

Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina

A Decade of Health Care Reform in Argentina

Susana Belmartino¹

¹Docente - Investigadora de la Universidad Nacional de Rosario. Miembro del Consejo de Investigaciones, UNR. susanabelmartino@hotmail.com

RESUMEN Este artículo se ocupa de las transformaciones en las formas de financiamiento y provisión de la atención médica producidas a lo largo de la última década en Argentina. La hipótesis remite a una nueva "década perdida" para la atención médica en el país. El énfasis se ubica en el análisis político de las principales relaciones entre actores sociales y actores estatales durante la implementación de la reforma de la atención médica. El enfoque sobre la historia del sistema de servicios procura proporcionar una perspectiva de legado histórico en torno a los procesos involucrados, tomando en cuenta las condiciones particulares del Sector Salud que limitan la capacidad del Estado para regularlo. **PALABRAS CLAVE** Reforma del Sector Salud; Servicios de Salud; Regulación Gubernamental; Conflicto de Intereses; Inequidad en Salud.

ABSTRACT *This paper describes the transformations in the modes of health care financing and delivery that occurred during the last decade in Argentina. The hypothesis alludes to a new "lost decade" for health care in the country. Emphasis is placed on the political analysis of the main relations between social actors and state actors during the implementation of health care reform. The focus on history attempts to provide a vision of historic legacy on the processes involved, taking into account the particular conditions in the Health Sector that limit the ability of the State to regulate it.*

KEY WORDS *Health Sector Reform; Health Services; Government Regulation; Conflict of Interest; Health Inequity.*

"...puede resultar ilustrativo para los responsables de política latinoamericanos revisar la experiencia del caso argentino, donde los intereses de los distintos actores con mayor capacidad de presión o representación trastocaron los objetivos de mayor equidad perseguidos por la reforma. Ello originó un sistema más segregado en función de los ingresos de la población y que hace más inequitativo el acceso en comparación con la institucionalidad originalmente vigente. Paradójicamente, el nuevo mapa de intereses torna más difícil alcanzar los objetivos inicialmente trazados en la agenda de cambios" (1)

INTRODUCCIÓN

Las primeras medidas de reforma del Estado en Argentina, tomadas como estrategia de salida de los intensos y prolongados fenómenos de hiperinflación que el país soportó en 1989/90 y acompañadas por una Ley de Emergencia Económica, fueron sancionadas por el Congreso en 1989 como parte del acuerdo que derivó en el traspaso anticipado del gobierno de Raúl Alfonsín a Carlos Menem. Puede pensarse, sin embargo, que el efecto de tales medidas sólo puede evaluarse adecuadamente a partir de marzo de 1991, cuando el éxito del Plan de Convertibilidad consiguió estabilizar la moneda y ganar el apoyo de inversores locales y externos para la reconversión económica del país.

Si se acepta esa fecha como punto de partida, podemos contabilizar una década desde la puesta en marcha de las primeras medidas de adecuación de las instituciones políticas y económicas a la grave situación de crisis que afectó al país a lo largo de los '80, hasta la emergencia de una nueva situación de crisis generalizada en los últimos meses de 2001. En 1991 se toman también medidas destinadas a transparentar los recursos disponibles para el sistema de seguridad social en sus dos vertientes, pensiones de retiro y atención médica, y facilitar su control por organismos estatales dependientes del Ministerio de Economía, principal motor de la política de transformaciones.

Los resultados de esa política han sido motivo de fuerte controversia a lo largo de los años '90, polémica que recrudeció en los primeros años del nuevo siglo, fogueada por la prolongada recesión que afectaba la economía del

país, su solvencia fiscal y la credibilidad de su sistema de representación política. Menos controversia, sin embargo, puede tejerse con relación al resultado de las reformas en el Sector Salud, aquejado por procesos de fuerte estratificación del acceso de la población a los servicios, endeudamiento de las organizaciones de cobertura de la atención médica, y desarrollo desequilibrado y sobredimensionado de la oferta de servicios. Tras diez años de esfuerzos por disciplinar a los agentes con mayor capacidad de controlar el mercado de atención médica no hay controversia sobre la pobreza de los resultados. La polémica, por consiguiente, se vuelca sobre diferentes aspectos del proceso de reforma:

- a) los instrumentos elegidos para ese fin –una estrategia de competencia en un mercado desregulado–;
- b) el impacto de la recesión que afectó al país desde 1998 sobre la disponibilidad de recursos del sistema de seguridad social médica y la capacidad de gasto del Estado;
- c) el peso del componente político en la aplicación de las decisiones sobre reforma;
- d) un debate de menor intensidad y menos protagonistas: la perspectiva analítica más adecuada para dar cuenta de las razones del fracaso.

En el curso de este artículo intentaré dar cuenta de algunos aspectos de la reforma vinculados con los puntos a, c y d en la enumeración precedente. En lo relacionado con el punto b, las argumentaciones que procuran vincular la actual situación crítica del sistema de servicios con la caída de recursos producida por la recesión de los últimos años han sido descalificadas desde diversos frentes. Tal como lo pone de manifiesto la cita introducida al comienzo de este texto, los mismos promotores de la reforma se muestran decepcionados con los resultados de su intervención: la cita de referencia corresponde a una publicación del BID, con activa presencia en la orientación y financiación de la reforma en el subsistema público, que incorpora también la opinión de alguno de los principales operadores de las decisiones tomadas con relación al sistema de seguridad social médica (2).

En las páginas que siguen me ocuparé en primer lugar de describir someramente la situación

actual del Sistema de Seguridad Social Médica (SSSM), principal objeto de preocupación de los reformadores y núcleo dinámico de los cambios producidos; a continuación haré referencia a la organización del sistema previa a la reforma, abordando los procesos históricos de construcción de instituciones que establecieron las reglas de juego con vigencia en el sistema. En un tercer apartado procuraré sistematizar las posiciones de los principales agentes comprometidos, incluyendo las respectivas agencias del gobierno central y los gobiernos provinciales, para concluir con una breve presentación de la perspectiva analítica que considero más adecuada para arrojar luz sobre los condicionantes del proceso.

ESTRATEGIAS DE REFORMA Y SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA

DESREGULACIÓN/RECONVERSIÓN DE LAS OBRAS SOCIALES

La principal estrategia de reforma del SSSM fue la desregulación de las obras sociales. En los supuestos formulados por los reformadores la puesta en marcha de un proceso de libre elección por parte de los beneficiarios de esas entidades –hasta ese momento *cautivos* de la institución administrada por el sindicato correspondiente a la actividad laboral del agente– estimularía a estas organizaciones a mejorar la calidad de su cobertura y llevaría en el mediano plazo a la concentración de los afiliados en un número menor de obras sociales, superando el abigarrado mosaico de entidades de muy diferente importancia en cuanto al número de beneficiarios aportantes y los recursos *per capita* involucrados, que constituía uno de los rasgos estructurales responsables de ineficiencia e inequidad en el sistema. La concentración de un número importante de beneficiarios por obra social permitiría además la conformación de un adecuado *pool* de riesgo. La política de desregulación se demoró, se puso en marcha tardíamente y excluyó de la oferta de cobertura a las empresas de medicina prepaga, previamente convocadas a participar de ese mercado.

¿Cuáles fueron los resultados? Para una primera aproximación a los resultados de la política de reforma contamos, por primera vez en la

historia del SSSM, con un informe relativamente completo sobre el número de obras sociales en operación, la cantidad de beneficiarios, el monto de los recursos *per capita*, y las consultas e internaciones producidas en 1998, editado en 1999 por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (SSS). En base a esa información puede generarse un diagnóstico –somero y sin embargo, a mi criterio, impactante– sobre las actuales condiciones de cobertura de sus beneficiarios, al cabo de una década de reforma.

