

Estado y Obras Sociales: Desregulación y Reconversión del Sistema (*)

Susana Belmartino (**)

El sistema de servicios de salud en Argentina está sufriendo un proceso de reformulación que en líneas generales puede analizarse como parte de los procesos más amplios de reconversión de la economía y reforma del estado, que obtuvieron lugar privilegiado en la agenda política del gobierno a partir de la puesta en marcha del programa de convertibilidad en 1991.

En el sector salud -al igual que en muchas otras áreas de la economía- los cambios a nivel de organización y financiación de servicios habían comenzado mucho antes, en un movimiento cuyos orígenes pueden ubicarse en la crisis financiera de la primera mitad de los

ochenta.

Estamos por consiguiente en un proceso de mediano plazo, que por lo menos en dos oportunidades durante la última década fue objeto de intentos reguladores provenientes del aparato estatal - el proyecto Neri y su modificaciones bajo el alfonsinismo, la perspectiva desreguladora puesta en marcha por el actual gobierno- de características doctrinarias y sustento valórico diferentes.

En efecto, ambos proyectos de racionalización del sistema de obras sociales - con repercusiones en el sector privado y el público, en función de la interdependencia de los tres subsectores en el sistema de organización,

(*) Ponencia presentada en el III Encuentro de Salud Colectiva del Cono Sur, realizado en Montevideo, Uruguay del 10 al 13 de octubre de 1995.

(**) Investigadora del Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario, Directora de la Maestría en Salud Pública, C.E.I., U.N.R., Profesora titular de la Cátedra Historia Argentina Siglo XX, Facultad de Humanidades y Artes, U.N.R.

financiación y prestación de servicios - se ubican en polos antagónicos del debate *estado/mercado*. Si bien no puede dejar de reconocerse que ambos intentaron adecuar tales términos polares a las condiciones del modelo prestacional argentino, caracterizado históricamente por particulares condiciones de fragmentación y heterogeneidad.

Sobre esa base institucional, el proyecto de universalización de cobertura propuesto por Neri suponía una mayor ingerencia del estado, que resultaba balanceada por la propuesta de democratización de las obras sociales y la participación en la conducción del sistema de los diferentes intereses comprometidos en su dinámica. La propuesta desreguladora proveniente del Ministerio de Economía bajo la gestión Cavallo pretendía por su parte, introducir algunos mecanismos de competencia entre instituciones financiadoras que permitieran una mayor movilidad de beneficiarios, bajo el supuesto de que la competencia por la captación de adherentes estimularía una mayor eficiencia y calidad de prestaciones. Con esa misma idea se pretendía integrar al sistema de cobertura obligatoria a las empresas de medicina prepaga, ampliando de esta forma la demanda para esta modalidad organizativa, que tras un crecimiento importante a fines de los años 80 parece haber llegado a una especie de techo, delimitado por el porcentaje de población con recursos suficientes para enfrentar los costos de este tipo de seguro de enfermedad.

Ambos, sin embargo, se mostraron igualmente impotentes ante la lógica económica y sociopolítica que puede identificarse en los fundamentos históricos de esa fragmentación y también gobierna la transición a un nuevo modelo organizacional. Ya que esa transición se está produciendo de todos modos, en forma independiente de los intentos de regulación y racionalización protagonizados por el estado, abriéndose paso probablemente entre los intersticios de su inacción o su impotencia, a partir de una lógica de redefinición de las relaciones entre viejos y nuevos actores del

sector.

En términos macrohistóricos me gustaría proponer que las transformaciones del sector salud se ubican en procesos complejos de larga duración que han sido caracterizados en la literatura política reciente bajo los conceptos de *régimen social de acumulación* y *régimen político de gobierno*. (Nun, 1987) Categorías de análisis orientadas a sistematizar los cambios observables en las relaciones estado/sociedad a lo largo de períodos históricos de mediano plazo. En esa perspectiva, los años ochenta y noventa en Argentina habrían sido testigos de una reformulación de tales regímenes, como consecuencia de la crisis de los modelos que tuvieron su génesis y desarrollo a partir de los años treinta y resultaron profundamente conmovidos por las convulsiones de los setenta.

Si esa hipótesis fuera correcta, estaríamos ahora en un proceso de redefinición de las relaciones sociales que se expresa en el terreno de la economía, la política, las organizaciones sociales, la ideología, la cultura. El sector salud, entendido como campo particular de la dinámica social, que procesa en su interior los impulsos que vienen de la sociedad global bajo los límites y posibilidades que brindan sus estructuras institucionales y la praxis de sus actores, realiza su propia transformación, fuertemente marcada por la inacción del estado, las condiciones de ruptura del modelo anterior, las estrategias frente a la crisis desarrolladas por sus principales actores, la reubicación de cada uno de ellos en el nuevo esquema de poder sectorial.

Como he señalado reiteradamente en diversos trabajos, la evolución histórica del sector salud en Argentina ha estado fuertemente marcada por las características de su sistema político, tal como se constituyó en los años de afirmación del proyecto peronista y en las primeras décadas posteriores a su caída (Belmartino et al. 1991, Belmartino y Bloch, 1994, Belmartino, 1995). La lógica corporativa que caracterizó dicho sistema a partir de 1955,

en un esquema de aparato estatal débil y corporaciones fuertes, parlamentarismo negro y frecuentes rupturas del sistema democrático, tuvo una trasposición peculiar en el interior del sector salud, que se expresa a fines de los años sesenta en una modalidad organizativa que se convertiría rápidamente en hegemónica. Las relaciones de poder que sustentaron esa modalidad han sido caracterizadas en un trabajo anterior a partir de la idea de consolidación de un *pacto corporativo* (Belmartino, 1995).

La disolución de ese pacto comenzaría a manifestarse a fines de los setenta, y un análisis de su agotamiento y crisis requiere de la articulación de elementos macropolíticos con la dinámica particular que expresa la adecuación de los actores sectoriales a las nuevas condiciones de operatoria del sistema.

En relación a las condiciones extrasectoriales con impacto en el sector cabe señalar la transformación de la estructura productiva y consiguiente reformulación del mercado de trabajo que produjo la contracción del número de adherentes de los grandes sindicatos industriales que marcaron el punto más alto de la capacidad de negociación de los sectores obreros en la primera mitad de los setenta, y el paralelo crecimiento relativo de los gremios de servicios, en particular empleados de comercio y estatales, con menor capacidad de presión y debilitados por el fantasma de la reforma del estado y los proyectos de flexibilización laboral.

A esos procesos es necesario añadir la disminución de la población asalariada en relación de dependencia y el crecimiento del trabajo por cuenta propia, que redujo el número de aportantes a las obras sociales, sus recursos totales y el porcentaje de población adherente al sistema.

En el campo político más general será necesario recuperar en primer lugar el intento alfonsinista de debilitamiento del poder de las corporaciones, en procura de la institucionalización de un régimen democrático basado en el modelo de representación territorial de la ciu-

dadanía, con recuperación del rol de los partidos políticos y reforzamiento de las funciones del parlamento. Tras el fracaso de ese intento y los vaivenes que produjo el efímero triunfo del Plan Austral y las conmociones hiperinflacionarias del 89, los sindicatos debieron soportar un fuerte recorte de su poder político bajo la nueva administración peronista, y la CGT se escindió en varios grupos definidos por su nivel de adhesión/contestación a las políticas llevadas adelante por el gobierno, que debilitaron de manera muy significativa sus bases de poder económico, social y político.

Ubicados en el interior del sector, el agotamiento del pacto se inscribe directamente en el debilitamiento de las corporaciones de salud, impactadas por un doble proceso:

a- la saturación de los mercados sectoriales, por un lado, que debilitó el interés de los miembros más fuertes de las corporaciones de prestadores por seguir manteniendo el oligopolio de oferta que constituyó la base de sustentación del vínculo corporativo.

b- el paralelo debilitamiento de la corporación sindical y la redefinición de sus relaciones con el estado y el gobierno peronista, que se expresa a nivel sectorial por la amenaza corporizada en la política de desregulación de las obras sociales impulsada por el Ministro Cavallo. Esta amenaza, unida a una desregulación de facto de las disposiciones que gobernaban la contratación con las entidades profesionales, estimula diferentes estrategias en las administraciones de las obras sociales, dirigidas a superar la crisis financiera a partir de la puesta en marcha de nuevos mecanismos de contratación con un sector privado que a su vez reformula sus estrategias de mercado.

