

Desregulación/privatización: La relación entre financiación y provisión de servicios en la reforma de la seguridad social médica en Argentina¹

Susana Belmartino²
Carlos Bloch³

Resumen

Los procesos reconocidos bajo la denominación de “reforma de la atención médica” han constituido en los últimos años uno de los referentes prioritarios de los debates académicos, políticos y técnicos vinculados a la problemática del

Palabras clave

Reforma de la atención médica, Argentina, seguridad social, financiación/provisión de servicios.

Key-words

Health care reform; Argentine, Social Security, financing/provision of services.

1. Versión actualizada de la ponencia presentada a las *II Jornadas Internacionales Estado y Sociedad: Las políticas sociales en los umbrales del siglo XXI*. Centro de Estudios Avanzados, Buenos Aires, 1997.

2. Licenciada en Historia. Docente-investigadora de la Universidad Nacional de Rosario. Investigadora del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS). Directora de la Maestría en Salud Pública. Centro de Estudios Interdisciplinarios, U.N.R.

3. Médico, Especialista en Salud Pública. Director del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS), Rosario.

Introducción

En este artículo analizaremos las transformaciones producidas en la seguridad social médica argentina a lo largo de la última década, en el marco de un proceso de cambios en la financiación y provisión de servicios de salud que la literatura especializada identifica como “reforma de la atención médica” y puede reconocerse en buena parte de los países de oriente y occidente. (OECD 1990, 1992, O.P.S./O.M.S. 1991, 1992, Griffin 1992).

El debate generado sobre ese proceso en nuestro país estuvo originariamente fundado en posiciones extremadamente antagónicas en cuanto a referentes ideológicos: estado-mercado, solidaridad-responsabili-

sector salud en una proporción importante de países, tanto centrales como periféricos. La factibilidad/conveniencia de establecer nuevas relaciones entre financiación y provisión de servicios y las innovaciones organizativas destinadas a hacer tales vinculaciones más eficientes, informadas y adecuadas a las necesidades de la población constituyen uno de los ejes de preocupación en las decisiones de reforma. En Argentina ese debate sobre doctrinas y experiencias ha tenido escasa repercusión: en primer lugar el énfasis del proceso de cambio orientado desde el Estado se ha puesto sobre la desregulación de las entidades financieras, dejando en penumbra la relación entre financiadoras y proveedores directos que constituye la esfera donde se han producido los cambios más significativos. En segundo término, el debate se ha conformado en términos fuertemente ideologizados, contraponiendo estado a mercado, solidaridad a responsabilidad individual, interés público a interés privado. En este artículo se procura ampliar el ámbito de discusión, utilizando algunos referentes de la experiencia internacional para mostrar el reduccionismo que ha dominado hasta el momento la presentación de alternativas.

Abstract

In an important proportion of countries, central as well as peripheral, the so called "health care reform processes" have constituted main priorities of reference at the academic, political and technical debates related to the health sector's problems. The main concerns of decisions related to reform are: feasibility/convenience of establishing new relationships between financing and provision of services; and, new ways of organisation aimed at making these relationships more efficient, information-based and adequate to the needs of the population. In Argentina this debate about doctrines and experiences has had little echo. In the first place: the State-guided change process has focused on deregulation of the financing entities but has not shed light on the relationship between financing entities and direct providers, despite the fact that this is the

dad individual, público-privado. En este momento, sin embargo, ha dejado paso a un explícito enfrentamiento político que se centra sobre los proyectos de flexibilización laboral y parece tener, una vez más, a las obras sociales como prenda de negociación entre los principales contendientes: grandes organizaciones empresarias reunidas en el "grupo de los 8" y Confederación General del Trabajo. En paralelo, el gobierno ha perdido parte de su capacidad de decisión a raíz del resultado desfavorable de las elecciones de octubre de 1997 y la disputa por la sucesión presidencial en 1999.

Este sería, a nuestro criterio, un posible marco de análisis de las transformaciones de la seguridad social médica en Argentina, hoy. Por un lado extrema ideologización de posiciones en defensa de intereses particularistas; por el otro, convulsiones del sistema político producidas por un enfrentamiento entre corporaciones que el Poder Ejecutivo no se hace responsable de arbitrar y el Legislativo no puede dirimir a través de su función específica.