El número total de obras sociales ha disminuido, pero sigue siendo importante. Conforme a los datos proporcionados por la SSS, las obras sociales bajo su supervisión habrían disminuido de un total de 361 registradas en 1994, a 290 en febrero de 1999. Las cifras que se presentan a continuación corresponden 257 instituciones, las únicas que presentan información completa entre aquellas que registran beneficiarios a cargo.

La gran dispersión de beneficiarios entre las obras sociales sindicales sigue reproduciendo la estructura anterior a la reforma: un 10% de las instituciones cuenta con más de cien mil beneficiarios mientras el 56% tienen menos de diez mil.

El indicador más dramático, sin embargo, remite a los recursos *per capita*, que muestra una marcada estratificación en cuatro niveles bien definidos:

1. 23 Obras sociales destinadas a personal de dirección de empresas y 74 sindicales disponen de un ingreso superior a los 40 pesos Beneficiario/Mes (16,6% de los beneficiarios y 35,45% de los recursos).
2. 99 Obras sociales sindicales reciben recursos en un rango entre 20 y 40 pesos B/M (30,92% de los beneficiarios y 26,63% de los recursos).
3. 44 Obras sociales sindicales, con recursos entre 10 y 20 pesos B/M (20,56% de los beneficiarios y 10,56% de los recursos).
4. 16 Obras sociales sindicales, con recursos inferiores a 10 pesos B/M (1,03% de los beneficiarios y 0,18% de los recursos).

Las cifras, que revelan la continuidad de una situación con profundas raíces históricas, expresan con claridad los límites de la solidaridad

grupal como mecanismo apto para construir un sistema que garantice un acceso igualitario a la cobertura de atención médica. En este sentido, la sanción de la Ley 18.610/70 significó la cristalización de las modalidades de ejercicio de la solidaridad basadas en los vínculos laborales, que habían sido ya superadas en países cercanos, como Brasil y Chile.

La situación es aún más grave de lo que muestran las cifras, ya que una de las estrategias de penetración en el mercado de la seguridad social adoptadas por las empresas de medicina prepaga fue la realización de acuerdos con algunas obras sociales a partir de los cuales éstas les transfieren las contribuciones obligatorias de sus beneficiarios. Las empresas prepagas administran esas contribuciones en las mismas condiciones que las primas pagadas por sus afiliados, incorporando a los beneficiarios de las obras sociales a diferentes planes conforme sus niveles de aporte y su disposición a realizar pagos extra.

Este mecanismo, que se difundió a partir de 1997, destruye el sistema de subsidios cruzados entre beneficiarios con diferentes niveles de ingreso en el interior de la misma obra social. Aquellos con mayor capacidad de pago suscriben los planes ofrecidos por la prepaga, el resto recibe un plan acorde a sus niveles de ingreso, con la consiguiente reducción de las dimensiones del *pool* de riesgo. El ejemplo más debatido será la decisión tomada por las empresas Duperial y Orbea, que diera lugar a la creación de OSDO, obra social administrada por la empresa Docthos, perteneciente al grupo Roberts. Un mecanismo similar se implementa en los casos en que las obras sociales encomiendan a empresas prepagas la gestión de los servicios brindados a sus beneficiarios.

Por su parte, el Banco Mundial apoyó en forma sostenida el programa de reforma de las obras sociales, ofreciendo créditos directamente vinculados con la mejora de la gestión de esas instituciones. El Programa de Reconversión de Obras Sociales (PROS), proveyó créditos preferenciales a un número significativo de obras sociales que se habrían mostrado dispuestas a sanear sus finanzas y actualizar sus estrategias de gestión. Se pone en marcha a fines de 1996, con una financiación prevista de 360 millones

de pesos, y en sus diferentes etapas convocará a un número importante de obras sociales que, conforme a información periódica, alcanzaría a un centenar de instituciones, de las cuales 20 se encontrarían en julio de 1997 calificadas para recibir la primera cuota del préstamo respectivo.

Es muy difícil sacar conclusiones sobre los resultados de estas estrategias de reconversión, fundamentalmente por la dificultad para identificar la totalidad de las obras sociales involucradas. De ese modo sólo es posible analizar algunos casos particularmente significativos. Por ejemplo, entre las receptoras de los créditos del Banco Mundial se encuentran tres obras sociales con un número de beneficiarios muy importante, correspondientes a Bancarios, Actividad Docente y Personal de la Construcción. Entre las tres reúnen una cifra cercana al millón y medio de afiliados. El nivel de ingreso por beneficiario es sensiblemente diferente, 50 pesos por Beneficiario/Mes para Bancarios, 21 para los Docentes y 16 para los obreros de la Construcción. El ingreso excepcional de Bancarios se vincula a que un 44,2 % de sus ingresos no proviene de contribuciones y aportes de los trabajadores sino de recursos provenientes de una tasa sobre algunas transacciones bancarias.

En términos de adecuada gestión, uno de los indicadores más utilizados unifica a Bancarios y Construcción: ambas dedican 13% de sus erogaciones a gastos administrativos, cuando las previsiones legales señalan un máximo del 8%. OSPLAD, la obra social docente, en cambio, exhibe un prudente 5,5% (3). Sin embargo, la deuda declarada con los proveedores de servicios llegaba en 2000 a 68 millones de pesos o dólares para OSPLAD, 64 para Bancarios y 31 para Construcción (4).

Si el endeudamiento de las obras sociales puede servir como indicador grosero de sus capacidades de gestión, las conclusiones no pueden ser más negativas. En el mes de abril de 2000 la deuda total de las obras sociales y prepagas con proveedores privados ascendía a 2.167,5 millones de pesos, correspondiendo el 39,65% de esa cifra a las obras sociales nacionales (si a esto se agrega el 23,85% del total de los pasivos a cargo de PAMI, resulta un 63,5% de la deuda total que es responsabilidad de organizaciones bajo supervisión de la SSS) (4).

LA CREACIÓN DE HOSPITALES DE AUTOGESTIÓN

El mismo Decreto N° 9 de 1993, que establece la desregulación de las obras sociales, dispone que estas entidades estarán obligadas a pagar los servicios que sus beneficiarios demanden en los hospitales del subsistema público; esta disposición se completa con el decreto 578/93 regulatorio del *Hospital de Autogestión*. La norma autoriza a los hospitales que se inscriban en el respectivo registro a complementar sus ingresos cobrando los servicios a las personas con capacidad de pago y con fondos originados en las contrataciones con empresas de seguro privado de salud, mutuales y obras sociales. Los ingresos extrapresupuestarios así percibidos serán administrados directamente por el hospital de autogestión. Al mismo tiempo se establece la descentralización de la administración de estos hospitales y la integración de redes de servicios. Con el fin de mejorar la administración interna se autoriza la utilización de los recursos provenientes de la venta de servicios para crear una estructura de incentivos basada en el reconocimiento de la productividad y eficiencia del personal. Se hace referencia a una futura introducción de mecanismos de subsidio a la demanda que deja abierta la posibilidad de creación de seguros de salud públicos.

Los resultados de la puesta en marcha de hospitales de autogestión fueron relativamente diferentes en la diversas jurisdicciones y aún entre diferentes instituciones en una misma jurisdicción, de manera que es difícil sacar conclusiones generales, aunque la evaluación de los analistas suele ser negativa. En un trabajo reciente, Mónica Panadeiros, analista libre de toda sospecha de complicidad con el mantenimiento del *statu quo*, señala que la política de hospitales de autogestión no implicó cambios sustanciales en la organización del subsistema público, persistiendo los problemas de eficiencia y de falta de focalización del gasto. Considera que alrededor de un 40% de la actividad hospitalaria se brinda gratuitamente a individuos que no son parte de la población objetivo. En términos de eficiencia considera que la misma producción en materia de egresos hospitalarios podría ser encarada con un 27% menos de camas, o bien, con la infraestructura disponible se podrían aumentar los egresos en un 35%.

