permitirá observar las relaciones que se establecen entre los subsistemas de salud, cumpliendo la función de sinécdoque.

NOCIONES TEÓRICAS

Control social

Desde sus inicios en el siglo XIX, gran parte de la teoría sociológica ha sostenido con vehemencia el carácter orgánico de la sociedad, su disposición a la armonía social y a la resolución racional de los conflictos (Nisbet, 1972; Pegoraro, 2003, 2004). En este sentido, ha desestimado el papel que tiene el delito en la construcción, mantenimiento y reproducción del orden social (Pegoraro, 2006). Sin embargo, el orden social no puede desligarse del control social que se ejerce para preservarlo y legitimarlo. Vale decir, “control social” hace referencia a las estrategias tendientes a naturalizar y normalizar un determinado orden social construido por las fuerzas sociales dominantes en una continua tensión entre coerción y consenso (Pegoraro, 1995; Pitch, 1988).

Por lo tanto, si bien el ejercicio del control social sanciona, también tolera, encubre o participa de diversos ilegalismos que cumplen funciones de reproducción de las jerarquías y desigualdades sociales (Foucault, 1976; Pegoraro, 2000, 2008). Más aún, se evidencia que las conductas delictivas participan productivamente en la construcción de la estructura social y que los lazos que las constituyen son tan fuertes como los del ordenamiento legal.

Esta sólida trama social que tejen las ilegalidades sustenta los altos niveles de impunidad de quienes participan en aquellos delitos que tienen consecuencias sociales nocivas, principalmente el Delito Económico Organizado (DEO). Se entiende por DEO a “la organización delictiva dedicada a negocios legales-ilegales de una cierta complejidad política-jurídica con la necesaria participación de instituciones y/o funcionarios estatales, que producen una recompensa económica importante y que gozan de impunidad e inmunidad social-penal” (Pegoraro, 2005).

De este modo, el DEO es un componente insoslayable de la estructura de las relaciones sociales, el cual hace evidente una administración diferencial de los ilegalismos (Foucault, 1976) y está estrechamente asociado a la existencia de la corrupción. La corrupción es una herramienta privilegiada para el despliegue de los grandes ilegalismos. En este sentido, la corrupción debe ser explicada en el marco de la trama de grandes y pequeñas ilegalidades en la que se inserta, en la dinámica social de la lucha por la acumulación capitalista. Así, la impunidad, la corrupción y el DEO hablarían de una existencia de red de relaciones, más que de la acción aislada de un individuo en particular (Pegoraro 1999).

Cabe señalar la importancia de los lazos sociales creados por las ilegalidades en la vida social y su relación con el DEO y la corrupción en el marco general de los cambios que se han producido desde la década del '90 en Argentina. En efecto, DEO y corrupción profundizan en el país el proceso de reformas estructurales iniciado en la última dictadura militar, consolidando un modelo de acumulación ligado al capital financiero internacional y produciendo cambios en múltiples ámbitos de la vida social y política (Thwaites Rey, 2003; Beccaria, 2003; Schorr, 2002; Basualdo, 2000; Gerchunoff y Torre, 1996).

1. Hospital público

Cuando se analiza el funcionamiento del hospital público se observa que en la década de los noventa se asistió a un triple fenómeno: transferencia de los últimos establecimientos hospitalarios de la nación a la provincia, casos de traspaso de la provincia al municipio e inicio de la descentralización macroeconómica (Faraone, 2006). Esta se logró bajo la figura del hospital de autogestión, establecido en el decreto 578/93, que luego va a ser remplazado por el hospital público de gestión descentralizada mediante el decreto 939/00. Gracias a estas normativas los hospitales tuvieron la potestad de cobrar a terceros pagadores los servicios prestados a los beneficiarios de Obras Sociales, seguros de accidentes, empresas de medicina prepaga, de medicina laboral o similares (Fidalgo, 2008; Belmartino, 2005). Estas transformaciones redefinieron las relaciones entre éste subsistema y el resto, promoviendo nuevas prácticas dentro de la institución hospitalaria. Observemos detenidamente cada una de ellas.

a. Cobro a terceros pagadores

Obras Sociales:

En el Art 2 del Dto. 578/93 y el Art. 8 del Dto. 939/00 se establece que los Hospitales - de autogestión o de gestión descentralizada, respectivamente- podrán realizar convenios con las Obras Sociales. A partir de nuestro trabajo exploratorio identificamos diversos ilegalismos relacionados con esta modalidad de gestión que mencionamos a continuación.