Proponemos en este trabajo otras coordenadas de debate, no en procura de excluir consideraciones políticas o ideológicas, sino para recuperarlas en un espacio que permita discernir el alcance y orientación de los cambios efectivamente producidos y sus consecuencias para la población beneficiaria. Para ello comenzaremos por un rápido repaso al debate sobre reforma de la atención médica en el contexto internacional.

La reforma de la atención médica y el contexto macropolítico

La reforma de la atención médica se ubica en el contexto de un profundo cambio de las relaciones entre Estado y Sociedad, que estimuló el análisis crítico de las instituciones del Estado de Bienestar tanto en los países donde alcanzó vigencia plena como en aquéllos donde sus valores terminaron sumándose a una larga lista de "promesas incumplidas".

El debate sobre los roles y funciones del Estado y las diferentes experiencias de reforma de sus instituciones cubrieron buena parte de los años 80. En paralelo comenzó también a identificarse un escenario profundamente transformado: nuevas relaciones entre naciones, nuevas orientaciones para la representación política, globalización de las formas productivas y los intercambios, emergencia de nuevas formas de convivencia, redefi-

area where the most significant changes have occurred. Secondly, the debate has taken on a strongly ideological character, confronting market vs. State, solidarity vs. individual responsibility, public interest vs. private interest. This article aims to widen the scope of discussion with reference to some international experiences to put in evidence the narrow minded thought that has dominated until now the alternatives presented.

nición de las relaciones laborales, los vínculos de familia, los sistemas de valores, los mecanismos de integración, el reconocimiento de los derechos de ciudadanía.

Un capítulo particular de esas transformaciones se vincula a los cambios en las políticas de protección social. A fines de los 70, el crecimiento exponencial de los gastos en políticas sociales verificado en una porción sustantiva de países colocó en la agenda del Estado la necesidad de reformular la actividad de este área. En un contexto de predominio de valores que enfatizaban la responsabilidad individual, la productividad, la eficiencia, la competencia y la desregulación, las bases políticas y doctrinarias de las actividades estatales de bienestar resultaron severamente cuestionadas.

Esa crítica convocó de manera paradójica acuerdos no sospechados entre pensadores de derecha e izquierda, los primeros poniendo énfasis en los déficits de gobernabilidad, los segundos en la creciente pérdida de legitimidad del Estado y la política.

En ese escenario, una absorción muy mediatizada de tales cuestionamientos condujo a la elaboración de las directivas generales de privatización, focalización y descentralización recogidas en las recomendaciones del Banco Mundial en su documento de 1987, "Una agenda para la Reforma", que orientaron la puesta en marcha de los procesos de reforma en algunos países. Sin embargo, las experiencias nacionales pusieron en evidencia las dificultades derivadas de la aplicación de tales postulados generales en contextos históricos relativamente diferenciados.

A medida que el diagnóstico de la problemática se fundaba en experiencias concretas, la readecuación de las instituciones de bienestar a las nuevas necesidades de sociedades sometidas a profundos procesos de cambio —en áreas tan diversas como la estructura demográfica, el mercado de trabajo, las modalidades del empleo, la organización de la familia y los valores y opciones individuales asociados con estilos de vida— no se expresó en el interior de las polarizaciones que dominaron el debate en los 80. Por el contrario, predominó una actitud relativamente libre de preconcepciones que indujo a considerar la necesidad de poner a prueba un complejo *mix* de instituciones públicas y privadas, articuladas conforme a las funciones que deben llevar a cabo y la índole peculiar de las necesidades a cubrir. (Creese 1993).

La experiencia de nuevas formas organizativas no agota el campo de reformulación del problema. También se han tenido en cuenta los cambios en las concepciones dominantes sobre salud/enfermedad/atención médica, que dan cuenta del anclaje (¿ideológico? ¿cultural?) de las nuevas experiencias en las representaciones de diferentes conjuntos sociales.

Una lectura que intente ahondar en estos términos en los procesos propios del sector salud en el mediano plazo nos puede acercar una imagen relativamente clara del agotamiento de un modelo de organización del sector. Una imagen de este tipo puede ser elaborada a partir de las concepciones sobre salud/enfermedad/atención médica que le estuvieron asociadas y las circunstancias que promovieron su reformulación, estimulando la construcción de nuevos referentes.