En el interior del sector salud la ruptura del pacto corporativo marca el inicio de la transformaciones que nos ocupan. El posicionamiento relativo de viejos y nuevos actores debe vincularse con la posible estabilización de un nuevo *pacto*.

La organización de un nuevo modelo prestador, o más precisamente de nuevos mo-

delos prestadores, supuso la introducción de nuevas lógicas regulatorias en el interior de las instituciones del sector y en las relaciones que las vinculan. No es posible pensar, en efecto, que el retroceso de la tradicionalmente débil capacidad reguladora del estado ha dejado el sistema a la deriva o incluso lo ha colocado en manos de esa entidad difícilmente aprehensible que llamamos mercado. A la desregulación ha seguido un proceso de re-regulación, en el que sin duda ha tenido peso el mercado entendido en la doble relación de oferta y demanda de atención médica y oferta y demanda de trabajo profesional en atención médica. Sin embargo, en mi hipótesis el rol dominante corresponde a las nuevas relaciones entabladas entre actores, instituciones, agentes y prácticas del sistema. La desregulación / re-regulación se inserta en diferentes niveles de actividad del sistema: las relaciones entre proveedores de servicios y entidades financiadoras, las que vinculan diferentes instituciones prestadoras, la misma organización de la práctica profesional, la vinculación del profesional

individual con las instituciones en las que se desempeña, la mayor fragmentación y diversificación de las organizaciones a cargo de la cobertura social y privada de las prestaciones de atención médica.

El objeto de esta ponencia es recuperar la lógica política y económica de conformación del sistema de obras sociales en los años sesenta y setenta, desarrollar las líneas generales de impacto de esas modalidades organizativas en la crisis de los setenta -vinculada en gran parte a los incentivos perversos que esa lógica genera en el comportamiento de los diferentes agentes comprometidos- y trazar los lineamientos generales de las transformaciones en curso. El texto se mueve necesariamente en dos niveles de análisis: un enfoque macro, que remite a las condiciones políticas de la formulación/agotamiento del pacto corporativo, un enfoque intermedio que expresa las formas hegemónicas de relación entre instituciones financiadoras y prestadoras bajo la vigencia de ese pacto, su crisis y reformulación.

MODALIDADES ORGANIZATIVAS Y CONSTITUCIÓN DE ACTORES SOCIALES EN LOS AÑOS SESENTA. LÓGICA DE CONSTRUCCIÓN DEL MODELO HEGEMÓNICO.

La caída del gobierno peronista en 1955 afecta de manera diferente a las entidades intermedias que quince años más tarde construirán el conjunto de relaciones que he definido como pacto corporativo. La Confederación General del Trabajo y la COMRA, organización gremial médica, se ubican en perspectivas antagónicas en relación a ese proceso, sin embargo, la readecuación de ambas a las condiciones políticas de la Argentina posperonista coincidirá en una actitud de descompromiso y desconfianza ante las políticas sectoriales propuestas desde el estado.

Tratando de sintetizar una perspectiva histórica podría argumentar que la conformación del sector salud en los años del gobierno

peronista se vincula con la forma específica de relación estado/sociedad que se define en esos años. Desdeñando, relegando a un segundo lugar, o manipulando las instituciones representativas de la voluntad general, el peronismo construye un régimen de tipo corporativo fuertemente controlado desde la cúspide. La relación entre aparato estatal e instituciones intermedias se articula en un juego de beneficios y concesiones recíprocas, con un fuerte control vertical fundado en la singular capacidad del Presidente de movilizar recursos y adhesiones para su política. El sistema de servicios que se construye a nivel sectorial responderá a la fragmentación resultante del poder de cada grupo para obtener beneficios y

concesiones específicas, en tanto la anarquía se mantiene relativamente contenida por la importancia otorgada al sector público y la verticalidad del sistema decisorio.

Cuando esa estructura vertical se desmorona, las instituciones que componían una pirámide relativamente ordenada quedan liberadas de vínculos y responsabilidades, conservando y en ocasiones acrecentando la cuota de poder delegado que habían conseguido acumular. El corporatismo estatalista, se transforma en un régimen signado por la inestabilidad de los acuerdos y la continua negociación en torno a concesiones que paulatinamente dejan de operar como beneficios y comienzan a revistar como prebendas. En palabras de Portantiero «el Estado era visto como una máquina generadora de privilegios, como una agencia prebendalista asediada por reclamos corporativos». (Portantiero, 1987)

Volviendo a los actores con peso en el sector salud, es necesario recordar que los años de gobierno peronista habían sido de prueba para aquél sector del gremialismo médico que, en función de su conflictiva relación con el aparato estatal, comienza a autodenominarse «independiente». La unidad gremial salió fortalecida de esa prueba, aunque el enfático rechazo de la actividad política expresada por sus dirigentes y sancionada en sus estatutos no alcance a encubrir las diferencias político-ideológicas que se manifiestan en su seno y se expresan en diferentes propuestas de reorganización sectorial.

A lo largo de su prudente, silenciosa y al mismo tiempo firme militancia en la oposición al peronismo y más tarde en los años de conflictualidad política que siguen a su caída, el gremio consigue construir una firme argamasa que preserva la unidad por encima del conflicto ideológico. Sus principales ingredientes serán una profunda desconfianza frente a la acción del estado y los partidos políticos, la afirmación convencida de una serie de principios que sancionan la legitimidad de su pretensión de autonomía en el control de las institu-

ciones y la práctica médicas, y la cerrada defensa de determinadas modalidades de inserción en el mercado de trabajo. En conjunto, una combinación adecuada para la construcción de una firme identidad corporativa. (Belmartino y Bloch, 1994)

En lo relacionado con la C.G.T. se hace necesario considerar que la incorporación controlada del sindicalismo al esquema de poder, que había garantizado estabilidad política y una canalización poco conflictiva de las demandas populares hacia un aparato estatal que progresivamente va achicando su capacidad de respuesta, se fractura de manera definitiva con el golpe aramburista de diciembre de 1955. Y el fracaso de los sucesivos intentos de recuperar una mediación integradora entre estado y sindicatos, unida a la mayoritaria identidad peronista conservada por el movimiento obrero, constituirá uno de los factores explicativos de la inestabilidad política que caracterizará al país en los años que siguen.

En esas condiciones, pese a que en determinados períodos y sobre todo en torno a determinadas áreas se incrementa la capacidad negociadora del sindicalismo, el acercamiento al aparato estatal y el posible éxito en la negociación no supone compromiso con la gestión de gobierno.

La historiografía más reciente ubica en torno al comienzo de los años sesenta un cambio de significación en los contenidos reivindicativos del movimiento sindical y en la misma organización de la central obrera y sus filiales. En el transcurso del gobierno frondizista se habría verificado el debilitamiento de las corrientes más combativas, reconocidas como parte de la «resistencia peronista» y la afirmación de una perspectiva ideológica de corte integracionista.

En efecto, el balance de las luchas libradas por el sindicalismo peronista a lo largo de 1958 y 1959 obliga a diferenciar matices: el retroceso de la regulación salarial y de las condiciones de trabajo se ve relativamente compensado por los logros obtenidos en la

consolidación de la C.G.T. como entidad fundamentalmente peronista y el fracaso de las tentativas de imponer un esquema multisindical de negociación de convenciones colectivas. (Cavarozzi, 1984)

Aunque la nueva ley de Asociaciones Profesionales, 14.455, asignaba al estado la supervisión de la actividad de los sindicatos, también garantizaba la existencia de un sistema sindical centralizado y dotado de derechos en la negociación de condiciones de trabajo. En paralelo, mediante el cobro de aportes obligatorios, proporcionaba la base financiera para la reconstitución de un poderoso aparato gremial como el que había existido bajo la presidencia de Perón, pero en este caso sin la verticalidad propia del corporatismo estatalista.

Estos avances en el reconocimiento de un poder sindical ideológicamente identificado con la causa peronista se ven acompañados de un debilitamiento de las prácticas democráticas internas, concretado en un control cada vez más estricto de los dirigentes sobre las bases y una tolerancia cada vez menor frente a la posibilidad de disenso. El fortalecimiento de la centralización y la burocratización y la aceptación más o menos generalizada de conductas que podrían caracterizarse como corruptas, darán la tónica futura del movimiento sindical (James, 1990).