En primer lugar, se reprodujeron prácticas habituales de los otros subsectores donde el régimen de proveedor y financiador estaba extendido. Observemos lo que nos informaba un trabajador administrativo de un Hospital:

“Para poder cobrarle más a las Obras Sociales, se mandan a hacer estudios innecesarios o se tiene al paciente internado un día más” (Carlos).

De la nota anterior se distinguen diversos ilegalismos. Por un lado, la postergación del alta más allá de lo clínicamente recomendado para así cobrar más días de internación. Nótese que esto tiene doble perjuicio, uno sobre la Obra Social que se hace cargo del coste y otra sobre las personas sin cobertura de Obra social o

empresa de medicina prepaga que esperan por una cama de internación. Por otro lado, la prescripción de estudios innecesarios, los que difícilmente puede detectarse mediante una auditoría.

Asimismo, muchos entrevistados manifestaron que en ocasiones se declaran prácticas médicas que no fue realizadas, aun corriendo el riesgo de que detecte por una auditoría. Para ellos, esto es posible ya que en la mayoría de los casos existen pocas posibilidades de que se realice una auditoría y en el caso de que se hicieran se recurre a distintas prácticas, entre las que se destacaron: fraguar la historia clínica o hacer “desaparecer” la documentación.

Pero también, se da la práctica inversa, es decir, en vez de mantener a la persona internada para cobrarle más a la Obra Social, se le da el alta antes de lo clínicamente recomendable. Esto es así ya que las formas de pago de las Obras Sociales varían. Observemos que nos explicaba una médica de una Obra social:

Entrevistada: Lo que ocurre frecuentemente son las altas prematuras, los médicos otorgan el alta antes de lo recomendable.

Entrevistadora: ¿Pero para qué harían eso? ¿No les conviene facturar un día más?

Entrevistada: sí, pero si el contrato con la Obra Social es por cobro de práctica. En muchas ocasiones, los contratos son por cápita. Entonces a vos, suponete que sos el hospital, como te pagan por mes por atender a x cantidad de pacientes, siempre te dan un fijo que sabes que vas a cobrar si o si y vos te haces cargo de atenderlo. Así muchos, atienden al paciente un día y después le dan el alta así pueden utilizar esa cama de interacción para otra Obra Social” (Martina).

Otra práctica que detectamos fue el cobro de remedios que cubren las Obras Sociales a las personas internadas.

También, conocimos lo que en la jerga hospitalaria se denominan como “enfermos sociales”. Estas son personas que clínicamente están dadas de altas pero que quieren permanecer en el nosocomio, ya que no cuentan con el apoyo de sus familiares o amigos y ven en la institución una posibilidad de contención. En algunos hospitales se acepta esto tácitamente ya que de este modo se puede cobrarle a la Obra Social los días de internación.

Asimismo detectamos lo que en la jerga se indica como “vender muertos”. Tanto funcionarios de las Obras Sociales como como trabajadores del Hospital afirmaron que un muerto es un “cheque en blanco” que se lo puede utilizar de distintos modos: cobrando días de internación; inventando estadías en una residencia para mayores; llegando a la apropiación de la jubilación en casos extremos. Además, detectamos asociaciones ilícitas entre trabajadores del hospital y empresas funerarias. De este modo, se recomendaba a cierta empresa funeraria diciendo que era la más económica. Estas empresas, le cobraban a los familiares y al mismo tiempo a la Obra Social aprovechando el desconocimiento que tienen en general las personas de este servicio.

Otra práctica ilegal que se conoció fue es establecer los tiempos de consulta por determinantes ajenas al criterio clínico. Así, la lógica económica se impone sobre la lógica médica. Con el afán de ver a más pacientes, se los atiende menos tiempo que el necesario, afectando la calidad de la prestación. Esta llega a ser una práctica tan habitual dentro del hospital que todos ironizan con ella. Según lo informado por un alto cargo de un hospital:

“A los médicos de PAMI los cargábamos y les decíamos que auscultaban con ropa, por la rapidez con la que atendían a cada persona con tal de cobrar una práctica más” (Ernesto).

En este sentido es importante señalar que, según lo que detectamos, una de las Obras Sociales más perjudicadas por estas prácticas es Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, conocido popularmente como PAMI (en adelante INSSJP). En muchas ocasiones el INSSJP termina “subvencionando indirectamente”, como lo refiere la literatura especializada, a las demás Obras Sociales, ya que se le sobrefactura con el ánimo de reponer los recursos utilizados por los afiliados de las Obras Sociales que no hacen cumplimiento de sus obligaciones de pago. Es interesante pensar si estas prácticas no abonan a las transferencias de ingresos desde los trabajadores hacia los empresarios. Teniendo que todos los trabajadores, activos o inactivos, aportan un 3% de su sueldo al INSSJP, podemos afirmar que con parte de sus salarios se estaría financiando a empresas privadas.