Concepciones dominantes sobre salud/enfermedad/atención y paradigma de intervención

Algunos pioneros en el campo nos brindan un punto de partida adecuado para pensar la cuestión en esos términos. Analistas canadienses, por ejemplo, proponen entender las reformas en profundidad de un sistema de salud como la culminación de un largo proceso durante el cual un sistema dominante de creencias es reemplazado por otro. Se produciría en consecuencia un cambio en el paradigma de intervención. (Contandriopoulos y de Pouvourville 1991).

En función de identificar el sistema de representaciones que fue dominante hasta los años 70, podrían recuperarse aquí en primer lugar las expectativas puestas en la capacidad racionalizadora del Estado y la confianza otorgada a las potencialidades del desarrollo científico técnico, que en la primera mitad del siglo XX proporcionaron fundamento a la introducción de programas de seguro de enfermedad y seguridad social. El nuevo paradigma de intervención así fundado, reconocía como núcleos orientadores algunos principios que intentaremos sintetizar a continuación.

Estos serían:

- El Estado moderno encuentra legitimidad en su capacidad de proteger la vida.
- El acceso a la atención médica se reconoce como derecho del ciudadano.

- El acento se pone sobre la solución de problemas de enfermedad y no sobre la prevención de sus causas.

- Se considera que los médicos conocen y aplican las reglas de la ciencia médica y actúan conforme a su código de deontología. En términos económicos son concebidos como los perfectos agentes de sus pacientes. Toman a su cargo las decisiones relacionadas con la adopción de nuevos medicamentos y nuevas tecnologías.

- La autonomía de la profesión médica no es cuestionada por la introducción de programas de seguro de enfermedad. La principal función de la estructura reglamentaria que es puesta en marcha es asegurar una cantidad suficiente de recursos para permitir a todos el acceso a los servicios.

- Los organismos pagadores tienen como principal función pagar o reembolsar los servicios y, junto con los poderes reguladores, determinar el monto de las primas de seguro y de las cotizaciones.

- Los pacientes, que sólo financian directamente una débil proporción de los costos, no ejercen más que un rol limitado en las decisiones concernientes a la organización y funcionamiento del sistema de atención.

- Los conocimientos existentes, la ética profesional del médico y su competencia constituyen las principales garantías de que todos los servicios médicos requeridos, y solamente éstos, serán proporcionados al paciente.

- La práctica médica se funda en el supuesto de que el comportamiento de los profesionales no debe ser alcanzado por reglas establecidas por legos. La regulación del sistema resulta enteramente descentralizada, reposa sobre la ética profesional e implícitamente sobre el postulado que la relación médico/paciente no debe ser perturbada por el marco regulatorio en vigor. El concepto de *rol de agente* se formula sobre la base de considerar que el médico es el mejor representante de los intereses de su paciente.

Este registro de principios ordenadores del sector salud construido en lo fundamental por Contandriopoulos y de Pouvourville tiene una validez general, y se podría aplicar, con matices, a diferentes realidades nacionales. El desafío radica, por consiguiente, en delimitar las diferencias propias del caso argentino.

En primer lugar la relación entre legitimación del Estado-derecho de ciudadanía debe ser francamente matizada en

nuestro caso. El concepto que puede ilustrar el problema, ampliamente reconocido por otra parte en la bibliografía especializada, es el de “ciudadanía regulada”, construido por Guilherme dos Santos (1987) para el caso brasileño. En el caso de los países en que se ha construido este tipo de ciudadanía, el derecho a una atención médica garantizada por el Estado se reconoce diferencialmente a grupos de trabajadores conforme su grado de organización y movilización, su “llegada” al nivel de decisiones en el interior del sistema político. El componente social del derecho de ciudadanía, conforme a la tipología de Marshall, no llega siquiera a proponerse como atributo igualador de derechos para la totalidad de los trabajadores —como sucede en los años sesenta en Brasil y Chile, por citar un ejemplo cercano— menos aún, por consiguiente, para la totalidad de los ciudadanos.