De interés específico para nuestro tema es el proceso, señalado por James, que significará un retroceso cierto del control obrero sobre las condiciones de producción, al imponerse pautas de racionalización e incentivos que supondrán un recorte cierto al poder detectado anteriormente por las comisiones de planta. La hipótesis de James es que se produce una especie de «canje» que terminará afirmando el proceso centralizador de consolidación del poder de la burocracia.

A cambio de la resignación del poder de las comisiones internas y la aceptación de la racionalización, los líderes sindicales obtienen beneficios concretos. Uno de ellos, sin duda

importante, fue el reconocimiento formal de la función del sindicalismo «responsable» y su aceptación como interlocutor político en algunas instancias del aparato estatal. También se produjo un incremento en los beneficios de carácter social: fueron actualizados beneficios por maternidad, asignaciones familiares, licencias por casamiento, asignaciones por antigüedad, que habían estado congelados desde comienzos de los años cincuenta.

Esto se vincula con un elemento considerado decisivo en la ideología sindical peronista: el supuesto compartido por dirigentes y bases, que consideraba que la función del gremio iba más allá de la negociación de salarios, asumiendo por un lado contornos políticos en la vinculación con el aparato decisorio del estado, por el otro funciones de política social en apoyo de las condiciones de vida y bienestar de sus adherentes. En el período 1962-66 se advierte una tendencia a destacar los programas sociales puestos en marcha por los sindicatos. Las organizaciones obreras se proyectan como entidades de servicio que proporcionan a sus adherentes toda una gama de beneficios en ese campo.

En ese contexto se producirá un segundo momento de intervención estatal en el sistema de servicios de salud, ubicado en la coyuntura crítica señalada por el fracaso político del proyecto Onganía y su reemplazo por la política «acuerdista» protagonizada por General Lanusse.

Tratando de ubicar los cambios sectoriales en sus coordenadas históricas, recordemos que el onganato produce una formulación extremadamente ambiciosa de sus políticas sociales, puesta de manifiesto en la creación de un Ministerio de Bienestar Social que incluía entre otras la Secretaría de Salud, a cargo de Ezequiel Holmberg. Este, apoyado por un grupo de sanitaristas de cierto prestigio, intenta poner en marcha un programa de reorganización de las instituciones del sector, conforme a las pautas técnico-organizativas elaboradas desde organismos internacionales como

O.P.S./O.M.S., que parecen haber gozado de aceptación generalizada en los medios sanitarios locales.

Ese programa, de orientación técnico-modernizante, no podía dejar de considerar la situación potencialmente explosiva en que se encontraba la financiación de la atención médica para importantes grupos de trabajadores, a cargo de un conjunto heterogéneo de obras sociales y mutualidades, con regímenes extremadamente variados de prestaciones, brindadas sólo en parte a través de servicios propios y de manera cada vez más significativa contratadas al sector privado con intermediación de las corporaciones profesionales. La contratación de servicios con los organismos gremiales médicos, que había comenzado a generalizarse a mediados de los años cincuenta, resultaba fuertemente connotada por una decidida estrategia del sector profesional dirigida a conformar un verdadero oligopolio de la oferta de servicios. Aunque estas condiciones de hegemonía de la oferta en la negociación de los contratos estaban circunscriptas a determinadas áreas, existía un generalizado reconocimiento de que el sistema de pago por acto médico - al que se veían obligadas a adherir creciente número de instituciones - estaba dificultando seriamente la viabilidad financiera de las integrantes más débiles del sistema.

La intervención de la Secretaría de Estado era doblemente previsible: por un lado, desde el imperativo tecnocrático que procura introducir racionalidad a un sistema caracterizado por la multiplicidad de instituciones y lógicas organizativas, la dispersión de beneficiarios, el otorgamiento arbitrario de beneficios, la asignación ineficiente de recursos y el seguramente débil impacto sobre las condiciones de salud/enfermedad que supuestamente debía resguardar; por el otro, desde el imperativo político de cooptación de las organizaciones populares, en función de contrarrestar la manifiesta hegemonía del sector profesional privado en el control de la oferta de servicios, que

amenazaba poner en peligro la misma continuidad del sistema.

Conforme a los parámetros del modelo de planificación que se afirma como hegemónico en la década, la Secretaría a cargo de Holmberg realiza un diagnóstico de tales instituciones y decide una estrategia basada en la intervención reguladora del estado sobre ese conjunto que se caracteriza, en términos decididamente negativos, como una heterogénea estructura con desarrollo inorgánico. La idea que priva en las esferas de la Secretaría de Salud Pública es culminar el proceso de reorganización con la definición de un ordenamiento financiero y administrativo uniforme, agrupando a las diferentes instituciones en una entidad única organizada a nivel de cada provincia y la capital federal, y garantizando a sus beneficiarios prestaciones uniformes, con una orientación prioritaria de los recursos hacia la cobertura de atención médica.

Las primeras medidas, destinadas a facilitar el saneamiento financiero de las obras sociales y mutualidades, son dirigidas a regular el costo de los servicios contratados al sector privado, proponiendo la fijación de aranceles y pautas de contratación uniformes a nivel nacional y estableciendo normas administrativas de cumplimiento obligatorio.

La iniciativa cuenta en un primer momento con la adhesión de las obras sociales y mutualidades, indudablemente favorecidas por la sanción de leyes que establecen el congelamiento primero y luego la homogenización a nivel nacional de los aranceles aplicados a las prestaciones de atención médica. Sin embargo, cuando se trata de avanzar en la regulación de las pautas administrativas utilizadas en las propias instituciones y conformar grupos de trabajo para acordar contratos tipo, nomenclaturas y aranceles uniformes, la reticencia ante el avance estatal se pone de manifiesto de manera prácticamente generalizada. Las condiciones de la negociación cambian de manera abrupta cuan-

do la representación de los intereses de estas entidades es asumida por la Confederación General del Trabajo.

Un largo y en ocasiones enconado conflicto enfrenta a las instituciones del sector entre 1968 y 1972. La Confederación Médica (COMRA), organismo gremial, la Confederación de Clínicas y Sanatorios (CONFELISA) que nuclea a las instituciones con internación, la C.G.T. y diferentes Secretarías de los Ministerios de Bienestar Social y Trabajo, se vinculan en una compleja red de negociación y enfrentamiento que culmina con la institucionalización del sistema de obras sociales a través de la ley 18.610 y un frustrado intento de afirmación del protagonismo del estado en la regulación de los contratos entre prestadores y entidades financiadoras, que se concreta en las disposiciones de la ley 19.710.

La intervención del estado, orientada por la necesidad de ordenar y homogeneizar un sistema caracterizado por condiciones de fragmentación y heterogeneidad y, por tales características, portador de ineficiencia e inequidad en las prestaciones sociales colocadas bajo su cobertura, fracasa en la mayor parte de los objetivos que se propone.

Si bien logra apuntalar la potencialidad negociadora de las obras sociales, reforzada por la representación otorgada a la central obrera, no consigue impedir la concreción del oligopolio en la oferta de servicios en manos de las corporaciones profesionales.

Tanto la Confederación Médica como la Confederación de Clínicas y Sanatorios se ven obligadas a aceptar un sistema de concertación de honorarios entre las partes interesadas, con el arbitraje del estado para los casos en que no fuera posible su resolución consensuada, situación excepcional que con la emergencia del autoritarismo se transformará en regla. Sin embargo consiguen, al mismo tiempo, limitar sus concesiones a esa esfera. El sistema de contratos se generaliza, pautado sobre la libre elección y el pago por acto médico, y apoyado sobre los recursos técnico-

organizativos que la profesión había desarrollado en la década precedente: nomencladores, contratos tipo, normas de acreditación y sistemas administrativos.

De los dos imperativos que identificamos como fundamento de la intervención estatal, el técnico-organizativo y el político, termina privando el segundo y el sistema de servicios se convierte en prenda de negociación con el sindicalismo. El decidido apoyo estatal que abre un espacio para la presencia de la C.G.T. en la negociación relativa al sector, debilita la anterior hegemonía de las corporaciones profesionales, pero no la reemplaza por la intervención ordenadora de una instancia técnico-política. Pasadas las convulsiones derivadas del enfrentamiento por definir la posición relativa de cada uno de los protagonistas en la distribución de poder interna al sector, la expansión del sistema a partir de la inclusión de toda la población en relación de dependencia y la prosperidad que acompaña la afirmación de esa modalidad de relación interinstitucional en la década subsiguiente, apoyan la consolidación de un modelo de organización del sistema basado en la relación entre corporaciones con muy débil presencia de la instancia estatal reguladora.