De igual modo, cabe recalcar que la posibilidad de que se realicen las distintas prácticas ilegales está dada, en parte, por la convergencia de distintos actores—personal del área de facturación, secretarías de servicio, técnicos, médicos, etc. Es decir, sin una trama de relaciones es imposible que ciertos hechos ilegales puedan llevarse a cabo. Frente a un ilegalismo se debe contar con la apoyo o al menos con aceptación del resto. En los casos mencionados anteriormente, la complicidad está dada porque todos los agentes tienen intereses puestos en el cobro a las Obras Sociales.

También es importante marcar que las prácticas ilegales las más de las veces se ven justificadas por diversos actores, aun si no participan en ellas. En los ejemplos anteriores observamos que esta prácticas al ser compartida por todo el personal se encuentra totalmente naturalizada, al punto que ni siquiera se la distingue como ilegal. Paradójicamente se observó que se juzgan fuertemente a quienes ingresan al hospital producto de un enfrentamiento policial tildándolos como “chorros” o delincuentes.

A las prácticas ilegales se le suman ineficiencias en la transmisión de la información. La obtención de padrones actualizados de los distintos afiliados de las Obras Sociales suele resultar aún complicada, con errores y de difícil distribución. Cabe preguntarse, si esta ineficiencia no responde a cierta intencionalidad de ciertos grupos de trabar el flujo de información para así complicar el cobro. Esto denotaría la existencia de poderes ocultos que tuvieron y tienen capacidad de intervenir en las decisiones Estatales.

Compañías de seguros de accidentes:

Si bien, como se dijo anteriormente, la normativa faculta a los hospitales públicos a facturar las prestaciones realizadas a personas cubiertas por compañías de seguros, las posibilidades reales de efectuarlos son bajas. Por nuestras observaciones sostenemos que esto ocurre, en parte, porque los procedimientos para facturar no tienen una reglamentación apropiada y específica. Por un lado, existen grandes dificultades por parte de los hospitales para acceder a la información que poseen las Comisarias, Fiscalías, compañías. Por otro lado, se le agrega las falencias de la gestión hospitalaria en general.

Un trabajo interesante que analiza esta problemática es el de Larrea (Larrea 2008). En él, se describe su experiencia al intentar efectivizar el cobro a las compañías de seguro y las distintas dificultades con las que se encontraron al hacerlo. Señala la falta de comunicación entre las distintas áreas implicadas, que paradójicamente, está garantizada de antemano ya que el intercambio de información se realiza en forma periódica, pues el hospital solicita la intervención policial para todos los casos de lesiones.

Esto nos hace pensar que la falta de cobro a compañías de seguro de accidente no sólo se debe a falencias en la organización hospitalaria, sino que en muchos casos responde a acciones intencionales tendientes a trabar el flujo de información con fines específicos. Lo que ocurre es una situación ambigua donde actores que tienen intereses sobre esa información se aprovechan de, y al mismo tiempo contribuyen en, los errores de comunicación.

Por otro lado, señalaremos que a partir de nuestro trabajo exploratorio también observamos la existencia de un mercado clandestino de compra y venta de accidentes de tránsito. Notamos que esta práctica es conocida y aceptada por los trabajadores de la salud y es mencionada en el trabajo recientemente citado, pero también llegó a público conocimiento mediante la película “Carancho” de Pablo Trapero.

Además detectamos otros ilegalismos en torno a las compañías de seguros. Por un lado, venta de información por parte de personal del hospital a Estudios Jurídicos especializados en accidentes de tránsito. Observamos que esto se da de dos modos, uno es mediante el robo de padrones y listados de pacientes. El otro es a través de la captación de familiares de víctimas de accidentes. Ya sea el personal del hospital, o terceros que son “autorizados” por los mismos esperan las horas de visita o de partes médicos de las Unidades de Traumatología o Terapia Intensiva para ponerse en contacto con los familiares del paciente para así ofrecer los servicios de cierto Estudio de Abogados. De este modo, se aprovechan del desconocimiento generalizados de los derechos de las víctimas de accidentes y les cobran honorarios significativamente superiores a los estipulados. Otro ilegalismo que fue señalado es el reclamo de lesiones antiguas o de otro origen distinto al accidente. O en casos extremos fabricación de siniestros. En estos casos, el hospital se comporta como un agente que certifica como lesiones por accidentes aquellas que fueron realizadas intencionalmente para el cobro del seguro.