La construcción corporativa del derecho a la atención médica, por otra parte, se expresa también en el rechazo a la intervención del Estado o sus organismos reguladores, no ya en la relación privada y exclusiva que se instituye entre paciente y profesional, sino en las formas organizativas destinadas a la generación de recursos para financiar la atención y su aplicación a los respectivos servicios. Los grandes actores colectivos que construyen en los años sesenta el sistema de seguridad social médica lo hacen *en oposición* al Estado, negando legitimidad a cualquier intervención ordenadora o reguladora en un campo de relaciones que definen como perteneciente “estrictamente” al ámbito de lo privado. Tanto la Confederación General del Trabajo (C.G.T.) como la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) reclaman la paternidad del sistema, reivindicándolo como fruto de sus luchas frente a la inacción, la ineficacia, la inoperancia de las instituciones estatales.⁴

El dato no es trivial, ya que la relación entre ambas corporaciones, luego de superado el conflicto inicial y la desconfianza recíproca, termina configurándose como una alianza constitutiva de las normas que regularán el sistema, que en un trabajo anterior ha sido caracterizada como *pacto corporativo* (Belmartino 1995). La instancia reguladora estatal sólo es reconocida como árbitro en las negociaciones en torno a la retribución de los servicios, mientras la corporación médica fija unilateralmente las pautas que regulan su producción y aprovecha la experiencia de más de una década en la

negociación con mutualidades y obras sociales para hegemonizar la elaboración de los contratos.

La organización sindical, por su parte, alienta la multiplicación fragmentada de las instituciones de cobertura que amenaza la sustentabilidad financiera del sistema, e introduce lógicas de clientela y prácticas de *lobby* en la redistribución de los recursos supuestamente solidarios reunidos en el Fondo de Redistribución.

No sólo en este aspecto la organización del sistema niega la apelación a la solidaridad entre trabajadores que fundamenta su organización. Lo que Julio Bello caracterizó hace dos décadas como “solidaridad invertida” se expresa además, por un lado, a nivel del sistema, en la diferente disponibilidad de recursos entre obras sociales, consecuencia del amplio rango de niveles de remuneración presente en el mercado de trabajo y en el otorgamiento de prebendas de tipo clientelístico político bajo la forma de “recursos de distinta naturaleza”. Por el otro, en el interior de cada una de estas organizaciones, la incidencia de los co-pagos en el momento de demandar atención inhibe el acceso a aquellos beneficiarios con menor capacidad de gasto, operando una transferencia de los recursos “solidarios” hacia aquéllos que pueden solventarlo.

En segundo lugar, también requiere especificaciones en el caso argentino la forma como se abordó el problema de la autorregulación profesional. La autonomía del profesional en su espacio de práctica, reivindicada como condición indispensable de su eficacia curativa y garantizada por el control ético que ejercerían las organizaciones profesionales sobre la conducta de sus miembros, no llena este recaudo en nuestro caso.

Puede ser necesario aclarar que no se trata de un rasgo claramente diferenciador de nuestro sistema en relación a la experiencia internacional. Buena parte de la literatura sobre las actuales condiciones de pérdida de confianza y legitimidad de las profesiones en las sociedades centrales señala la débil vocación de control que caracterizó a sus instituciones representativas, una vez obtenido del Estado el reconocimiento del derecho a la autorregulación. (Freidson 1994).

La situación en Argentina, sin embargo, tiene consecuencias más severas en función precisamente de la falta de mecanismos de regulación, supervisión y control de aquellos aspectos que legítimamente quedan fuera del derecho a la autorregulación profesional, ya que involu-

4. La central obrera proclama sus derechos sobre un sistema construido por los trabajadores ante la ausencia o la indiferencia del Estado. Los médicos defienden la modalidad de contratación de servicios para los beneficiarios de las obras sociales de la que se consideran auténticos organizadores. Las entidades gremiales médicas habrían sido las que permitieron “el desarrollo de una estructura asistencial de gran proyección social” a través de un sistema creado, impulsado y perfeccionado a los largo de más de quince años... (Puede consultarse un desarrollo ampliado de la cuestión en Belmartino, 1995).

cran cuestiones que escapan al vínculo privilegiado médico/paciente. Ni el Estado ni las obras sociales se ocuparon de monitorear la *performance* del sistema, cuya dinámica quedó librada a decisiones atomizadas de profesionales dotados de la más amplia libertad de prescripción.

Las modalidades de la contratación de servicios entre obras sociales y federaciones o asociaciones de proveedores se adecuaron a las reivindicaciones profesionales de libre elección del médico por el paciente y pago por acto médico, siguiendo el modelo difundido en países con presencia importante del sector privado en la oferta de servicios. Las consecuencias distorsivas de esta modalidad de remuneración, reconocidas generalmente en el análisis del fenómeno del “tercer pagador” y sus incentivos a la expansión de la capacidad instalada y el gasto, se agudizaron en Argentina por la misma falta de regulación y controles.