(Belmartino y Bloch, 1994; Belmartino, 1995)

Si las bases históricas del sistema de servicios se asientan sobre la particular relación estado/sociedad que articula el primer peronismo, la inestabilidad política que se instala en el país como consecuencia de su caída y del régimen excluyente que imponen las fuerzas políticas y sociales que se constituyen como sus opositores, termina por sancionar definitivamente la dependencia entre las bases de organización y financiación de los servicios de atención médica y las características del sistema político.

En las dos décadas siguientes fracasarán todos los intentos de reorganizar el sistema de obra sociales. La propuesta del peronismo en 1973, orientada a conformar un Sistema

Nacional Integrado de Servicios de Salud; la posterior estrategia diseñada por las Fuerzas Armadas bajo la dictadura militar y expresada en la sanción de la ley 22.269, que careció de viabilidad política; el proyecto de Seguro de

Salud, respaldado por la administración alfonsinista, constituyen reiterados ejemplos de la resistencia del sistema frente a la pretensión reguladora del aparato estatal.

INCENTIVOS «PERVERSOS» Y CRISIS DEL SISTEMA

La enorme dispersión de beneficiarios que supone el mantenimiento de la relación entre obras sociales y sindicatos no sólo conspira con la eficiencia en la utilización de los recursos sino constituye el principal factor de desigualdad en el acceso a la cobertura, ya que la distribución de las contribuciones depende de la masa salarial y el salario real relativo de cada rama productiva. Las consecuencias negativas para los grupos de trabajadores de menor ingreso debían, en la lógica de la ley 18.610, compensarse mediante la aplicación de un Fondo de Redistribución, constituido por aportes de la totalidad de las instituciones, que subsidiaría aquéllas con menores recursos per capita o que tuvieran que enfrentar déficits circunstanciales. Sin embargo, la información disponible indica que el Fondo no cumplió con este objetivo redistributivo y la asignación de sus subsidios se rigió también por lógicas políticas o clientelísticas. (Belmartino, 1988; Lerner, 1988)

Por otra parte, la asignación de los fondos con destino a la financiación de prestaciones resultó fuertemente dependiente del modelo prestacional organizado en torno a la contratación con las grandes corporaciones del sector privado. El pago por prestación o acto médico ya realizado se convierte en modalidad hegemónica de retribución de la práctica profesional. Los precios relativos son regulados por el Instituto Nacional de Obras Sociales a través del Nomenclador Nacional, estableciendo el valor del galeno (tradicional unidad de pago utilizada como base para calcular los honorarios profesionales y prestaciones sanatoriales).

En las condiciones de crisis financiera que comienzan a manifestarse a fines de los

años setenta, este modelo prestacional genera a nivel micro, en la racionalidad de cada prestador, una conducta que intenta eludir el tope establecido en la remuneración de su trabajo o producción de servicios mediante la facturación de prácticas no realizadas, el aumento del número de prestaciones innecesarias o el cobro de un arancel diferencial (plus) a los usuarios.

Regulado por esa lógica, el flujo de recursos en el interior del sistema se enmarca en un proceso que ha sido caracterizado como «puja distributiva». El respectivo diagnóstico da cuenta de la presencia, en un contexto inflacionario, de distintos sectores que presionan sobre la estructura de prestaciones con la intención de maximizar su participación en los ingresos totales del sistema.

Esta es la consecuencia crítica de un modelo prestacional basado en el desarrollo del sector privado, dotado de un marco regulatorio débil, sólo focalizado en la especificación de la «forma» del pago por prestación, con todos los instrumentos requeridos para su implementación, pero dotado de muy escasa voluntad política para controlar efectivamente la gestión de los contratos.

De ello resultaría la construcción de un modelo de atención médica fundado en la libertad de prescripción, libertad de elección del médico por el paciente e incorporación de tecnología regulada por las expectativas de rentabilidad del mercado y no por criterios asistenciales que respondan a las necesidades y dimensiones de la demanda.

Este modelo de organización del sistema de atención médica será responsable de una tendencia creciente de costos, donde la racio-

alidad de cada unidad prestacional, junto a la ausencia de reales mecanismos de regulación por parte del estado, y la escasa capacidad de negociación, gerencia y control de gestión de las obras sociales, construyen una dinámica de crisis financiera recurrente. (Báscolo y Belmartino, 1995)

Impactado el sistema de obras sociales por esa lógica de incentivos «perversos» multiplicó en los años 80 las manifestaciones de crisis. Los aspectos financieros de esta crisis se revelan tanto a nivel del ingreso de las instituciones como en los gastos que deben realizar para garantizar la cobertura de salud de su población beneficiaria. La depreciación del salario real, la contracción del empleo asalariado y el consiguiente aumento del trabajo por cuenta propia, el incumplimiento por parte de los empresarios de sus obligaciones relacionadas con el pago de aportes y la difusión de la costumbre de pagar «en negro» una parte del salario de bolsillo de los trabajadores, contribuyeron de manera difícil de precisar a una caída sensible de los recursos globales de las obras sociales, atemperada sólo en parte por el mayor porcentaje de las contribuciones que sancionó la ley 23.660/89.

Acompañando la crisis financiera se advierte también una crisis de los valores que sustentan el sistema. La defensa del modelo profesional múltiple, tal como se desarrolló en nuestro país, se ha basado tradicionalmente en las virtudes del pluralismo, el reforzamiento de las instituciones intermedias y en una confianza a veces ingenua a veces interesada en la posibilidad de corregir deficiencias que llevaban a la desigualdad en el acceso a la atención. Sin embargo, como hemos visto, ni la acción redistributiva del I.N.O.S. ni su capacidad reguladora y normatizadora se han mostrado eficaces para reducir la heterogeneidad del sistema o sus injusticias más flagrantes.

Otros elementos que permiten pensar en una ruptura de los principios que dan fundamento al sistema se relacionan con actitudes individuales y grupales por parte de los presta-

dores de atención médica. Hace ya más de una década que comenzó a desarrollarse la práctica de exigir del paciente un pago adicional, «plus», en el momento de efectivizarse la prestación. Sin embargo esta nueva barrera a la accesibilidad igualitaria sólo se generalizó en los últimos años.

Originariamente se trató de una actitud desaprobada por las organizaciones gremiales médicas y puesta en práctica a título puramente individual, más tarde se convirtió en un recurso generalizado para reparar la caída de los valores fijados por el I.N.O.S. al trabajo médico, llegando a ser legitimado por los organismos profesionales que originariamente habían repudiado su incorporación.

Este tipo de recursos revela a mi juicio una creciente desconfianza por parte de los prestadores en la capacidad de las obras sociales para continuar financiando la modalidad de práctica generalizada, y contribuyen a limitar el acceso a la atención de los beneficiarios con menores recursos, pero no implican en sí mismos la ruptura del sistema, aunque contribuyen decididamente a su crisis.

Por el contrario, la actitud de determinados grupos de especialistas (como los anestesiólogos y urólogos en algunas provincias), que optaron por cortar todo tipo de relación contractual con la Seguridad Social, obligando a las obras sociales a introducir mecanismos de reembolso por el gasto hecho por sus beneficiarios, supone un explícito rechazo a las reglas de juego propias del sistema y un fuerte límite a sus posibilidades de superar la crisis financiera que motiva tales actitudes de ruptura.

En realidad, tanto el plus como la negativa formulada desde algunas especialidades críticas a seguir operando bajo las reglas que estructuraron el pacto corporativo sectorial constituyen tan sólo indicadores de la puja distributiva que se ha generado en los últimos años en el interior del sector.

Al respecto es indispensable señalar que el análisis de la morfología de los mercados de

servicios médicos, servicios sanatoriales y productos farmacéuticos, realizado por Jorge Katz y Alberto Muñoz, puso de manifiesto la interdependencia existente entre los mismos y la pugna distributiva que se desarrolló a lo largo de los años 80 entre los grandes grupos prestadores, que compiten entre sí por cierta masa de recursos cuya transferencia en una u otra dirección ocurre por vía del sistema de precios.