Nuevamente se observa que en las prácticas ilegales deben participar diversos actores para que puedan llevarse a cabo, entre los que se podrían nombrar: abogados y empleados de estudios jurídicos; personas que intentan cobrar seguros; personal administrativo; ambulancistas; médicos y enfermeros; en algunos casos personal policial y del poder judicial. Es decir, existen circuitos marginales de corrupción que ponen precio a la información, donde se conjugan intereses económicos y corporativos. Por ejemplo, en el caso de las Empresas de transporte público Automotor y Ferroviario se observa cómo ciertos actores hacen uso de su poder de negociación política con el Estado para lograr el incumplimiento de pago. En este sentido, resulta llamativo que en la innumerable cantidad de normas referidas al tránsito y la accidentología se omita la figura del Hospital público como una figura clave, aun cuando es de conocimiento masivo que la mayoría de las víctimas se derivan a dichos hospitales (Larrea 2008). Por lo tanto, observamos que estos ilegalismos no sólo responden a acciones de pequeños grupos sino que comprometen a poderes ocultos, formando parte del Delito Económico Organizado que implican altos niveles de corrupción e impunidad. De este modo, se observa como ciertos actores del ámbito privado mediante presiones sobre el sector público logran adecuar la legislación a sus necesidades económicas.

b. Tercerización de servicios

A partir del establecimiento del hospital de autogestión se abonó a la tercerización de los servicios de facturación, limpieza y seguridad. Con esto se pretendía seguir los principios del Banco Mundial asegurando la competitividad de los establecimientos públicos con respecto a los privados (Ambranzón, 2001). A partir de nuestro trabajo observamos que lejos de mejorar el servicio, la privatización de ciertos servicios dio lugar a falencia en la entrega de los mismos. En relación a una empresa tercerizada de limpieza un médico hospitalario nos informaba que:

“El hospital está sucio. Eso es porque no tienen la cantidad de personal que deberían tener según la licitación. Trabajan con mucha menos gente” (Roberto).

Tal como nos comentaron la falta de calidad en los servicios de la empresa no se debe a que sea ineficaz, sino a una práctica ilegal que buscaba minimizar costos a costa de reducir el personal y deteriorar la calidad de atención.

Por otro lado, detectamos que la privatización de los servicios dio lugar a fraudes laborales. Una trabajadora de limpieza nos informaba:

“Hace años que no tengo vacaciones. Porque la empresa que me contrata cambia de nombre (razón social) y me echa y me vuelve a contratar todos los años, así tampoco tengo antigüedad” (Lucila).

Nuevamente se observa que la práctica ilegal necesita de una estructura, donde se relacionan agentes del sector privado y del sector público. Solo de este modo puede entenderse cómo la misma empresa gana las licitaciones consecutivamente aunque el servicio sea deficitario.

c. Precarización laboral

Las reformas de los noventa también transformaron las condiciones del mercado de trabajo. La flexibilización y precarización laboral se volvieron cada vez más corrientes (Beccaria, 2003). Los “contratos basura” que eran regla en las gerencadoras, clínicas y sanatorios del sector privado, se volvieron comunes en el sector público (Giraud y Rubinstein, 2006). La flexibilización laboral devino en formas de contratos y pagos diversos, lo que implicó inestabilidad laboral y disminución de salario que obligaron a los médicos y demás empleados del hospital a trabajar en varios lugares para obtener un salario digno. A partir de nuestras observaciones sostenemos que estos cambios influyeron en la forma de trabajo, teniendo consecuencias nocivas sobre la población que se atiende en hospitales públicos, ya que precarización trae como variable de ajuste el horario, haciendo que los tiempos de consulta reales sean distintos a los deseados. O en casos extremos hizo que agentes aun no capacitados se hagan cargo de la vida de los pacientes. De este modo se acentuó una práctica ya existente:

“Los médicos generalmente trabaja en el horario laboral del hospital en una institución privada” (Lucio).

La multiplicidad de puestos de trabajo en muchas ocasiones dio paso a la superposición laboral. Esto es doblemente nocivo, ya que por un lado, los estudiantes realizan la labor del médico nombrado, pero no se les paga, o se les paga una retribución mínima que no contempla los derechos laborales básicos; y por otro lado, los pacientes están bajo el cuidado de quien que aún no terminó con sus estudios³.

d. Deterioro sanitario

Con nuestro trabajo exploratorio además notamos que el deterioro de la calidad de atención de los hospitales públicos sumado al descenso del porcentaje de personas con Obra Social- por la precarización del mercado de trabajo-, posibilitó que ciertos actores se beneficiaran de la carencia de la oferta del servicio de diversos modos. Uno de ellos fue mediante la venta de turnos. Cuando ya las ventanillas dejaban de atender a los usuarios por falta de turno, trabajadores del hospital que tenían un puesto privilegiado, vendían turnos y los otorgaban de manera clandestina. A partir de nuestras observaciones detectamos que estas