Las consecuencias fueron de diferente índole y supusieron diferente compromiso ético en los responsables de la producción de servicios: sobreoferta de profesionales y capacidad instalada, expansión de tecnología insuficientemente evaluada, multiplicación de especialidades y subespecialidades, prácticas de sobreprestación y sobrefacturación, “retornos”, plus. Aunque es muy posible que solamente puedan atribuirse conductas irregulares a un porcentaje minoritario de los profesionales de salud, el fenómeno contribuyó sin duda al descrédito del sistema.

Cuestionamiento de las racionalidades vigentes y posible emergencia de un nuevo paradigma

Hacia mediados de los años 70 la racionalidad del paradigma vigente resulta severamente cuestionada, tanto en países centrales como periféricos. La preocupación que orienta las reformas se basa en la necesidad de garantizar un equilibrio entre eficiencia y calidad en la producción de servicios. No se trata sin embargo de una perspectiva meramente pragmática o utilitaria. Se funda por el contrario en la verificación de algunos cambios estructurales en la problemática de salud/enfermedad y otra manera de pensar la organización de los servicios. Nuevamente intentaremos un esquema siguiendo en lo fundamental a los autores ya citados:

- Los sistemas de atención se muestran sometidos a fuerzas expansivas (evolución de la morbilidad, envejecimiento de la población, desarrollo tecnológico, ampliación de las exigencias éticas de la sociedad) y a mecanismos de control que se expresan esencialmente por un racionamiento de los recursos humanos, materiales y financieros y por la puesta en cuestión de la autonomía profesional. El problema radica en saber si la acción conjunta de tales fuerzas favorecerá una asignación de recursos que permita mejorar la salud de la población o, por el contrario, exacerbará las fricciones ocasionadas por la existencia simultánea de fuerzas expansionistas y mecanismos de control.

- Crisis de racionalidad del sistema: conciencia de los límites en las potencialidades de la planificación para asegurar el logro de los objetivos socialmente sancionados.

- Reconocimiento de la existencia de límites (o contradicciones) en la capacidad de la ciencia y la tecnología para promover el bienestar. En paralelo, de las limitaciones de la medicina para hacerse cargo integralmente de la problemática de salud.

- No se verifica una relación directa entre inversión en servicios de atención médica y crecimiento. Las sumas invertidas en el sector salud sólo contribuyen débilmente a la prosperidad, o no contribuyen en absoluto, e impiden a veces inversiones más rentables cuyos efectos indirectos sobre la salud son tal vez más importantes que los efectos directos de los servicios (costos de oportunidad).

- u Las contribuciones al seguro de enfermedad constituyen un elemento importante del costo laboral, que supone a la vez límites a la competitividad de la producción nacional. La problemática suele analizarse también en términos de *dumping social*.

- Existe creciente conciencia de la necesaria diferenciación entre salud y atención de la enfermedad. Cuestionamiento de los procesos de medicalización. (Conrad P, Schneider J. 1985). Evidencia acumulada en torno a determinantes de las condiciones de salud que se encuentran fuera de la eficacia de la práctica médica: carga genética de los individuos, saneamiento ambiental, adecuación y calidad de nutrición y protección, factores de *stress*, condiciones de integración y apoyo social, autoestima y sentido de adecuación y control personal.

- Difusión de grupos de autoayuda y terapias alternativas.
- Espiral de costos no correlacionada con aumento de la expectativa de vida y/o satisfacción de los usuarios.
- Se reconoce que la demanda de atención es de naturaleza diferente de la que existe para la mayor parte de los otros bienes y servicios disponibles. Cuando se pone en contacto con un profesional de la salud el consumidor no tiene certidumbre sobre lo que necesita ni capacidad de decisión sobre su futuro consumo.
- La preocupación esencial no es ofrecer la mayor cantidad de servicios posible, sino encontrar un equilibrio aceptable entre la cantidad, los costos y la calidad de los servicios.

Se genera así una reformulación de la perspectiva de crisis y/o agotamiento de las bases sociales y políticas del Estado de Bienestar que descarta cualquier enfoque reduccionista o conspirativo. Por otra parte, algunas aproximaciones al problema relativamente recientes pueden utilizarse como indicadores del retroceso de la perspectiva privatista en su formulación inicial, reconocidamente simplificada. Entre ellas la de Gosta Esping-Andersen permite un acercamiento sintético a las múltiples perspectivas que ofrece el panorama internacional.