En opinión de los autores, este diagnóstico explicaría una serie de prácticas puestas en marcha por diferentes prestadores -sobreprestación en materia de consultas y prácticas médicas, uso excesivo de medicamentos, sobrefacturación de insumos, tasas de cirugía anormalmente elevadas, etc. Estas conductas constituirían la respuesta de los diferentes agentes prestadores, orientada a atemperar el impacto individual de la crisis financiera a través de acciones destinadas a mantener o acrecentar la cuota apropiada por cada uno del total de los recursos que circulan en el interior del sector. Y en consecuencia concluyen: es el conflicto distributivo y no las necesidades médico-asistenciales de la población lo que está determinando las pautas de funcionamiento del mercado de la salud, ante la creciente falta de capacidad regulatoria por parte de la autoridad pública (Katz y Muñoz, 1988)

En un trabajo reciente (Báscolo y Belmartino, 1995) intentamos profundizar ese análisis, procurando articular a la lógica de los mercados los incentivos presentes en las relaciones interinstitucionales que regulan la racionalidad de los diferentes agentes. Por esta razón preferimos ubicar en un segundo plano de análisis las dimensiones de la oferta y la demanda y su disponibilidad financiera, otorgando mayor atención a las formas institucionales que adoptan dicha oferta y demanda, y las modalidades contractuales que definen la relación entre ellas.

Nuestra hipótesis, como ya se adelantó, supone que componentes como la modalidad de pago, la estructura de aranceles, la estruc-

tura de incentivos, la distribución del riesgo financiero y económico entre los agentes participantes, el diseño del sistema de información, los mecanismos de control de gestión y el desarrollo gerencial constituyen en su conjunto un «modelo prestacional» cuya lógica se agota rápidamente al cerrarse la coyuntura favorable, estimulando la transformación del sistema.

El pago por prestación, la débil estructura de control de gestión por parte de las obras sociales, un diseño y flujo de información incapaz de monitorear sistemáticamente los indicadores de consumo y el gasto generado, una estructura de aranceles motivadora de la incorporación de alta tecnología de diagnóstico y terapéutica, pusieron en escena las condiciones necesarias para la generación de una alta tasa de ganancia.

Esta representó el incentivo fundamental no sólo del crecimiento de la capacidad instalada sino de un modelo organizacional basado en los patrones liberales de atención médica. Conforme a ellos, el desarrollo de subespecialidades y el fuerte protagonismo de la aparatología médica -no existiendo mecanismos de coordinación, racionalidad en su asignación o normatización de sus repercusiones sobre el proceso de trabajo de la práctica médica- carecieron de cualquier contención más allá de la capacidad de pago de la demanda. La tendencia de costos prestacionales crecientes será consecuencia inmediata de una situación con oferta en expansión junto a la ausencia de los medios regulatorios del estado y el débil desarrollo gerencial de las instituciones financieras.

Este proceso conduce a un estado de saturación en la oferta del sistema prestacional. Resulta imposible mantener financieramente la estructura prestadora en aumento. Esta situación se potencia al combinarse con la agudización de la crisis financiera del sistema de obras sociales. Como consecuencia inmediata se reduce la tasa interna de retorno de las respectivas unidades de producción y las conocidas conductas de sobrefacturación y

sobreprestación se transforman en recursos necesarios para conservar las estructuras productivas existentes.

Todas estas falencias agravan las restricciones a la accesibilidad inherentes al modelo y agudizan la crisis. La lógica del sistema se torna cada vez en mayor medida concentradora y excluyente. Y la exclusión no afecta solamente a los sectores más débiles de la población beneficiaria sino también a los prestadores que carecen de los recursos organizativos que posibilitan la introducción de este tipo de conductas.

Es fácil comprender, tras esta descripción, que la crítica que se formula al sistema de obras sociales cuando se propone su desregulación con el objeto de hacerlo más transparente y más competitivo haya arraigado con tanta facilidad en la opinión pública y en buena parte de los círculos intelectuales interesados en la operatoria del sector. Sin embargo, se hace indispensable señalar que la causas del deterioro no dependen exclusivamente de la lógica de vinculación entre oferta y demanda. A ella

se agrega una crisis de legitimidad a partir de la constatación de que este modelo organizativo no defiende los valores que sustentaron su desarrollo. La ineficiencia en la administración de las prestaciones, el despilfarro en el manejo de recursos, la derivación de fondos hacia gastos que poco tienen que ver con las necesidades de atención de los beneficiarios, los episodios de corrupción que llegan al debate público, constituyen elementos críticos que no se ubican en la relación necesidades/recursos, sino en las representaciones colectivas vinculadas con las formas institucionales y los actores sociales que las representan.

En consecuencia, las críticas generalizadas a la existencia de una «clientela cautiva» de las obras sociales, aunque están muy lejos de agotar las verdaderas dimensiones del problema, no pueden ser entendidas como «recurso ideológico» de aquéllos interesados en privatizar las fuentes de financiamiento. Muy por el contrario, forman parte de la experiencia cotidiana de múltiples agentes y usuarios de la cobertura que brindan.

LOS CAMBIOS EN PROCESO.

La crisis financiera se agudiza a partir de comienzos de la década de 1980, y a partir de los períodos de hiperinflación y gran inestabilidad que Argentina vive en 1989 y 1990, comienza a ponerse de manifiesto un nuevo perfil en los modelos de organización vigentes. Algunos cambios menores que se habían procesado en los años 80 como un intento de adecuar los modelos tradicionales a las condiciones de la crisis financiera, comienzan a estabilizarse y paulatinamente se convierten en el fundamento de nuevas modalidades de organización y financiación de las prestaciones de atención médica.

Los cambios se manifiestan en primer lugar en las áreas geográficas más dinámicas y para un porcentaje importante de los recursos financieros comprometidos. La fecha del comienzo de tales cambios es relativamente

imprecisa y no hay acuerdo entre los actores con presencia en el sector en relación a los factores que estimularon su puesta en marcha.

En efecto, todos acuerdan en el impacto de la crisis financiera de los años 70. En esta década las instituciones del sector salud sufrieron las consecuencias de la crisis fiscal del estado, el retroceso de la población económicamente activa trabajando en relación de dependencia, la disminución de la masa salarial y por consiguiente del volumen de contribuciones a las instituciones de la seguridad social.

Esas condiciones se prolongaron a lo largo de los años 80 y en el interín se produjeron dos intentos, igualmente fallidos, de reorganización sectorial a través de la intervención normatizadora del aparato estatal. Dos ambiciosos proyectos transformadores, sancionados a partir de la ley n° 22.269 de 1980, y las

23.660 y 23.661 de 1988, intentaron eliminar los elementos más disruptivos presentes en el sistema de obras sociales, y fracasaron cuando se trató de la implementación de sus decisiones. En lo relacionado con el subsector público, las políticas de descentralización hospitalaria se discuten más o menos en el mismo lapso, con resultados relativamente pobres.

Los cambios, tal como ya se señaló, empiezan a ponerse de manifiesto como estrategias de superación de la crisis financiera a lo largo de los 80, en particular en el área de la seguridad social. Su profundización en los últimos años permite sustentar una hipótesis de reconversión general del sistema sobre nuevas bases organizativas.

Los análisis relacionados con los factores promotores de las nuevas estrategias que se ponen en marcha a comienzos de los años 90, divergen en la medida que algunos enfatizan las crisis hiperinflacionarias de 1989 y otros focalizan su atención en los decretos de desregulación que se sancionan a posteriori, como parte de la política sectorial del poder ejecutivo.

Esa diferencia no carece de importancia para una perspectiva de mediano plazo. Poner como punto de partida las crisis hiperinflacionarias de 1989 y sus consecuencias en el nivel de lo social, lo económico, lo político, lo cultural, supone pensar en un sistema de servicios cuya dinámica depende fundamentalmente de las condiciones de la esfera socio-política. Un sistema que ha ido creciendo y desarrollándose con relativa independencia de las decisiones tomadas en las instancias del estado, adecuándose a las expectativas, los intereses, la capacidad de liderazgo y de gestión de diferentes actores institucionales, ubicados tanto en el interior del aparato estatal como en las organizaciones intermedias de la sociedad civil y en el sector empresarial privado. En tal perspectiva también se dará importancia a la índole y magnitud de los conflictos presentes entre tales agentes y las modalidades de su resolución, incluyendo la capacidad de arbitraje de la instancia estatal.

Por otro lado, tomar como punto de partida la decisión estatal de desregular el sistema de obras sociales, en cambio, supone atribuir al estado una capacidad de orientar la dinámica del sector salud que sería inédita en la evolución histórica del mismo. Las dificultades políticas que ha atravesado el proceso de desregulación son vistas en esta perspectiva como limitantes a ser superadas en el mediano plazo, y la orientación de los cambios como afirmación de la intención racionalizadora que orientó la política desregulatoria.