³ Si bien detectamos que esta práctica se desarrollaba antes del establecimiento de Autogestión, sostenemos a modo de hipótesis que se agudizó a raíz de los cambios ocurridos a partir de los años noventa.

prácticas son conocidas por todo el personal del hospital, sin embargo, no son denunciadas. Según un administrativo del hospital:

“Los de admisión además, venden los turnos. Pensá que la gente tiene que hacer cola desde las 5 de la mañana, entonces ellos se aprovechan de esto. Todos lo saben, nadie hace nada” (Carlos).

Pero además, observamos que mediante diversos mecanismos – filas especiales; priorización en la atención; etc.- se privilegia a quienes tienen Obra Social o son socios de la asociación cooperadora. De este modo, se hace un arancelamiento encubierto del hospital público, el que raramente es percibido como tal.

e. Ilegalismos preexistentes

A las nuevas prácticas ilegales surgidas a partir de las reformas en el Sistema de Salud en particular y de la sociedad argentina en general, se le suman una serie de prácticas ilegales ya existentes promovidas a partir de la relación establecida entre el personal del hospital y distintos actores.

Agentes de propaganda médica

Es de público conocimiento que la relación entre el personal médico y los Agentes de Propaganda Médica se extiende mucho más allá que lo estrictamente profesional. Según un informante clave, médico del hospital:

“Muchos colegas con tal de ganarse un viaje para ir a un congreso, arreglan con el visitador y recetan cierto medicamento. Al final, todos los pacientes terminan tomando lo mismo, les haga bien o no” (Entrevistado E).

Por lo tanto, una práctica habitual, que también se establece en el resto de los subsistemas y que es naturalizada, repercute en la posibilidad de sanación del paciente. Y aunque el intercambio no sea monetario lo cierto es que los médicos que recetan de este modo lo hacen por intereses ajenos al cuidado de la salud de sus pacientes.

Laboratorios:

Otra práctica habitual, relacionada con la anterior, es la promoción por parte de los médicos de bondades distorsionadas de ciertos procedimientos o fármacos a fin de obtener alguna prebenda de parte de la industria farmacéutica. Y en casos extremos se llegan a realizar protocolos de investigación médica en forma encubierta, es decir, logran el consentimiento del paciente aprovechándose de su desconocimiento sobre el tema. Una abogada, miembro de la comisión ética del hospital, nos informaba:

“El otro día recibimos una denuncia porque el jefe del servicio de traumatología le ofreció a un médico \$ 2.000 si convencía a los familiares de los accidentados a firmar un papel donde los autorizaba a practicar cierto protocolo médico para probar una droga. Se aprovechan de que la gente está desesperada y no entiende lo que firma. Entonces la persona engañada, creyendo que va a ayudar a su familiar firma el consentimiento y empiezan todas las pruebas sobre el paciente. Pero esta droga era muy peligrosa, se sabía que más del 80% de las personas a las que se las habían suministrado murieron. Pensá que sólo se probó en cárceles de Chiapas. No les importa nada el paciente, solo quieren las dadas que le da el laboratorio” (Josefina).

Estas prácticas además de tener repercusiones sobre la salud del paciente, lo tienen sobre las finanzas del centro de salud. Pues los estudios médicos que se realizan para probar la eficacia de la droga son costeados por la entidad pública o la Obra Social del enfermo.

Empresas proveedoras prótesis

A partir de nuestro trabajo exploratorio también detectamos que en reiteradas ocasiones se establecen asociaciones ilícitas entre el personal médico y empresas proveedoras de prótesis. Con la excusa de que las prótesis pedidas al Estado o a las Obras Sociales tardan demasiado en ser entregadas, ciertos médicos convencen a los familiares de comprarlas en forma particular. Según lo informado por un enfermero:

“A veces los médicos tienen negocios con las empresas que venden prótesis, entonces en vez de operar a los pacientes con las prótesis del Estado o de la Obra Social que les corresponden, los convencen de comprar una diciéndoles que así los pueden operar más rápido. Lo que hacen es cobrarle un sobre-precio. La otra vez vino un paciente y se quejó porque cuando pidió la factura el médico le dijo que no la tenía” (Leandro).

Otras veces ocurre un proceso distinto. Según Médicos Auditores de una Obra Social:

“(Algunos médicos) le dicen al paciente que las prótesis van a tardar mucho o que las que entrega el PAMI son de mala calidad y se les recomienda a los pacientes comprarla en forma particular, de este modo, se espera igualmente a la prótesis que entrega el Instituto (PAMI), se lo opera con ese material y se guardan la otra prótesis para uso de modo privado. Imaginate que el paciente no puede saber que le colocaron” (Melisa y Carlos).