Lejos de todo reduccionismo simplificador, Esping-Andersen (1995) analiza los componentes del cuestionamiento formulado a las estructuras del bienestar. Otorga un lugar relevante en el análisis a la transformación del conjunto de valores sociales que legitimó sus principios constitutivos: los ideales de universalismo e igualdad estarían siendo reemplazados por necesidades y expectativas más heterogéneas. El proceso de fragmentación y diferenciación social y los particularismos locales o regionales reclaman la aplicación de beneficios selectivos y la definición de prioridades en ámbitos más circunscriptos de intervención estatal.

El debate no se encuadra por consiguiente en las perspectivas antagónicas fuertemente ideologizadas que han constituido el rasgo dominante en nuestro medio, oponiendo Estado a mercado, solidaridad a responsabilidad individual, gestión pública a empresa privada. Por el contrario, lo que predomina en la literatura especializada de los años 90 es el análisis de diferentes estrategias, la preocupación por una evaluación de resultados que no descuide el escenario en que se producen, el interés por diseñar instru-

mentos adecuados para una comparación entre países que permita la rectificación de errores o la identificación de las modalidades de intervención más efectivas.

Una formulación sintética de la índole de los cambios en la forma de abordar el problema puede encontrarse en la interpretación propuesta por Evans y Stoddart (1990) cuando afirman que debemos distinguir entre la necesidad de producir salud y la posibilidad de consumir atención médica.

Durante mucho tiempo consideramos idénticos los dos miembros de esta fórmula. Ahora se haría necesario decidir si seguiremos asumiendo su identidad o comenzaremos a abordar cada uno por separado.

Si consumir atención médica no significa necesariamente producir salud, entonces se torna imperioso evaluar las condiciones en que se realiza ese consumo, exigir eficacia y eficiencia a las organizaciones encargadas de satisfacer las necesidades de atención, liberando de ese modo recursos de todo tipo para aplicar a otras necesidades sociales más cercanamente vinculadas a la producción de salud.

La construcción de nuevas representaciones

No es posible afirmar que se cuenta ya con un conjunto de concepciones relativas a salud/enfermedad/atención médica que permita la definición consensuada de un nuevo paradigma de intervención. Algunas líneas de desarrollo pueden esbozarse en forma provisoria, que tienen como elemento común una convicción generalizada en relación a la necesidad de definirlo en forma que no reitere los errores del pasado.

En primer lugar, hay un consenso en la necesidad de redefinir el rol del Estado, aunque los contenidos específicos de tal definición sigan sometidos a debate. La responsabilidad del Estado en el área de las políticas de protección social sigue siendo reconocida, las diferencias giran en torno a cuáles son las funciones que debe tomar a su cargo, cuáles delegar a otras instituciones con o sin fines de lucro, cómo construir una normativa que asegure la efectivización de valores socialmente reconocidos y cómo supervisar su cumplimiento.

Algo semejante sucede con la noción de ciudadanía, cuando se aplica a los derechos propios de la esfera social. En este caso puede verificarse una diferencia-

ción entre aquellos que alegan que la imagen de *consumidor* ha reemplazado a la de *ciudadano*, y quienes apuestan al reconocimiento de cambios sustantivos en las formas de ciudadanía —abordaje del *ciudadano* como construcción histórica y por lo tanto situada— que pueden verificarse tanto en la esfera de la definición de los derechos como en los canales de representación.

El reconocimiento de la necesidad de reformulación de las actividades del Estado se expresa también en el rechazo de las formas centralizadas de organización de servicios y de las modalidades de gestión de tipo *comando* y *control*, que tanto crédito recibieron a partir de los años 40. Como parte de ese proceso el énfasis en la planificación normativa ha cedido en parte paso a la preferencia por una planificación estratégica, acompañando el retroceso de la expectativa de construcción de un orden regulado y controlado verticalmente y su reemplazo por un análisis que permita la identificación del conflicto, el reconocimiento de la disparidad de intereses, la negociación como un ingrediente de la actividad cotidiana de gestión.

La primera alternativa de flexibilización y desburocratización del sistema se basó en la propuesta de descentralización. El concepto ha sido analizado y cuestionado desde diferentes puntos de vista y, hasta el momento, el enfoque de Rondinelli (1983) parece ser el más completo, cuando reconoce una lógica de gradaciones que en sus hitos principales propone la “devolución” de capacidad de toma de decisiones a unidades de base local, la simple “desconcentración” que supone el traspaso de la administración de recursos a niveles descentralizados sin la correspondiente capacidad decisoria, y finalmente la “privatización”, que este autor caracteriza como una forma extrema de descentralización.