Las mismas conclusiones se aplican a la productividad del recurso humano: con la misma dotación de médicos se podría incrementar el número de consultas en alrededor de un 30% en la provincia de Río Negro, en un 40% en la provincia de Buenos Aires, y en un 20% en la provincia de Tucumán (5). En general se mantuvo el criterio del presupuesto determinado en forma centralizada a cada hospital, la presión de los sindicatos impidió la flexibilización de los regímenes laborales y gran parte del gasto siguió contratándose desde el nivel central.

La implementación del cobro de servicios brindados a los beneficiarios de obras sociales fue difícil, aún cuando una disposición posterior hizo directamente responsable al ANSSAL por el pago de las respectivas facturas. Las trabas y dificultades burocráticas y la disminución de los recursos de las obras sociales hizo que, en general, la recuperación efectiva del gasto se estimara en alrededor de un 30% de lo facturado. Sin resolver las necesidades financieras de los hospitales, el sistema profundizó aún más la inequidad general del sistema. La afirmación puede parecer no fundamentada, ya que no es posible disponer de información generalizada sobre el tema, sólo se cuenta con relatos de algunas situaciones en que la Dirección del hospital, su Asociación Cooperadora, o algunos de sus servicios con mayor capacidad de venta, desplazaron la atención del indigente a partir de una estrategia de captación de pacientes con capacidad de pago directo o cobertura de obra social o prepaga. La cirugía plástica reparadora o estética desplazando de los quirófanos las intervenciones programadas en algún hospital del Gran Buenos Aires, constituye un claro ejemplo.

En algunos casos los hospitales públicos integraron redes de servicios destinados a la contratación con obras sociales sindicales o la obra social de jubilados, PAMI. Como consecuencia, la captación de recursos se vio facilitada por la integración de servicios públicos y privados bajo una gerenciadora que contrataba con la respectiva obra social una remuneración capitada. Pero se trató de un fenómeno limitado a ciertas regiones, y, la mayoría de los casos, de duración efímera. Puede mencionarse como ejemplo la creación por parte del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires del Consorcio Regional

Sanitario (CORES) para la provisión de atención a la obra social de jubilados por parte de una red conformada por servicios públicos y privados. El proyecto tuvo una implementación accidentada y su alcance territorial fue considerablemente reducido después de un año de vigencia.

Otro proyecto respaldado por los organismos de crédito internacionales y aquejado por reiterados fracasos fue la creación de Seguros Públicos Provinciales en algunas provincias, en este caso formando parte de las condicionalidades vinculadas a créditos del BID, más tarde retomados por el Banco Mundial. Los proyectos que comenzaron a desarrollarse hacia 1996 en Salta, Tucumán, Río Negro, Mendoza, y posteriormente San Juan, se encuentran paralizados. Más recientemente Misiones y Catamarca comenzaron a diseñar este tipo de estrategia. En 2000 se pusieron en marcha sendos proyectos de Seguro Provincial en las provincias de Buenos Aires y Santa Fe, en este caso sin compromiso de los organismos externos de crédito. Ambos quedaron limitados en su implementación por la crisis fiscal que afectó desde 2001 tanto al Estado nacional como a las provincias. En algunas provincias están siendo reemplazados por el Seguro Materno Infantil promovido por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

LA LIBERALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS ENTRE FINANCIADORAS Y PROVEEDORES DE SERVICIOS

El otro pilar de la reforma, la liberalización de las modalidades contractuales que vinculan la demanda y oferta de servicios, ha tenido en cambio un impacto significativo en la mayor parte del país. La disposición respectiva, contenida también en el Decreto 9/93, llega para otorgar respaldo jurídico a una situación de hecho, anticipada por movimientos en el mercado de contratos entre obras sociales y proveedores de servicios destinados a atenuar el impacto de la crisis financiera de fines de los años '80.

Razones de espacio me impiden describir en su totalidad el proceso de introducción de las nuevas formas contractuales, caracterizadas por el cambio de la modalidad de retribución de los servicios. La antigua modalidad del honorario por servicio es reemplazada, en una porción significativa de contratos, por un pago mensual predeterminado

por beneficiario para la remuneración de prácticas en ambulatorio y de formas globalizadas o moduladas para la atención en internación (6).

Las nuevas modalidades contractuales estimularon innovaciones importantes en la gestión de los contratos. Con frecuencia se adoptan formas muy semejantes a las de las organizaciones de *managed care* en los EE.UU.: la retribución *per capita*, la conformación de una red o listado preestablecido de proveedores excluyendo o limitando la posibilidad de libre *elección*, la utilización de incentivos a través de las formas de pago, el establecimiento de normas de práctica, la auditoría *ex ante* o la revisión de utilización practicada *ex post* con el objeto de estimular en cada proveedor una conducta prescriptiva orientada a limitar la cantidad de servicios provistos y el desarrollo de una conciencia de costos, la introducción de médicos generalistas o de familia con rol de *gatekeeper*.

Los cambios generados asumieron formas diversas y fueron ocasión para la reformulación de las identidades de los viejos actores con presencia en el sistema y la aparición de nuevos. El proceso está todavía en marcha y ha asumido diferentes ritmos y modalidades a lo largo del país.

Es imposible por consiguiente ofrecer una visión de conjunto. En este punto me limitaré a recuperar la vinculación entre la estratificación del ingreso *per capita* anteriormente descrita y las disparidades registradas en la utilización de servicios de atención médica por parte de la población beneficiaria.

Las cifras respectivas ilustran dos distorsiones frecuentes en la compra de atención médica para sus beneficiarios por parte de las obras sociales. La primera es la subprestación, que puede resultar de dificultades de diferente índole para el acceso de los beneficiarios al sistema de servicios o de una estrategia de los proveedores destinada a reducir el consumo de atención cuando el contrato con la institución financiadora se negocia sobre la base de un pago por *cápita*. La segunda es la sobreprestación, motivo reconocido de defianciación del sistema cuando los contratos se negocian a partir de la libre elección del médico por el usuario y el pago de honorario por servicio, que recibe un estímulo adicional cuando se verifica un sobredimensionamiento de la oferta y profesionales disconformes con la remuneración que perciben.

Para el análisis de la utilización de servicios he agrupado a las obras sociales según ingreso mensual por beneficiario. La medida de utilización se basa en el número de consultas por beneficiario, por año. He establecido como norma un número de consultas por beneficiario/año entre tres y seis; la subprestación estaría representada por menos de tres consultas beneficiario/año y la sobreprestación por más de seis. La definición de lo que sería utilización según norma no es arbitraria, se basa en las estipulaciones más comunes de los contratos capitados, que establecen como uno de los criterios para evaluar utilización un promedio de cinco consultas por beneficiario/año. Puede por consiguiente considerarse que se utiliza un criterio amplio de norma, que otorga mayor significación a los casos que se ubican fuera de ella. Los resultados ponen de manifiesto la repercusión en utilización de la atención médica de las desigualdades en el ingreso por beneficiario:

1. Obras sociales de personal de dirección: 33,3% de los beneficiarios realizan consultas según norma; 66,7% por encima de ese valor (1.338.385 beneficiarios).
2. Obras sociales sindicales con más de 40 pesos B/M: 85,9% de los beneficiarios consultan según norma; 6,4% en valores inferiores, 7,7 % en valores superiores (1.423.248 beneficiarios).
3. Obras sociales sindicales con ingresos entre 20 y 40 pesos B/M: 35% según norma; 63,6% en valores inferiores, 1,4% en valores superiores (5.146.339 beneficiarios).
4. Obras sociales sindicales con ingresos entre 10 y 20 pesos B/M: los porcentajes respectivos son 28,3%, 70,9% y 0,85% (3.364.824 beneficiarios).
5. Obras sociales sindicales con ingresos de menos de 10 pesos B/M: 93,7% por debajo de la norma; 6,31 por encima de esos valores (170.035 beneficiarios).