Estas prácticas llegan a tal límite que nos informaron de casos en que ni siquiera se les coloca la prótesis.

Empresas proveedoras de insumos y servicios:

Otra práctica de público conocimiento que fue manifestada por nuestros informantes es el establecimiento de una relación de una frágil legalidad entre funcionarios públicos y empresas proveedoras de insumos y servicios. Según un informante clave, técnico en una empresa de reparación de equipos médicos para hospitales públicos:

“Las licitaciones son “truchas” y la empresa ganadora ya está designada de ante mano. Entonces se hace el circo de que licitamos, pero todos sabemos que ya está arreglado. Y esto no siempre se da con la ayuda de un funcionario. Muchas veces lo que se hace es arreglar entre las pocas empresas que licitan y “repartirse” los hospitales. Así por ejemplo, si a la empresa A le “toco” el hospital x, las empresas B y C pasan un presupuesto más alto y así gana la empresa A. Y esto se puede hacer porque son pocas empresas las que licitan, a las otras no las dejan llegar” (Ariel).

Esta nota nos hace pensar hasta qué punto para que una acción sea categorizada como corrupta debe tener como participante un funcionario público. En este caso, por ejemplo, son actores del ámbito privado los que realizan la práctica fraudulenta pero sus consecuencias tienen repercusiones nocivas sobre el ámbito público.

Sobre-registros:

Por último mencionaremos una práctica habitual en muchas instituciones hospitalarias en particular y en instituciones públicas en general: el sobre-registro intencional de consultas o estudios realizados, con el fin de mantener o aumentar las estadísticas para poder repercutir en el monto de las transferencias presupuestarias que le otorga el Estado.

2. Palabras finales

A lo largo de este trabajo observamos que si bien uno de los principales objetivos enunciados en el marco de las estrategias de autogestión hospitalaria es el de mejorar la solidaridad del sistema evitando la existencia de subsidios indirectos a partir de la transferencia de recursos del sector público al privado, este objetivo no se cumplió.

Y en este sentido también queremos problematizar lo que en algunos trabajos se refiere como subsidio (Larrea, 2008). Pues si bien las prácticas que fuimos señalando a lo largo del trabajo se aparecen como subsidios encubiertos debemos ser conscientes que forman parte del Delito Económico Organizado que mediante la participación de funcionarios e instituciones logran maximizar sus beneficios de ganancia a costa del dinero que adquieren del sector público.

De este modo, los propietarios de las empresas de medicina privada en connivencia con funcionarios estatales se apropian de aquello que legalmente no les pertenece. Y esto se establece de dos modos, mediante omisión: los centros

de salud públicos no realizan las gestiones correspondientes para cobrar por un servicio que ofrecieron a un beneficiario de las empresas de medicina prepaga; o por acción: mediante la sobrefacturación a las Obras Sociales Publicas con el fin de recuperar aquello que no pueden cobrarles a las empresas privadas.

Y más allá que existan ilegalismos que solo favorecen a pocas personas, la mayoría de los ilegalismos que mencionamos implican ganancias extraordinarias que se sostienen en una red de relaciones y complicidad. En este sentido, debemos indagar acerca de la naturaleza de la irracionalidad del Sistema de Salud Argentino en general, ya que pensamos que esta no se debería sólo a una falla en la planificación del mismo, sino que en parte es consecuencia del accionar de ciertos poderes ocultos que a la hora de sancionarse las leyes que regulan al sistema ejercieron su poder de negociación para imponer las reglas de juego que los benefician.

Es por ello que consideramos que el estudio del sistema de salud desde la perspectiva del control social no sólo es útil sino necesario, ya que mediante este marco teórico pudimos detectar ciertos nudos problemáticos.

En primer lugar, indicamos que las falencias en la calidad de atención y gestión del hospital lejos de deberse simplemente a ineficiencias del sistema, responden a prácticas ilegales generalizadas en el subsistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En segundo lugar, observamos que la existencia de una red de relaciones que permite el establecimiento y mantenimiento de las prácticas ilegales. Sin ella, éstas serían imposibles. Incluso en aquellas situaciones en donde el eje es puesto en un individuo en particular, no puede ser escindido de la estructura compleja que es su sostén y su condición de posibilidad. Ya sea por la participación o simplemente por la aceptación, es necesario que diversos agentes colaboren en las mismas. Por lo tanto, estamos frente a una Trama de ilegalidades y no a un hecho ilegal aislado.