Optar por la primera línea interpretativa, no significa restar importancia a los anuncios de una futura política de desregulación del sistema. Esta sin duda operó en las expectativas de sus principales actores, que encontraron en la disposición favorable de los sectores con liderazgo en el interior del aparato estatal un espacio que favoreció el desarrollo de nuevas estrategias de mercado.

Es en el área de la contratación de servicios con el sector privado por parte de las obras sociales donde los cambios han adquirido mayor dinamismo y permiten proyectar nuevos modelos organizativos para el corto y mediano plazo.

Tres factores relativamente vinculados entre sí han servido de instrumento para la implementación de modalidades innovadoras en la contratación de las prestaciones dirigidas a los beneficiarios del sistema de obras sociales. Son ellos las técnicas de facturación sobre la base de valores globalizados o módulos, la contratación de prestaciones sobre la base de pago por «cápita» y el traspaso del riesgo financiero al conjunto de los prestadores o a las entidades intermediarias, según las modalidades de contratación utilizadas en cada caso.

El primero de los factores mencionados se vincula con la incorporación de técnicas de globalización en la facturación de prestaciones sanatorias. La incorporación de módulos, en algunos casos referidos al tratamiento de determinadas patologías, en otros simplificados hasta cubrir un conjunto de prestaciones asociadas a la unidad «cama», permitió a las

instituciones sanatoriales el abandono de la antigua modalidad de facturación por prácticas y tomó viable la incorporación de contratos capitados. Esto significa el comienzo de una profunda transformación en los mecanismos de contratación entre entidades financiadoras y prestadores de servicios. Y por lo tanto la creación de una nueva estructura de incentivos, de control y de sistemas de información que recrean la racionalidad de los actores del sector, e incorporan una lógica de riesgo empresarial, adaptándola a las condiciones específicas de cada modelo.

Este tipo de retribución de las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios significó para las obras sociales la posibilidad de superar la grave crisis financiera por la que atravesaban. En primer lugar, la cápita permite una mejor programación de la utilización de los recursos disponibles, ya que la entidad recaudadora conoce de antemano el costo futuro de la atención de sus beneficiarios en el lapso contratado. Además, la incorporación de la cápita supone para la obra social liberarse del riesgo financiero derivado de la sobreprestación y sobrefacturación, trasladándolo a la entidad que toma a su cargo el contrato y con éste la responsabilidad derivada de la gestión de los valores capitados.

A estas innovaciones vinculadas a las modalidades contractuales de retribución de servicios de atención médica se suma la diversificación de las instituciones contratantes. Hasta fines de los años 80 tales contratos se canalizaban en forma predominante, en particular en las jurisdicciones provinciales, a través de las corporaciones de prestadores que actuaban como representantes de la totalidad de las instituciones y profesionales actuantes en cada jurisdicción. La Capital Federal y el Gran Buenos Aires eran las únicas jurisdicciones donde esa regla era frecuentemente transgredida a través de contrataciones cerradas entre algunas obras sociales y determinados sanatorios.

La agudización de la crisis financiera de las obras sociales, la saturación relativa de la

oferta de servicios, los fenómenos hiperinflacionarios, la introducción de las contrataciones por cápita y el anuncio de la política de desregulación facilitaron el gradual abandono de esta lógica de vinculaciones corporativas bajo modalidades contractuales establecidas por el ANSSAL (1), y su sustitución progresiva por una lógica de gestión empresarial que ha comenzado a transformar sensiblemente las posiciones relativas de cada uno de los actores con presencia en el mercado de servicios de atención médica.

El primer fenómeno observable fue la fragmentación de las corporaciones sanatoriales. Los sanatorios con mejor posicionamiento en el mercado o mejor contacto con las organizaciones financiadoras abandonaron los acuerdos corporativos y comenzaron a contratar prestaciones con valores capitados. Se formaron así las primeras redes, bajo las formas jurídicas de Unión Transitoria de Empresas (UTE), Asociación de Cooperación Empresarial (ACE) o, directamente, Sociedades Anónimas. En tales asociaciones un grupo de prestadores asume la gestión de un contrato con determinada obra social para otorgar prestaciones integrales a sus beneficiarios y completa la capacidad instalada indispensable a partir de subcontrataciones.

Sobre la base de estos primeros acuerdos entre prestadores orientados a asegurar la captación de la demanda de servicios de los beneficiarios de las obras sociales, se generarán más tarde empresas orientadas hacia la intermediación directa. Se trata aquí de las Empresas Administradoras de Prestaciones, que pueden contar a determinados prestadores entre sus accionistas, pero manejan sus negocios con una racionalidad diferente. Ya no se trata de canalizar la demanda en beneficio de determinada capacidad instalada o ciertas instituciones prestadoras de servicios; por el contrario, el control de determinada oferta de servicios de atención médica a nivel local o subregional es sólo un instrumento para el logro del objetivo prioritario de la organización: la generación de beneficios a través de la

intermediación entre oferta y demanda de prestaciones. La intermediación supone la afirmación de una concepción de riesgo empresario en la administración de prestaciones de salud y puede estimular técnicas de auditoría y control que introduzcan mayor eficiencia en la gestión de la oferta.

Un rol sin duda central en la nueva modalidad de contratación correspondió a aquellos dirigentes sindicales que aceptaron la necesidad de incorporar nuevas modalidades de contratación y transformar la administración de las instituciones a su cargo adaptando modalidades de gestión empresarial. La posibilidad de controlar una cantidad significativa de beneficiarios y canalizarlos hacia determinados prestadores sobre la base de un pago *per capita*

facilitó la negociación de los valores respectivos hasta adecuarlos a la capacidad de pago de las instituciones recaudadoras.

Por último, también ha experimentado una sensible ampliación el mercado vinculado a las diferentes modalidades de pre-pago. En la actualidad se estima a nivel nacional la presencia de 200 instituciones, con aproximadamente 2.400.000 beneficiarios y un total de ingresos cercano a los 2.000 millones de pesos. Algunos observadores y protagonistas de las transformaciones en curso consideran posible en el mediano plazo la formulación de algún tipo de articulación entre las administradoras de sistemas de pre-pago y las redes o empresas que han tomado a su cargo la administración de prestaciones.

EL PANORAMA EN EL INTERIOR DEL PAÍS

Los cambios sucintamente descriptos no se verifican de manera homogénea ni acusan el mismo ritmo innovador en las diferentes realidades provinciales. Se iniciaron y afianzaron en los núcleos más densamente poblados de la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, rápidamente alcanzaron la provincia de Buenos Aires, Córdoba, el sur de Santa Fe, regiones relativamente similares en cuanto a densidad poblacional e ingreso medio, produciendo en cada una de estas subregiones configuraciones específicas. En el resto del país las transformaciones en curso registran también para cada provincia modalidades particulares, que sólo extremando la esquematización podrían considerarse como estadios intermedios en un proceso de transición hacia una futura homogeneidad de condiciones.

Parte de la heterogeneidad existente en el interior del país se relaciona con las diferentes condiciones del subsector público en las distintas jurisdicciones en lo relativo a capacidad instalada, actualización técnico-operativa y cobertura poblacional. También puede reconocerse una penetración diferencial de los sistemas de pre-pago. Pero las mayores dife-

rencias en cuanto a modelos organizativos derivan de las modalidades de contratación con obras sociales. Las situaciones posibles, esquemáticamente presentadas serían las siguientes:

- obras sociales que contratan las prestaciones para sus beneficiarios a través de las corporaciones de prestadores, según la modalidad tradicional de libre elección del médico y pago por prestación. Los valores del respectivo nomenclador ya no son uniformes y establecidos por la ANSSAL, sino fruto de convenio entre partes.

- obras sociales que contratan las prestaciones para sus beneficiarios a través de las corporaciones de prestadores sobre la base de valores capitados. Las corporaciones a su vez reembolsan las prácticas efectivizadas por sus miembros sobre la base del pago por prestación, transfieren a los mismos el riesgo financiero a partir de la aplicación de índices y otros mecanismos de adecuación de los valores al consumo y utilizan diferentes técnicas regulatorias para orientar las modalidades de práctica.

- obras sociales que contratan las presta-

ciones para sus beneficiarios con redes de prestadores organizados en UTEs, ACEs o S.A. sobre la base de valores capitados. Las redes a su vez subcontratan con otros prestadores la capacidad instalada necesaria para el cumplimiento de los contratos. Según las condiciones de cada convenio las redes pueden asumir como propio el riesgo financiero o trasladarlo a través de diferentes mecanismos, a los diferentes prestadores. Han desarrollado técnicas de auditoría para desalentar la sobreprestación.