Las conclusiones a extraer de la información presentada son relativamente simples: están afectados por una utilización de la atención médica por debajo de los promedios históricos utilizados para establecer los parámetros en contratos capitados, un 63% de los beneficiarios de las obras sociales con ingresos promedio entre 20

y 40 pesos, un 70% de los beneficiarios de aquellas que registran ingresos entre 10 y 20 pesos y un 93% de los beneficiarios de obras sociales con menos de 10 pesos mensuales por beneficiario. Los resultados son similares si el análisis se vuelca sobre el promedio de internaciones por 100 beneficiarios (7). Esta aproximación elemental a los registros de utilización de servicios muestra los límites de la solidaridad grupal para garantizar un acceso a condiciones básicas de atención médica de los sectores de medianos y bajos recursos. Cuanto mayor sea la estratificación por ingreso de los grupos que colocan sus aportes en instituciones organizadas según ese principio, más distante se ubicará el resultado de condiciones asociadas con equidad en la relación entre necesidades y recursos destinados a satisfacerlas.

HISTORIA Y CONSTRUCCIÓN DE INSTITUCIONES EN EL SSSM EN ARGENTINA

El sistema de servicios de atención médica se expandió considerablemente en Argentina en los años '40 como consecuencia de las políticas de intervención del Estado en lo social que puso en marcha el primer gobierno peronista. En los presupuestos programáticos del nuevo Ministerio de Salud Pública los principios de *universalidad e integralidad* fueron definidos como fundamentos del futuro sistema. Sin embargo, la forma en que se construyó el sistema político peronista impuso límites severos a su efectiva vigencia. Incluso el subsistema público distó de ser único y obedecer a una unidad de comando, debiendo competir por funciones y recursos con dos referentes significativos en la estrategia de ampliación de la base política de sustentación del régimen: la fundación que dirige la esposa del presidente y el movimiento sindical. La Fundación Eva Perón tomó a su cargo la planificación y construcción de servicios como una actividad paralela e independiente de la del Ministerio de Salud. Los sindicatos más poderosos y mejor organizados encontraron en el gobierno una respuesta a las inquietudes asociadas con la cobertura de atención médica, que habían estimulado la actividad mutualista de origen gremial.

Los ferroviarios fueron beneficiados con subsidios que permitieron la construcción de su importante red de servicios, organizada según el modelo hospitalario público pero destinada a brindar atención exclusiva a los trabajadores del sector. La misma política reclamaron los trabajadores de los frigoríficos, aquellos ocupados en la industria del vidrio, los empleados bancarios y del seguro, etc.

El particularismo que había caracterizado las instituciones de ayuda mutua de los primeros contingentes de migrantes, replicado más tarde por las mutualidades organizadas por diferentes gremios, se trasladó así a las *obras sociales*, organizaciones de cobertura de atención médica ampliamente respaldadas por la política social del Estado peronista. La apelación al principio de *solidaridad grupal*, característica común de mutualidades y obras sociales, constituye uno de los límites estructurales que obstaculizarán la proyección universal planteada originariamente para el sistema. Por esa vía se pone en marcha una dinámica política destinada a constituir una característica histórica del sistema de servicios de salud: la confrontación entre racionalidad técnica vs. racionalidad política, que desplaza a un segundo plano los valores propuestos como su fundamento –otorgándoles carácter de recurso ideológico legitimador– y resulta en el largo plazo en un modelo fragmentado, heterogéneo, ineficiente, estratificado y reforzador de exclusiones originadas a nivel del sistema económico y la estructura social.

Un segundo límite a la acción estatal en materia de salud se presenta a partir de la crisis fiscal del Estado, que a partir de los años '50 se hará recurrente, y estimula la nueva orientación política de los gobiernos posteriores a 1955, que procuran reducir la intervención estatal en aquellas áreas susceptibles de ser cubiertas por la actividad privada. En consecuencia, las instalaciones de atención médica del subsector público ingresarán a partir de los años '60 en un lento proceso de deterioro, y las autoridades de salud demostrarán escasa vocación reguladora sobre las nuevas formas de financiación y organización de los servicios médicos, que quedarán bajo el control de dos grandes conjuntos de organizaciones de base corporativa: el que agrupa a las obras sociales en tanto entidades financiadoras de la demanda, respaldadas políticamente por la

Confederación General del Trabajo, y el conformado por las organizaciones médico-gremiales y sanatoriales que logran el control oligopólico de la oferta.

LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL MODELO

El sistema se institucionaliza en 1970 con el dictado de la Ley 18.610, por la cual se generaliza la cobertura de las obras sociales a la totalidad de la población en relación de dependencia. La sanción de esta ley significará, en la práctica si no en el discurso, la resignación de los principios de universalidad y accesibilidad igualitaria, y conformará de manera definitiva un modelo basado en la solidaridad grupal.

Las autoridades que sancionaron la Ley 18.610 eran plenamente conscientes de las deficiencias del modelo que estaban promoviendo. A fin de neutralizar sus tendencias más distorsivas crearon un organismo regulador, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), encargado de promulgar normas comunes a todas las obras sociales y administrar un Fondo Solidario de Redistribución, destinado a atenuar las diferencias de recursos resultantes de las condiciones laborales específicas de cada actividad.

La capacidad reguladora del INOS se mostró insuficiente para atenuar la heterogeneidad característica del sistema de obras sociales, puesta de manifiesto en las dimensiones de la cartera de beneficiarios, los recursos disponibles por beneficiario, la estructura de servicios ofrecida, el perfil de consumo por afiliado, las condiciones de accesibilidad determinadas por la diferente incidencia de co-pagos, la estructura de costos y el modelo de organización de la atención médica desarrollado.

A partir de la puesta en marcha del modelo se sucedieron diversos intentos de reformulación. Las reformas propuestas tendían, por un lado, a asegurar una mejor utilización de los recursos recaudados y mayor igualdad en la distribución de los beneficios; por el otro, a retirar a los sindicatos el control de las obras sociales, que paulatinamente se convirtieron en fuente de poder político y económico para esas organizaciones.

Tales intentos –producidos en 1973, 1978, 1985– fracasaron ante la oposición de la Confederación General del Trabajo (CGT).

En 1989, con la sanción de las leyes 23.660 y 23.661 se modifica la normativa que regula el sistema, aunque su organización fragmentada permanece sin modificaciones. Para esa fecha el déficit financiero de las obras sociales dificultaba seriamente el cumplimiento de su actividad, situación que en diferentes oportunidades se había intentado atenuar a partir del establecimiento de mayores aportes y contribuciones. La Ley 23.661 otorga la conducción del sistema a un nuevo organismo dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social, la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), que reproduce la inoperancia regulatoria de su antecesor, el INOS.

EL POSICIONAMIENTO DE LOS PRINCIPALES ACTORES CON INTERESES EN EL SSSM

Como ya se señaló, el principal mecanismo regulatorio del régimen consolidado por la Ley 18.610 resultó del acuerdo establecido entre las grandes corporaciones con intereses en el sistema: la CGT actuando en representación de las obras sociales por un lado y las corporaciones a cargo de la representación de profesionales independientes y de las clínicas y hospitales privados por el otro. Estas últimas tienen a su cargo la intermediación entre las organizaciones financiadoras y los proveedores directos, vehiculizando las respectivas facturaciones.

Ese acuerdo logró resistir con éxito los embates contra el SSSM producidos a lo largo de veinte años, pero sucumbió ante la crisis financiera de fines de los '80, que puso de manifiesto la existencia de una oferta de servicios sobredimensionada con relación a la capacidad de pago de la demanda.

Cuando algunos sanatorios privados deciden abandonar la disciplina corporativa y comienza a generalizarse la firma de contratos directos entre instituciones con internación y obras sociales –práctica hasta ese momento registrada casi exclusivamente en la Capital Federal–, el modelo organizativo comienza a transformarse con rapidez, y los acuerdos entre corporaciones dejan de conformar el núcleo de reproducción del sistema.