Relacionado con la anterior, advertimos que esta red de relaciones le da a los agentes altos niveles de niveles de inmunidad e impunidad. En las prácticas ilegales, la participación de los funcionarios estatales se convierte en una herramienta fundamental. Es decir, es necesario reconocer en la connivencia de los funcionarios del Estado no un hecho fortuito y casual sino una estructura que permite el despliegue de las prácticas ilegales. Esta participación rara vez es penalizada y esto a su vez da cuenta de que ellos mismo forman parte de la red de impunidad e inmunidad.

Por lo tanto, y en cuarto lugar, observamos que en el fenómeno de la corrupción participan distintos actores sociales. Sin embargo, cada uno recibe beneficios muy diferenciados de acuerdo al lugar que ocupe en la estructura de poder.

Asimismo, señalamos la existencia de Poderes Ocultos que mediante su poder de negociación lograron adecuar las decisiones de gobierno a sus intereses particulares.

Además advertimos que existe una simbiosis ineludible entre económica legal e ilegal.

Por último, observamos que lejos de resolver las necesidades financieras, las transformaciones en el Sistema de Salud de la Argentina profundizaron aún más la inequidad del sistema. Ya sea por que privilegian a los beneficiarios de las Obras

Sociales, los socios de la asociación cooperadora o aquellos que tiene capacidad de pago; o porque con las prácticas ilegales deterioran los recursos y la calidad de atención del hospital, lo cierto es que los niveles calidad de atención de las instituciones públicas se vieron altamente disminuidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Abramzón, M.** (2001): Recursos Humanos en Salud en Argentina: Análisis de su evolución 1992-1998. En: *Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001*. Publicación N° 53. Representación OPS/OMS en Argentina. Buenos Aires.
- **Almeida, C.** (2001): “Reformas del Estado y Reformas del sistema de salud”. En *Cuadernillos médico-sociales*, N°79.
- **Basualdo, E.** (1987): *Deuda externa y poder económico en la Argentina*. Ed. Nueva América, Buenos Aires
- **Beccaria, L.** (2003): *Las vicisitudes del mercado laboral argentino luego de las reformas* en *Boletín Informativo Techint*, número 312, Buenos Aires.
- **Becker, H.** (1972,) *Los Extraños*. Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires.
- **Belmartino, S.** (2005): “Una década de reforma de la atención médica en la Argentina”. *Salud colectiva*, mayo-agosto, año/vol. 1, numero 002. Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, pp. 155-171
- **Belmartino, S.** (2009): “Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos”. Programa Buenos Aires de historia política del siglo XX. En historia política
- **Bobbio, N.** (1985): *El futuro de la democracia*. Plaza y Janes, Barcelona.
- **Croyethovic, M. y Ariovich, A.** (2006): “La autogestión Hospitalaria: descentralización en el contexto de los 90. El caso del Hospital Nacional profesor doctor Alejandro Posadas”. *Papeles de trabajo*. Revista electrónica del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de General San Martín. ISSN: 1851-2577. Año 2, n° 4, Buenos Aires, noviembre de 2008. Dossier “Transformaciones de la Argentina contemporánea”.
- **Danani, C.** (2005): “La construcción sociopolítica de la relación asalariada: Obras Sociales y sindicatos en la Argentina, 1960- 2000”. Tesis doctoral (Mimeo)
- **Fidalgo, M.** (2008): *Adiós al derecho a la salud: el desarrollo de la medicina prepaga*. Espacio Editorial, Buenos Aires.
- **Foucault, M.** (1981): “La gubernamentalidad”, en *Espacios de poder*. Ed. La Piqueta, Madrid.