- obras sociales que contratan las prestaciones para sus beneficiarios a través de empresas locales vinculadas con diferentes grados de autonomía a las Empresas de Administración de Prestaciones, que actúan en la Capital Federal y están en condiciones de vehicular esas contrataciones para los beneficiarios de las grandes obras sociales nacionales en el interior del país.

La cuestión a debatir en este punto es si tales modalidades de contratación configuran en la actualidad o pueden llegar a configurar en el corto plazo modelos alternativos de organización de servicios, o se trata meramente de formas diferenciales de articulación entre oferta y demanda en el interior de la seguridad social médica.

La hipótesis que defiende en esta ponencia es que se está en presencia de la conformación de nuevos modelos de organización de atención médica. Cada una de las modalidades descritas representan manifestaciones de este proceso en formación.

Cada modelo se identifica a partir de factores diferenciales tanto en términos financiero-económicos, de gestión, de la organiza-

ción del proceso del trabajo del profesional médico, como de accesibilidad a los servicios.

Igualmente, cada modelo estimula o desestimula el desarrollo de formas de organización de la práctica médica, que remiten a aspectos tales como la relación médico-paciente, el perfil prescriptivo, la incorporación y desarrollo de tecnología, las relaciones institucionales entre médico y unidad prestacional, y todos aquellos elementos que orientan la conducta del profesional.

Estas observaciones vinculadas a la lógica interior de cada uno de los modelos organizativos en formación se orientan a fundar una hipótesis sobre la génesis de nuevos mecanismos regulatorios de las prácticas del sistema. Estos mecanismos no operan ya desde el nivel macro de la intervención estatal o la generación de contratos uniformes propios de la lógica intercorporativa, sino desde un nivel intermedio, *meso*, definido por la racionalidad política, económica y gerencial de cada una de estas formas organizacionales, que en general comprometen a dos o más instituciones.

El principal rasgo que ilustra la introducción de esta nueva racionalidad remite a las estructuras organizacionales de estas instituciones, donde comienzan a generarse sistemas de información, análisis de estructuras de costos, y mecanismos de control de gestión que expresan un nuevo modelo gerencial todavía en formación. Un papel fundamental ocupan en este lugar las denominadas tecnologías blandas, con la utilización de sistemas de información y comunicación, y la adopción de otros mecanismos integrantes de las nuevas tecnologías de gestión.

EL NIVEL DE ANÁLISIS MACRO: CONTRADICCIONES POLÍTICAS EN LA ARGENTINA MENEMISTA

La reorganización del sistema de obras sociales a fines de los años 80 y comienzos de los 90 se presentó en el debate público extremadamente antagonizada en opciones pola-

res: *solidaridad vs. mercado*. Los protagonistas del pacto corporativo asumen como propio el estandarte de la solidaridad, abandonando rencillas y acusaciones públicas que los enfren-

taban con bastante dureza, cuando se hace presente la amenaza común que significa el interés del Banco Mundial y de los grandes grupos financieros en la financiación del sistema de atención médica.

En efecto, la gran ofensiva neoliberal se produce en torno a la 7ª Convención de la Asociación de Bancos Argentinos (ADEBA), reunida en Buenos Aires en agosto de 1991, que dedica parte de sus deliberaciones al tratamiento de la reorganización de los Sistemas de Seguridad Social y, muy en particular, a un proyecto de reorganización del sistema de atención médica presentado por la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (F.I.E.L., 1991).

El proyecto, que parece inspirarse en el sistema de salud chileno, tiene una significativa repercusión periodística, y muy rápidamente se convierte en eje del debate sobre la reformulación de las obras sociales.

El interés de la Asociación de Bancos Argentinos por la reforma de las leyes de Seguridad Social se vincula sin duda a la puesta en marcha del Plan de Convertibilidad, que constituyó un indicador significativo de la decisión del Ministro Cavallo de llevar adelante su política de estabilización, y la subsiguiente aprobación del Decreto de Desregulación Económica, nº 2284/91. En sus considerandos se señala que el Poder Ejecutivo asume competencias legislativas, «urgido por la necesidad de liberar a los habitantes de las restricciones al ejercicio de sus derechos y garantías constitucionales, que a través de regulaciones establecieron un sinnúmero de limitaciones a los derechos de comerciar, trabajar y ejercer industria...». No resulta demasiado aventurado especular que el capital financiero consideraba la posibilidad de integrar este nuevo rubro a sus actividades, que en ese momento sufrían las limitaciones propias de la necesaria adecuación a las nuevas condiciones de estabilidad y al retroceso del estado como tomador de crédito en el sistema bancario.

El impulso desregulador, sin embargo, no llega a las obras sociales. El primer proyecto de

ley, presentado al Congreso en febrero de 1992, y originado en funcionarios del Ministerio de Economía, es seguido por borradores de acuerdos y proyectos de decreto, pero la ofensiva siempre termina siendo resistida por la conducción sindical y sus aliados en el interior del gobierno.

La filosofía de ese primer proyecto y de los intentos de acuerdo que le suceden, se basa en la idea de que la libre elección de los beneficiarios estimulará a las obras sociales que estén en condiciones de sanear su administración a mantener y reforzar su presencia en el sistema. La necesidad de competir induciría el ajuste de la relación entre prestatarias y prestadores en un régimen basado en la libertad de contratación.

Como he intentado demostrar en el apartado anterior, esa dinámica se ha producido espontáneamente, sin ninguna regulación ni supervisión del estado, sin beneficios aparentes para la masa de beneficiarios, conmovida esporádicamente por denuncias de corrupción, escándalos, retornos, ruidosas manifestaciones de jubilados, quiebras estrepitosas de obras sociales de personal jerárquico, etc. etc. La importancia de la sumas en juego, la significación de la enfermedad en las representaciones colectivas y el abandono de la función estatal de control en un área en la que no es posible confiar a priori en un mercado regulado por consumidores informados, ha introducido al sector en un torbellino de acuerdos de muy corto plazo, negociaciones reiteradas, continua revisión de alianzas, desvío de fondos con destino oscuro, lobby permanente y relaciones esquizofrénicas de los actores con capacidad de llegada ante un aparato estatal dividido por una puja interna cada vez más notable.

Si se quiere ubicar el análisis a nivel macro, no es posible dejar de reconocer como trasfondo de los procesos reseñados el debilitamiento de las corporaciones en el sistema de relaciones estado/sociedad, y en particular las divisiones internas y pérdida de poder relativo de la organización sindical. Es en ese marco que debe integrarse el proyecto de desregula-

ción.

En ese sentido, me gustaría incorporar algunas reflexiones de un trabajo reciente de Ricardo Sidicaro (1995) que en parte sintetizan la perspectiva que quiero defender aquí. Se señala en primer lugar en ese texto que la competencia entre el subsistema de partidos y el subsistema de representación corporativa fue una característica del sistema de político argentino durante las últimas décadas. En esa lógica se inscriben en el interior del sector salud las relaciones que he caracterizado como pacto corporativo. El paulatino debilitamiento de la modalidad corporativa de representación de intereses ante al aparato estatal, reconocible tanto a nivel general como sectorial acompañan la ruptura de ese pacto y la relativa disolución de la fuerza de las corporaciones en la contratación de las prestaciones de salud.

Sidicaro asocia luego el debilitamiento del poder corporativo en la representación de intereses ante el estado con la disminución de la vocación reguladora de su aparato en el campo de la economía y la decisión a permitir una mayor presencia de la operatoria de los mercados. A la vez señala un rasgo propio de la reconversión del aparato productivo, que a mi juicio tiene mayor poder explicativo del proceso: la política económica tuvo efectos diferentes sobre los intereses de los diferentes sectores empresarios - y, agrego, sobre las diferentes unidades productivas en el interior de cada sector - que erosionó la posibilidad de representación unificada en cada una de las corporaciones tradicionales. Ya he señalado que ese es uno de los rasgos que caracterizan el nuevo sistema de alianzas entre el empresario del sector salud. El nuevo modo de representación de los intereses económicos ante el estado se canalizará a través del lobby que, adecuándose a algunos de los rasgos tradicionales de la cultura política argentina, se transmutará en parte en nuevas formas de clientelismo.