La decisión de desregular el sistema de obras sociales y la fallida propuesta de incorporar como entidades receptoras de contribuciones de seguridad social a las empresas de medicina prepaga también inducirán nuevas estrategias en diferentes actores del sistema, transformando paulatinamente el escenario político sectorial. En el momento de decidirse la política de desregulación existían dos alineamientos claramente enfrentados: por un lado la CGT, en defensa del mantenimiento de la estructura grupal del sistema; por el otro, los funcionarios del Ministerio de Economía que llevaban adelante la Reforma, respaldados en ese proyecto por la delegación local del Banco Mundial. A partir de 1995 ese debate se instala en el interior del mismo gobierno y el parlamento, donde los sectores pro-sindicales comienzan a fortalecer sus posiciones.

Los posicionamientos relativos entre reforma y mantenimiento del *statu quo* comienzan a diferenciarse internamente y en alguna medida se endurecen a partir de la llegada de una nueva administración en 1999. El panorama actual es todavía más complejo. Intentaré a continuación describir el nuevo escenario.

LOS ACTORES ESTATALES

En la segunda mitad de los años '90, razones políticas vinculadas fundamentalmente con las expectativas de reelección del presidente Menem debilitaron el protagonismo del Ministerio de Economía y centraron la conducción del SSSM primero en la ANSSAL y luego en la Superintendencia de Servicios de Salud; instituciones fuertemente influenciadas por el poder sindical. La Superintendencia de Servicios de Salud instituida en 1996 por recomendación del Banco Mundial, como entidad a cargo de la regulación del SSSM en reemplazo de la excesivamente politizada ANSSAL, no pudo sin embargo eludir el compromiso con las direcciones sindicales.

También fue reemplazada la conducción del Ministerio de Trabajo, antes alineada con Economía y decidida defensora de la flexibilización laboral. Las concesiones hechas a los sindicatos con relación a la desregulación de las obras sociales para obtener su acuerdo sobre el

nuevo régimen laboral pierden sentido cuando ingresa al área un ministro decidido a negociar con el poder sindical en todos los frentes.

A partir del cambio de gobierno en 1999, la administración del presidente De la Rúa intentará una nueva regulación que, sin cambiar los ejes de organización del sistema (libre contratación y competencia entre agentes financiadores y entre proveedores de servicios), atenuará sus aspectos más distorsivos. Los puntos más conflictivos serán los siguientes:

→La libre elección que se pone en marcha el 1º de enero de 2001 supone una competencia entre todos los agentes del seguro; obras sociales sindicales y de personal de dirección y empresas prepagas dispuestas a adherir al sistema. En el primer año de traspasos cada agente está obligado a recibir nuevos beneficiarios sólo hasta un porcentaje del 20% de los actualmente afiliados.

→Se descarta la posibilidad de ofrecer diferentes planes según nivel salarial del beneficiario o disposición a realizar aportes adicionales. En el nuevo régimen se redefine y precisa el Programa Médico Obligatorio, listado de prácticas que debe ser cubierto por la totalidad de los agentes del sistema, y a la vez aparece una novedad, el PMA (Programa Médico Asistencial) en el que se establecen las condiciones de esa cobertura, en particular en lo relacionado a la existencia de períodos de carencia, co-pagos y coseguros. La nueva disposición supone que cada agente del sistema deberá ofrecer el mismo plan a la totalidad de sus beneficiarios, cualquiera sea su nivel de salario y por consiguiente el monto de sus aportes.

→En el nuevo sistema, el Fondo de Redistribución (FR) se destina a financiar las prestaciones de alta complejidad y a establecer un subsidio para los beneficiarios de menor ingreso. En el régimen anterior se garantizaba 40 pesos por beneficiario titular, es decir por grupo familiar; en el régimen previsto por el gobierno de la Alianza se destinan 20 pesos mensuales por beneficiario, subsidiando por consiguiente de manera significativa a las familias numerosas.

→En el régimen anterior existía un descuento uniforme del 10% de aportes y contribuciones para el FR; en el nuevo se definen porcentajes diferentes según niveles de salario: hasta 700 pesos se descuenta una contribución del 10%, de 700 a 1.500 del 15% y para salarios superiores a 1.500 del 20%.

En este punto es de dudoso interés especular sobre la viabilidad del nuevo régimen, que naufragó apenas nacido, a partir de la crisis de autoridad en la que ingresó el Gobierno a comienzos del 2001, la posterior pérdida de credibilidad y la movilización social que desataron las sucesivas estrategias de ajuste en el gasto público. No puede dejarse de mencionar, sin embargo, que esa crisis de autoridad tuvo su origen en fuertes discrepancias en el interior del Poder Ejecutivo sobre la política económica a aplicar y las posibles alianzas con actores sociales políticamente relevantes, entre los cuales los sectores financieros con intereses en salud y el sindicalismo tienen una presencia nada desdeñable. Tras la renuncia del presidente De la Rúa en diciembre de 2001, las condiciones de imponer mecanismos de gobernación a partir de una estructura de poder cohesionada y coherente se debilitaron aún más.

La situación de los gobiernos provinciales no era mejor. La reducción de salarios del personal estatal decidida por razones de déficit fiscal, generó malestar entre los trabajadores del subsistema público, fuertemente sindicalizados. También se generalizaron las denuncias de falta de insumos en los hospitales, que vieron aumentada su demanda con la incorporación de grupos poblacionales que anteriormente acudían a los servicios privados.

Como ya se adelantó, en algunas provincias la agenda de reforma incluyó, en la segunda mitad de los '90, la propuesta de creación de seguros provinciales de salud. En la mayor parte de los casos, el mecanismo financiador se pensaba sobre la base de la ampliación de las obras sociales provinciales, que cubren al personal ocupado en los organismos del Estado. Ese tipo de estrategia hubiera significado la cobertura de una fracción importante de la población provincial (personal del Estado, afiliados voluntarios e indigentes) en una sola caja

y, de tener éxito, podría haber estimulado una federalización de la cobertura de las obras sociales.

En este momento, casi todos los proyectos han sido desestimados o se encuentran detenidos. Las razones pueden ser múltiples: problemas financieros en los estados provinciales, oposición de los proveedores privados, oposición de los trabajadores cubiertos por la obra social ante una posible amenaza de dilución de su cobertura tras el ingreso de los indigentes, o coexistencia de diferentes proyectos en el interior del Gobierno provincial. La provincia de Buenos Aires es un claro ejemplo de esta última alternativa: entre 1996 y 2000 se debatieron en la provincia tres grandes proyectos de cobertura de la población indigente bajo mecanismos de seguro. El primero propuso la creación de un seguro público sobre la base de la obra social provincial, a cuyos recursos se sumarían los destinados a la financiación del subsistema público y los provenientes del gerenciamiento de la cobertura de los beneficiarios de PAMI. El sistema así conformado hubiera otorgado servicios a 1,4 millón de afiliados en el IOMA, 1,5 con servicios administrados por el CORES, y 5 millones de individuos sin cobertura en la totalidad de la provincia. Un segundo esquema, identificado como Proyecto Pueblo, que comenzó a implementarse en forma más o menos contemporánea, estaba basado en una descentralización del sistema público hacia las jurisdicciones municipales y la cobertura de la población indigente local. Por último, el proyecto de Seguro Provincial de Salud se puso en marcha a comienzos de 2000 y suponía la incorporación progresiva de individuos sin cobertura, a los que se brindaría un primer nivel de atención contratado con proveedores privados a través del organismo gremial médico provincial, la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Su progreso quedó detenido en el segundo trimestre de 2000, cuando había incorporado poco más de 100.000 beneficiarios; se reactivaría en 2003, con un cambio importante en la modalidad de otorgamiento de los servicios. No resulta arbitrario asociar la multiplicidad de proyectos y la persistencia de la fragmentación con la existencia de diferentes proyectos en el interior del Gobierno, ninguno de ellos con fuerza suficiente para imponerse sobre el resto.