- **Gerchunoff, P. y Torre, J. C.** (1996): “La política de liberalización económica en la administración de Menem” en *Desarrollo Económico*, vol36, N°134, Buenos Aires, octubre-diciembre 1996.
- **Giraud, N. y Rubinstein, A.**, (2006): “Impacto de la Reforma de Salud sobre la práctica de los médicos de atención primaria en Argentina”, en *Archivos de Medicina Familiar y General*, Volumen 3 Número 1-2006.
- **González García, G.** (1996): “La reforma del sistema de salud de la Argentina”. Buenos Aires. Isalud. Mimeo.
- **Granados R. y Gómez M.**(2002) La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: Resultados y Abance. *Revista de Salud Pública* 2002; 2:97-120.
- **Gamsci, A.** (2003): “Notas sobre Maquiavelo. Sobre la política y sobre el Estado moderno. Nueva visión, Buenos Aires.
- **Hertz N.** (2002): *El poder en la sombra. Las grandes corporaciones y la usurpación de la democracia.*, Planeta Historia y Sociedad. Buenos Aires
- **Iriart, C.** (1997): “La reforma del Sector Salud en Argentina”. En: *Reforma en salud: lo privado y lo solidario*. Buenos Aires, Ediciones. Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
- **Isuani, E.; Mercer, H.** (1988): *La fragmentación institucional del sector salud: ¿Pluralismo o irracionalidad?* Ed. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
- **Laporta, F. y Álvarez, S.** (1997): *La corrupción política*. Alianza editorial. Madrid.
- **Lindenboim, J.; Danani, C.** (2002): “La escasez de lo que sobra: sobre la articulación entre políticas económicas y políticas sociales”. Primer Congreso Nacional de Políticas Sociales, Asociación Argentina de Políticas Sociales y la Universidad Nacional de Quilmes, Quilmes.
- **Melossi, D.** (1993): *El Estado del control Social*. Siglo XXI editores. México
- **Merton, R.** (1977): *Teoría y Estructuras Sociales*. FCE, México
- **Mills, Ch.W.**(1957) *La Elite del Poder*, FCE, México.
- **Montoya, S.; Colina, J.** (1998): La reforma de Obras Sociales en Argentina: Avances y desafíos pendientes. [mimeo].IDB.
- **Nisbet, R.** (1972): *La formación del pensamiento sociológico*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- **O'Donnell, G.** (1995): "Democracia y Exclusión" en *Agora*, año 1, nº 2. Argentina.
- **Pavarini, M.** (1995): “El nuevo mundo del control social”, en *El control social en el fin del siglo*. Pavarini M. y Juan Pegoraro. CBC. UBA
- **Pegoraro, J.** (2000): "La corrupción como cuestión penal y como cuestión social" en *Delito y Sociedad. Revista de Ciencias Sociales*, nº 13. Buenos Aires.

..... (2007). "Criminología, neoliberalismo e controle punitivo" en *Revista Brasileira de Ciências Criminais* nº 64. janeiro-fevereiro de 2007. Sao Paulo, Brasil.

.....(2006) "Notas sobre el poder de castigar" en *Alter. Revista Internacional de Teoría, Filolsofía y Sociología del Derecho*. Nueva Época, nº 2, julio. México DF.

.....(2001) "La ley y el orden: control social penal" en *Encrucijadas.UBA*. Revista de la Universidad de Buenos Aires. Nº 11.

.....(2006). "Hablemos del delito: la compleja relación entre el orden normativo y la realidad social" en *Cuaderno CRH*. Salvador. V.19 nº 47. maio/ago. 2006. Salvador de Bahia- Brasil.

.....(2002) "El Eslabón Perdido. El Delito Económico Organizado y el Control Social" *Encrucijadas-UBA* nº 19. Buenos Aires.

..... (2003) "La trama social de las ilegalidades como lazo social" en *Sociedad*. Nº 22. Revista de la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.

.....(2003). "La necesidad de Jano: Teoría Sociológica y Delito Organizado", en *Seguridad Urbana, Democracia y Límites del Sistema Penal*. Universidad de Cadiz. España.

.....(2005) "El Lazo Social del delito y su relación con los Poderes Ocultos", en *Delito y Sociedad. Revista de Ciencias Sociales*. Nº 20. Buenos Aires.

- **Resta, E.** (1995): *La certeza y la esperanza*. Paidós, Buenos Aires
- **Sapelli, G.** (1998): *Cleptocracia. El mecanismo único de la corrupción entre economía y política*. Ed- Losada. Buenos Aires.
- **Seghezso, G.** (2006): "Entramado de ilegalidades, complicidades y silencios en el sector agroganadero argentino", *por, en Delito y Sociedad*, Revista de Ciencias Sociales, Centro de Publicaciones, Universidad Nacional del Litoral, Año 15, Número 22, Santa Fe, ISSN: 0328-0101.
- **Schorr, M.** (2002): "Mitos y realidades del pensamiento neoliberal: la evolución de la industria manufacturera argentina durante la década de los noventa", CLACSO, Buenos Aires.
- **Thwaites Rey, M.** (2003): *La (des)ilusión privatista: El experimento neoliberal en la Argentina*. Eudeba, Buenos Aires.
- **Torrado, S.** (2007): "Población y Bienestar en la Argentina del Primero al Segundo Centenario 1 y 2". [Edhasa](#). Bs. As.
- **Yavich, N.** (2003): Historias de extramuros: el Hospital Fiorito. *Cuad. antropol. soc.* [online]. 2003, n.18 pp. 185-2003. Disponible en:

<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2003000200012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1850-275X.