En lo relacionado con la corporación sindical el proceso que lleva a su debilitamiento tiene rasgos diferentes. Una manera de

caracterizar el problema sería señalar que la tradicional identidad peronista del sindicalismo argentino fue conmovida por los cambios en la relación entre el peronismo y los sectores populares que significó la política llevada adelante por el menemismo. Otra posibilidad - complementaria - sería recurrir a la historia y recordar la forma en que la corporación sindical se abroqueló ante gobiernos de corte opositor al peronismo y se fragmenta ante los de su mismo signo. Alfonsín fracasó en su intento de debilitar la presencia sindical en el estado, y terminó negociando con un sector del sindicalismo la conducción del Ministerio de Trabajo y cediendo el proyecto de reforma de las obras sociales ante la alianza de la CGT y las corporaciones empresarias.

La fragmentación del sindicalismo en su relación con los gobiernos peronistas - el período Cámpora/Perón/Isabel Perón es paradigmático - se ha analizado en general como síntoma de una cuasi irreductible heterogeneidad de intereses y visiones societales en el interior del movimiento peronista. Pero también puede leerse como expresión de la fragmentación del aparato estatal que tiene que ver con el *empate hegemónico* caracterizado por Portantiero y la peculiar modalidad de intermediación estado/sociedad civil que conformó hasta los años ochenta el rasgo dominante del sistema político en Argentina. (Portantiero, 1977).

En el interior de ese complejo proceso histórico, dependiente de múltiples determinaciones que sería necesario precisar, el sindicalismo argentino bajo el menemato no sólo se fragmenta; algunos de sus sectores, los más cercanos a la vertiente liberal del gobierno, transmutan radicalmente sus formas organizativas, dando lugar al nacimiento de lo que ha sido caracterizado como *sindicalismo de negocios*.

Las transformaciones de la esfera sindical, en efecto, van más allá del debilitamiento de la capacidad negociadora de la CGT. Los dirigentes con mayor posibilidad de aprovechar las nuevas oportunidades brindadas por

la privatización de empresas públicas o la desregulación de áreas significativas de la producción de servicios, han comenzado a incorporar funciones empresarias a sus actividades tradicionales. La administración de Programas de Propiedad Participada en empresas públicas privatizadas, la organización de microemprendimientos para la perforación de áreas petroleras, la participación en sociedades orientadas a la administración de fondos de jubilaciones o en la conformación de Administradoras de Prestaciones de atención médica son algunos ejemplos de este nuevo posicionamiento sindical ante los procesos de cambio que afectan su situación relativa en el esquema de poder.

Estos cambios producidos a nivel macro han tenido efectos dilatorios en la reorganización del sector salud según la propuesta desreguladora. La relación sindicato/estado se redefine de continuo, utilizando a menudo la perduración de las obras sociales como prenda de negociación frente a otras cuestiones más conflictivas o más perentorias para el proceso de reforma emprendido desde el Ministerio de Economía. De este modo, los rasgos estructurales que redefinirían esa relación, no terminan de afirmarse por estar continuamente sujetos a vaivenes de coyuntura. En el momento actual esos vaivenes se vinculan a la fuga de capitales y recesión que se asocia al efecto *tequila*, la crisis del sistema bancario, la cifras de desempleo, la reiterada intención de disminuir los costos laborales a partir de la reducción de aportes patronales. A nivel político tiene también peso la puja desatada en el núcleo más íntimo del poder menemista por la sucesión presidencial en 1999 y la aparente intención del candidato con mayores posibilidades de recuperar en su apoyo las alianzas

tradicionales del movimiento peronista.

En ese contexto, la reducción del debate a los términos solidaridad vs. mercado, parece por lo menos ingenua. Lo llamativo sin embargo, es que la propuesta técnica de racionalización del sector parece agotarse en la libre elección de agencia financiadora por parte de los beneficiarios y un estricto control de los aportes ahora en manos de la D.G.I. En forma que no puede dejar de llamar la atención, los técnicos que trabajan en la reformulación de la seguridad social médica no parecen conocer la intensa circulación de ideas y propuestas que se viene produciendo desde hace por lo menos diez años a nivel internacional y se vincula con una de las áreas más críticas del modelo argentino: la gestión de información, el control de costos, la posibilidad de articular relaciones entre oferta y demanda que proporcionen oportunidades para formular opciones informadas en lo relacionado a cobertura de atención médica.

Que ese debate sobre nuevas formas organizativas no esté presente en el discurso de los principales actores comprometidos en el proceso no puede extrañar. Las nuevas técnicas de gestión son utilizadas en el interior de empresas y redes para controlar costos y garantizar rentabilidad, pero la información resultante constituye un insumo estratégico de la política empresarial, destinado por su propia naturaleza a no trascender al debate público. Sería necesaria una intervención ordenadora del estado o una preocupación muy firme por lograr mayor transparencia en la administración del sistema por parte de los beneficiarios de las obras sociales para que ese insumo estratégico llegara a manos de la población o sus organizaciones representativas.

REFLEXIÓN FINAL

He intentado sintetizar en estas páginas un doble proceso histórico, el de desarrollo y agotamiento del modelo corporativo de organización de la seguridad social médica en Argen-

tina, y el de génesis de un nuevo modelo, que se construye por fuera de la acción del estado, en el marco de la fragmentación y heterogeneidad pre-existentes y regido por un conjunto

complejo de relaciones políticas y económicas tanto inter-como intrasectoriales.

Este proceso de cambios, se produce más o menos contemporáneamente en otros países de América Latina, con resultados diferentes tanto en la importancia relativa del sector público y el sector privado en la organización y financiación de servicios, en los roles que se reserva el estado y su efectiva capacidad de llevarlos adelante, como en la eficacia y eficiencia del sistema para dar cuenta de las necesidades sociales a su cargo.

(1) La sigla corresponde a la Administración Nacional del Seguro de Salud instituida en reemplazo del I.N.O.S. por la ley 23.661/88.

REFERENCIAS

BELMARTINO, S.; BLOCH, C.; *Aportes para la discusión del sistema de obras sociales. Cuadernos Médico Sociales 44*: 3-36, Rosario, junio de 1988.

BELMARTINO, S.; BLOCH, C.; CARNINO, M.I.; PERSELLO A.V., 1991 *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud, O.P.S./O.M.S.*, Buenos Aires, 1991.

BELMARTINO, S. y BLOCH, C., 1994 *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985, O.P.S./O.M.S.*, Buenos Aires.

BELMARTINO, Susana *Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo. Desarrollo Económico 35*, 137: 83-103, Buenos Aires.

CAVAROZZI, Marcelo, 1984, *Sindicatos y política en Argentina*, Estudios CEDES, Buenos Aires.

F.I.E.L. FUNDACION DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS LATINOAMERICANA, 1991. *El Sistema de Obras Sociales en Argentina. Diagnóstico y Propuesta de Reforma*. Asociación de Ban-

El aumento de la diversidad preexistente en la región estimulará sin duda algunas tendencias innovadoras en la investigación sobre sistemas de atención médica, que privilegian el análisis de la lógica política presente en cada país, sin desdeñar los enfoques macrohistóricos que fueron la regla hasta hace una década y se mostraron relativamente incapaces de explicar la diversidad existente en una dinámica macro relativamente uniforme. Los estudios comparativos resultantes enriquecerán sin duda este campo de trabajo, tan productivo en los últimos años.

cos Argentinos. 7ª Convención de Bancos Privados Nacionales, Mimeo, Buenos Aires, agosto.

JAMES, Daniel, 1990, *Resistencia e Integración. El peronismo y la clase trabajadora argentina, 1946-1976*, Ed. Sudamericana, Buenos Aires.

KATZ, Jorge, MUÑOZ, Alberto. *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*. CEPAL, Buenos Aires, 1988, págs. 33-34.

LERNER, Laura, 1988. *Análisis de la estructura de financiamiento y gasto de obras sociales seleccionadas. Cuadernos Médico Sociales 45*: 19-32, setiembre.

PORTANTIERO, Juan Carlos, 1977, *Economía y política en la crisis argentina, 1958-1973. Revista Mexicana de Sociología 39*, pág.528.

PORTANTIERO, Juan Carlos, 1987, *La crisis de un régimen, una mirada retrospectiva* In Nun J. y Portantiero J.C. (comp.) *Ensayos sobre la transición democrática en Argentina*, Puntosur, Buenos Aires.

NUN, José, 1987, *La teoría política y la transición democrática* In Nun, J. y Portantiero, J.C. op.cit.