LOS AGENTES A CARGO DE LA FINANCIACIÓN DE LA COBERTURA

Es necesario diferenciar aquí tres grandes conjuntos de actores con posiciones y expectativas diferentes sobre la futura evolución del SSSM:

Las obras sociales sindicales. Algún diagnóstico simplificador las ubicó como posibles ganadoras a partir de las nuevas medidas anunciadas a fines de 2000, antes de ponerse en marcha un proceso de libre elección que incluiría, además de estas obras sociales, a las de personal de dirección y a aquellas empresas de medicina prepaga que adhirieran voluntariamente al sistema. La garantía de un ingreso mínimo de veinte pesos por beneficiario habría significado un importante flujo de recursos hacia estas instituciones, y, según las expectativas de los funcionarios de la SSS, hubiera estimulado a aquellas con mayores recursos a recibir afiliados correspondientes a la población de menores ingresos. El tope impuesto a la obligatoriedad de recibir nuevos beneficiarios (hasta un 20% de los registrados en el momento de abrirse el proceso) estaba destinado a disipar los temores de un fuerte desequilibrio económico a partir de la afluencia masiva de trabajadores de menor ingreso a las instituciones más consolidadas. Esas expectativas no se cumplieron: abierto el período de libre elección en enero de 2001, un número importante de obras sociales interpuso recursos ante la Justicia, negándose a recibir nuevos beneficiarios. En febrero de 2001, noticias periodísticas hacían referencia a 43 obras sociales, con un número de beneficiarios cercano al 93% del total, que habrían obtenido decisiones favorables en ese sentido.

Las obras sociales de personal de dirección. Se consideraron muy perjudicadas por las nuevas disposiciones y muchas de ellas recurrieron también a la Justicia procurando no ser alcanzadas por las nuevas disposiciones. Se trata en general de instituciones con un ingreso por beneficiario que les permite brindar una buena cobertura de atención. Un buen número ha abierto sus padrones a afiliados voluntarios, asimilándose a las empresas de medicina prepaga, y compitiendo con ellas por adherentes voluntarios entre la población de mayor ingreso. No sólo percibieron como una amenaza la obligación de incorporar beneficiarios

de las obras sociales sindicales; también las afectó el mayor porcentaje de aporte al Fondo de Redistribución establecido para los sueldos superiores a 700 pesos, mientras la institucionalización del PMA hubiera significado la prohibición de ofrecer planes diferenciados. Esta modalidad de seguro les permite adecuar la cobertura ofrecida al ingreso de los beneficiarios y a sus expectativas en torno al riesgo de enfermar.

Una consideración particular merece la resistencia opuesta por ambos tipos de obras sociales a fusionarse con otras instituciones con el fin de reducir sus gastos administrativos y mejorar el *pool* de riesgo. Entre los sindicatos puede vincularse al interés de continuar aplicando estos recursos a finalidades ajenas a su destino legal; entre las obras sociales de personal de dirección es más difícil encontrar explicaciones, salvo la cultura particularista que es un rasgo generalizado del sistema. Entre estas entidades han comenzado a organizarse algunas alianzas o consorcios, en función de considerar que un mayor número de beneficiarios favorece sus condiciones de negociación con los proveedores; los problemas más relevantes se plantean en torno a la obtención de consenso en relación a las condiciones de la cobertura ofrecida y la reconfiguración de los planteles de administración.

Las obras sociales provinciales. Conforman un mosaico de situaciones diferentes, tanto en disponibilidad de recursos financieros como de capacidades de gestión, y también en función de la relación que mantienen con los respectivos gobiernos. Sus principales dificultades financieras provienen del incumplimiento por parte del Estado provincial de la transferencia de las contribuciones de su personal y los aportes a su cargo. Algunas se encuentran muy endeudadas.

Puede tomarse como ejemplo la más importante en cuanto a número de beneficiarios y recursos involucrados, el IOMA, que a mediados de los '90 realizó un esfuerzo significativo por mejorar su gestión y lograr acuerdos sustentables con sus proveedores. Luego entró en un período de dificultades financieras que sus directivos vincularon a la decisión del Gobierno provincial de poner a su cargo la cobertura de los beneficiarios de pensiones de retiro no contributivas, sin el traspaso de los recursos necesarios para financiarla.

LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA

Se trata en general de organizaciones de seguro privado que cubren a la población de mayor ingreso. En algunos casos surgen de mecanismos de integración hacia atrás de grandes hospitales privados u organizaciones gremiales médicas, interesados por obtener fuentes alternativas de financiamiento. En los primeros años '90 fueron objeto de interés por parte del capital financiero local e internacional que invirtió en la compra de algunas de las mejor posicionadas en el mercado. En función de captar el estrato de población en relación de dependencia con mayores ingresos –personal de dirección de empresas, empleados calificados y profesionales– presionaron para entrar en la competencia por los afiliados de obras sociales. Finalmente, como ya se señaló, ingresaron en ese mercado a partir de acuerdos particulares con algunas empresas y sindicatos. Es probable que entre ellas y las obras sociales de personal de dirección que han abierto sus padrones a afiliados voluntarios se haya producido ya un *descreme* del mercado de seguro, debilitándose su interés por captar nuevos beneficiarios del sistema obligatorio.

Su desacuerdo con la reglamentación que pretendieron imponer los sucesivos gobiernos se canaliza sobre algunos aspectos críticos: en primer lugar lo que consideran un tratamiento impositivo discrecional que castiga a los afiliados voluntarios al sistema gravando su aporte con una tasa del 20% por impuesto al valor agregado (IVA); en segundo término, por la exigencia de acreditar un patrimonio mínimo de 500 mil pesos y mantener una reserva técnica igual al promedio de la facturación mensual de los últimos doce meses de ejercicio; y por último, en el caso de pretender captar beneficiarios del sistema de seguridad social, quedarían también obligadas a ofrecerles un plan único PMA, que resultaría seguramente poco aceptable para los afiliados de mayor ingreso.

LAS ADMINISTRADORAS DE SISTEMAS CAPITADOS

Toman a su cargo una función nueva en el SSSM, ya que la gestión de contratos capitados es el resultado de la introducción de

modalidades de pago bajo la forma de cápitas, carteras fijas o módulos, formas que remiten a la colocación de un techo al gasto en servicios para una población determinada. Financiadores y proveedores convienen una de estas modalidades orientadas a hacer previsible el gasto; sin embargo, las consultas y prácticas se siguen remunerando con honorario por servicio, y las internaciones, en general, por módulos. La función de la gerenciadora o administradora es procurar un balance equilibrado entre los recursos ingresados por cápitas o módulos y lo efectivamente gastado en la producción de los servicios y el pago de honorarios a los profesionales.

La gestión es una función compleja y puede abordarse como el principal principio regulador del SSSM. Debe hacerse cargo de compatibilizar los recursos financieros comprometidos en el contrato, la demanda de servicios por parte de la población a cargo, y la forma de organización de los servicios y las modalidades de práctica vigentes entre los profesionales. En este sentido podría asimilarse a la función de *compra*, discutida en otros escenarios de reforma; sin embargo, es necesario no confundir los parámetros propios de cada una. La función de compra, al menos en teoría, se cumple en beneficio de una población determinada, con un perfil epidemiológico conocido, en procura de contratar los servicios adecuados para eventuales necesidades de atención. La gestión de cápitas en Argentina carece de información epidemiológica relativa a su población a cargo, tampoco la construye hacia el futuro, en parte porque en general no registra diagnósticos, y fundamentalmente porque su objetivo principal no se orienta a proporcionar una atención adecuada al conjunto de beneficiarios. Como ya señalé, la organización de complejos registros informáticos de utilización de servicios tiene por objeto la delimitación de un perfil prescriptivo por parte de los profesionales que asegure un resultado equilibrado entre recursos y gasto.

Las administradoras y gestoras asumen formas múltiples, en algunos casos son empresas independientes dedicadas exclusivamente a esa función; en otros constituyen departamentos de las asociaciones de profesionales o han sido organizadas por los proveedores

agrupados en una red, también pueden formar parte de la administración de algún importante hospital privado que haya conformado su propia empresa prepaga. Las medidas de reforma propuestas no las afectan en particular, por el contrario, es posible suponer que algunas verían con agrado que prosperara la estrategia de fusiones o formación de consorcios propuestas por el Gobierno, dada la gran fragmentación de los contratos que deben administrar y los muy diferentes valores de cápita involucrados.

LOS PROVEEDORES DIRECTOS

También aquí predomina la diversidad de situaciones. Un porcentaje importante de los sanatorios y hospitales privados está afectado por la deuda contraída por obras sociales y empresas de medicina prepaga. Las asociaciones de profesionales enfrentan problemas serios para adecuar las expectativas de ingreso de sus clientelas con los recursos reales, y para cumplir con la exigencia de selección de proveedores generalizada en los nuevos contratos. Algunas de ellas siguen considerando que el regreso a las modalidades de libre elección y honorario por servicio depende sólo de variables políticas, vinculadas a su capacidad para cohesionarse y llevar adelante una estrategia de lucha. Las redes de sanatorios también tienen problemas para encontrar reglas claras de distribución de los recursos entre sus miembros, ya que los servicios que integran la red no conforman un continuo de servicios según diferentes niveles de complejidad sino que, en general, se trata de instituciones de perfil similar aliadas para captar los contratos más importantes en cuanto a número de beneficiarios. Un tipo peculiar de dificultades en la distribución de los recursos capitados se presenta con los proveedores de tecnología de alta complejidad, especialmente imágenes. Pese al exceso relativo de oferta verificado en el mercado, quienes controlan esa tecnología en cada escenario local pueden establecer acuerdos de precios; cuando esa posibilidad no se presenta suele depender de un complejo juego de alianzas el porcentaje de los ingresos que se dedica a retribuir este tipo de servicios.

LAS POSIBLES LECTURAS

"...dadas las distorsiones que caracterizan a estos mercados, la competencia es condición necesaria pero no suficiente. La transparencia es de vital importancia. Mediante la información a los beneficiarios se mejora el criterio bajo el cual ejercen su libertad de opción y se acentúan los incentivos a no desarrollar conductas oportunistas y discriminatorias". (2)

Nuevamente, la publicación del BID viene en nuestra ayuda, ofreciéndonos una fórmula breve para expresar un concepto complejo. Al igual que estos analistas, otros economistas en Argentina y Chile, generalmente formando parte o vinculados a diferentes equipos de reforma, abordan la cuestión en términos similares a los propios de la economía neoclásica, poniendo sus expectativas en la construcción de un mercado transparente donde consumidores que conocen sus necesidades puedan realizar opciones informadas (8, 9). El escollo analítico más importante, a mi juicio, es la falta de interés por hacer explícitas las reglas de juego que dirimen la competencia y una atención dedicada casi exclusivamente a las entidades financiadoras sin problematizar los vínculos entre éstas y los proveedores.

En Argentina puede decirse, sin duda, que una información más amplia y menos distorsionada favorecería la elección de obra social entre los beneficiarios del sistema. Pero el problema no termina allí, también es necesario tener en cuenta la relación entre financiadores y proveedores de servicios, supuestamente librada también a la competencia, y analizar las distorsiones que se han generado en ese mercado particular.

Entre financiadores y proveedores se ha generado efectivamente un mercado con agentes en competencia. Se podría afirmar que siempre lo hubo bajo diferentes reglas de juego, pero eso sería entrar en una polémica banal. Sin embargo, no es posible dejar de considerar que no se trata de competencia en un hipotético mercado abierto de oferta y demanda de servicios de atención médica. No intento reproducir aquí los clásicos argumentos vinculados a las condiciones específicas del mercado de atención médica. En la organización vigente en Argentina existe un plus de

distorsión, en función de las formas institucionales específicas que ha generado la reforma. La competencia en el mercado no se organiza entre demandantes y oferentes de atención médica, sino en torno a la contratación entre financiadores y proveedores. El proveedor que consigue un contrato ha captado una porción de demanda. La oferta de contratos es múltiple, la puja pasa por conseguir aquellos mejor dotados de capacidad de pago por beneficiario, o bien los que ofrecen un número de cápitas importante, con capacidad de dispersar el riesgo económico. La competencia es una competencia por la obtención de esos contratos, y no se dirime en términos de calidad y precio. Por el contrario, la obtención de contratos está regulada por otras reglas: capacidad de llegada al poder político, antiguas vinculaciones tejidas durante la vigencia del anterior sistema, búsqueda de alianzas más amplias, afinidades de diferente tipo. Se verifica también la presencia de una práctica que todos reconocen, algunos aluden, nadie denuncia: un mercado que bajo la vigencia de la Ley de Convertibilidad se acercaba a los diez mil millones de dólares, brinda un amplio margen para la corrupción. En ocasiones la firma de un contrato se obtiene a partir del pago de una comisión a los agentes representantes de la entidad financiadora.

La cuestión, a mi criterio, no remite entonces al mercado, sino a las instituciones. El problema radica en identificar el lugar del sistema donde se imponen las reglas de juego, incluyendo también las que construyen un determinado tipo de mercado, y avanzar en términos propositivos sobre su posible reformulación (10).

La lógica analítica de los reformadores pro-mercado no es, por supuesto, meramente economicista; también asignan responsabilidad a la forma en que se define el conflicto político sectorial, utilizando un enfoque de grupos de interés y una perspectiva destinada a ponderar las capacidades de presión disponibles para los "grupos a favor" y los "grupos en contra". En un artículo reciente, González Rossetti señala las limitaciones presentes en ese enfoque y defiende la posibilidad de complementarlo con "una mirada más cercana a los límites y oportunidades ofrecidas por el contexto institucional en el interior del cual estos decisores defienden su agenda" (11).

Ese contexto institucional puede ser evaluado en Argentina en términos históricos y en una perspectiva de mediano plazo. Aspectos importantes de ambos enfoques han sido mencionados en el curso de este artículo: una historia de fragmentación y autodeterminación por parte de los principales agentes del sistema; una fuerte resistencia a la regulación estatal y un gobierno dividido entre diferentes propuestas, con poca capacidad de ofrecer un frente coherente, demostrar la solvencia técnica indispensable y asegurar la vigencia de sus decisiones por encima de resistencias y bloqueos activados por los actores con protagonismo en el sector.

No es posible olvidar las expectativas de la población beneficiaria del sistema. Se suele mencionar con frecuencia la vocación de los argentinos por acudir a los niveles de mayor complejidad del sistema de servicios y el deslumbramiento generado por la alta tecnología. No hay duda sobre la veracidad de estas afirmaciones, pero es necesario tener en cuenta que se trata de un aspecto particular del fenómeno conocido como *demanda inducida por la oferta*. El problema está en los servicios y en la profesión médica, no en la población. Existe consenso generalizado entre los analistas en relación a que una adecuada asignación de recursos debe privilegiar el primer nivel de atención y desalentar el uso de tecnología compleja en los casos en que no se haya demostrado su costo-efectividad. Nuevamente se trata de una cuestión de reglas (y de la autoridad para aplicarlas).

Mi hipótesis en este punto es que no ha habido en la población argentina un desarrollo de la concepción del acceso a la atención médica como derecho de ciudadanía. Por el contrario, la cuestión se aborda como privada: la población se vincula a los servicios de salud aceptando que su derecho de utilizarlos está vinculado a su capacidad de pago. Las arbitrariedades del subsistema público son el ejemplo más elocuente: larguísimas colas, contribuciones en apariencia "voluntarias", selección de aquellos con cobertura o –suelen venir juntas–, con mayor capacidad de reclamo. Por consiguiente se habría conformado una concepción patrimonialista del problema, asociada a la cultura mutualista, la solidaridad grupal, y el clientelismo también vigente en esta órbita de actividad del Estado.

Volviendo a las instituciones: la evaluación negativa en torno a la capacidad –y vocación– reguladora de las agencias estatales respaldó a mi criterio en los primeros '90 la concepción de una estrategia de reforma fundada en la creación de un "equipo de cambio".

Diferentes estudios enfocan esta estrategia como fundada en el interés de los gobiernos por aumentar su autonomía en relación a las presiones de los actores con intereses en el sistema (12). La principal misión del equipo de cambio sería ganar el apoyo, o dismantelar la resistencia de las otras facciones en el interior del mismo Gobierno. Su presencia revela una concepción del poder estatal que niega la posibilidad de considerar al Estado como un actor cohesionado, coherente, portador de una única estrategia de transformación. Su eficacia depende no sólo de su ubicación en un lugar estratégico del aparato estatal o del sistema político, también se funda en la solvencia técnica necesaria para fundamentar la estrategia de reforma y ganar el apoyo de los reticentes.

Un interrogante legítimo gira en torno a si en Argentina puede hablarse de la presencia de un equipo de cambio. Mi hipótesis es que el grupo que tuvo a su cargo la elaboración de las reformas en el interior del Ministerio de Economía en los primeros años '90 puede definirse en esos términos. Si así fuera, el caso que analizamos brinda la posibilidad de analizar la aplicación de esta estrategia en un escenario donde el resultado es el fracaso.

Las causas de ese desenlace son relativamente claras si se adopta una perspectiva de Estado dividido, incapaz de consolidar una orientación hegemónica. En la primera mitad de los años '90 existió una hegemonía por parte de la conducción económica, resistida en otros espacios de poder, pero dotada de una singular capacidad de pilotear la reconversión de la economía. Un nudo crítico en esa hegemonía radicó en el proyecto de flexibilización laboral, que enfrentó serias resistencias para ser aprobado en el Congreso. Existen fuertes presunciones en torno a que la desregulación de las obras sociales fue postergada y luego debilitada como parte de una negociación con el sindicalismo en pro de ese objetivo considerado más significativo en el programa de transformaciones. A partir de 1995 esa

hegemonía se pierde, el Gobierno pierde coherencia en función de la presencia, por un lado, de diferentes proyectos de cambio, por el otro, del interés de forjar alianzas electorales con amplios sectores, incorporando una cuota de ambigüedad en la definición de las políticas futuras. El resultado será el fracaso de ambas reformas, tanto la laboral como la vinculada al sistema de servicios de atención médica.

El país está comenzando a superar una grave crisis de confianza por parte de los mercados, y de representación en su régimen político. Sería excesivamente audaz en estas condiciones profetizar en torno al futuro de su sistema de atención médica. En términos de instituciones, cabe señalar que el Ministerio de Salud de la Nación hizo público en mayo de 2004 su Plan Federal de Salud (13). Se trata de un muy interesante documento que merece un análisis más exhaustivo que el muy breve que quiero presentar aquí.

Me interesa subrayar especialmente la exactitud del diagnóstico de las condiciones del sistema de servicios que se despliega bajo el subtítulo *Sistema sanitario*. En ese texto se reconocen los problemas de eficiencia y equidad que se manifestaron en el desarrollo histórico de ese sistema, se explicitan las condiciones de fragmentación y heterogeneidad que lo caracterizan, la desigual cobertura que recibe la población a cargo. En relación a las obras sociales nacionales se reconoce el cumplimiento de una función predominantemente aseguradora bajo la figura de *tercer pagador*, la persistencia de fuertes diferencias en la disponibilidad de recursos per capita, problemas de management, estructuras administrativas sobredimensionadas, modelos prestacionales mal diseñados, con deterioro en la calidad de los servicios y un nivel de cobertura que suele ser menor que la esperable.

A ese diagnóstico, con el que sólo puedo coincidir, sigue un capítulo destinado a explicitar la *Visión de un sistema futuro*. Aquí comienzan mis dificultades. La propuesta es el diseño de un *nuevo modelo sanitario* (énfasis en el original) basado en la construcción de redes de atención y con base en la estrategia de aten-

ción primaria. Se consigna también la decisión de desarrollar instrumentos que incrementen la equidad en el acceso y el financiamiento de la salud, que definan la evaluación de desempeño e implementen mecanismos que permitan una fuerte participación comunitaria en todos sus niveles. En relación a la participación se introduce un párrafo que transcribo textualmente:

"Si el mercado ordena mal, el Estado es lento y poco transparente y la sociedad civil desordenada y altamente demandante, sólo una participación plena de todos potenciará los aciertos de cada uno y neutralizará las falencias".

El enunciado me genera alguna inquietud, que podría expresar en los términos del título de uno de mis últimos libros *¿Quién será el árbitro?*

La inquietud se potencia cuando verifico que las páginas del plan que contienen los ítems *Metodología e Instrumentos* están dedicadas exclusivamente al subsistema público. Más todavía cuando hacia el fin del documento encuentro una página dedicada a identificar las fortalezas propias del sistema de obras sociales nacionales, a saber: una canasta de servicios unificada que homogeneiza su nivel de cobertura; un órgano de regulación y control con poder de policía; un sistema de débito automático para los efectores públicos que elimina los subsidios cruzados entre subsectores; un sistema de opciones que elimina la cautividad, estimula la competencia entre agentes y genera una competencia regulada en el régimen de traspasos; un seguro para la cobertura de enfermedades de alto costo y baja incidencia; un fondo de redistribución que mejora la equidad intrasistema.

La conclusión es a mi criterio simple, aunque se debe esperar que no sea simplificada: un diagnóstico adecuado –como lo fue el que elaboraron los reformados de los primeros '90– seguido de una estrategia de intervención que no garantiza la introducción de los cambios propuestos. El legado histórico presente en el sistema de servicios argentino se reproduce incansablemente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santiago RL. Prefacio. En: Sánchez H, Zuleta G, editores. La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud. Washington DC: IDB; 2000. p. VII-VIII.
2. Giordano O, Colina J. Economía política de las reformas. En: Sánchez H, Zuleta, G, editores. La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud. Washington DC: IDB; 2000. p. 27-48.
3. Superintendencia de Servicios de Salud. Obras sociales: Información general del sistema. Buenos Aires; 1999.
4. Tobar F. Las deudas en el sector salud [en línea] Buenos Aires: Política y Actualidad. 2001 [fecha de acceso 16 de agosto de 2001] URL disponible en: http://www.politicayactualidad.com/textos.asp?id_texto=673&id_seccion=11
5. Panadeiros M. El Seguro de Salud Universal. Aportes. 2001;(17): 47-55.
6. Belmartino S. El proceso de reforma en Argentina. En: Belmartino S. Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000. p. 257-318.
7. Belmartino S. Obras Sociales: el engañoso consuelo de los promedios. Cuadernos Médico Sociales. 2001;(79):129-141.
8. Beteta E, et al. Evaluación del proceso de reforma del sector público de salud chileno [mimeo]. IDB; 1998.
9. Montoya S, Colina J. La Reforma de Obras Sociales en Argentina: Avances y Desafíos Pendientes [mimeo]. IDB; 1998.
10. Belmartino S. La seguridad social médica y la evolución de su organización. En: Boyer R, Neffa J, coordinadores. La economía argentina y su crisis (1976-2001): visiones institucionalistas y regulacionistas. Buenos Aires: Miño y Dávila, Caisse de Dépôts et Consignations, Institut CDC pour la Recherche; 2004. p. 221-259.
11. González Rossetti A. Enhancing the political feasibility of Health Reform. Data for Decision Making [mimeo]. Health Policy Process Project. Boston: Harvard School of Public Health; 2000.
12. Bossert Th. Applied research on decentralization of health systems in Latin America. Chile Case Study [mimeo]. Boston: Harvard School of Public Health; 1999.
13. Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud. Buenos Aires; 2004.

Recibido el 27 de abril de 2005

Versión final presentada el 02 de junio de 2005

Aprobado el 14 de junio de 2005