El momento de mayor despliegue de la idea de descentralización —que orientó la propuesta de Sistemas Locales de Salud y tuvo gran significación en la Reforma Sanitaria de Brasil— coincidió con las expectativas de recuperación democrática de los años 80 y el interés por diseñar nuevas formas de construcción de la ciudadanía. En este caso la propuesta de descentralización enfatiza la integración del sistema de salud con los espacios políticos de toma de decisión a nivel local o regional y se encuadra en un movimiento que procura un mayor acercamiento de la sociedad civil al Estado. Se

trataría de generar una tendencia compensatoria de la actual “privatización” de sus aparatos por la penetración de actores sociales, defensores de intereses particulares, que detentan cuotas significativas de poder. Esto se lograría a través del fortalecimiento de un espacio *público*, donde todos los intereses y todos los sectores tengan posibilidad de expresión.

A fines de los años 80 y decididamente en los 90, en cambio, la gestión se convierte en el instrumento privilegiado para el pasaje de las estrategias “*top-down*” a otras de diseño “*bottom-up*” —según la terminología difundida por la literatura de origen anglosajón— reflejando probablemente un traslado del énfasis desde las decisiones a nivel político hacia aquéllas que refieren a la organización y provisión de servicios, con una preocupación específicamente dirigida a la articulación entre eficiencia y calidad. La literatura dedicada a la reforma en el Reino Unido enfatiza la necesidad de *responsiveness*, nuevo concepto de difícil traducción para nosotros, que remite a la preocupación por satisfacer deseos y expectativas de los pacientes en lo referido específicamente a la satisfacción de sus necesidades de salud/enfermedad. (Le Grand J, Bartlett W. 1995).

No debe considerarse por ello que la gestión se aborda como una herramienta neutra, desprovista de contenidos políticos. Por el contrario, hay quienes consideran que la gerencia constituye un instrumento importante para la implementación de políticas; los procesos de gestión y los medios comprometidos en cada caso constituirían un ingrediente estratégico en la definición y fortalecimiento del sentido adjudicado a la reforma. (de Sousa Campos 1990).

Considerando ambas estrategias de cambio podría acordarse que las modalidades de regulación del sistema fundadas en la autoridad y aplicadas en sentido vertical están siendo reemplazadas por diferentes formas de concertación y definición de compromisos entre agentes. Estos compromisos son de diferente tipo.

En algunos casos, como ya se señaló, el énfasis se ubica en la consideración de las necesidades del paciente, que pueden expresarse a través de sus propias organizaciones o ser establecidas por agencias públicas encargadas de considerar perfiles específicos de necesidades definidas a nivel local, sobre bases que justificarían diferentes asignaciones presupuestarias.

Por otro lado, cuando el foco no se pone en la definición de necesidades de sa-

lud enfermedad de una población sino en la competencia entre proveedores de servicios por la captación de “clientes” con determinada capacidad de pago, se estaría en presencia de sistemas de subsidio a la demanda. Ambas perspectivas no son necesariamente incompatibles. Por el contrario, dotar de mayor poder de elección a la demanda supone valorar su capacidad de establecer prioridades y seleccionar entre diferentes oferentes el que ofrece mejor respuesta a sus necesidades de atención.

La superación de la excesiva centralización o burocratización en los organismos del Estado no se asocia mecánicamente con su polo antagónico, el despliegue de las relaciones de mercado. En general, parece existir consenso en que no es la disciplina del mercado la alternativa a la autoridad estatal en el caso de los servicios de atención médica. El debate se enfoca generalmente sobre el *mix* más adecuado de competencia y regulación para cada escenario específico. Buena parte de la literatura especializada se aboca a la identificación de *fallas del mercado* y *fallas del Estado*, y a la consiguiente elaboración de alternativas para superarlas. (Helm 1992, Musgrove 1996).

Las nuevas estrategias organizativas insisten en general en la necesidad de encomendar a organismos separados las funciones de financiamiento y provisión de servicios de atención médica. En el caso de sistemas públicos integrados se trataría de diferenciar entre planificación y provisión o bien entre regulación y provisión de tales servicios. (Meneu R, Ortún V. 1996).

Diferenciando instancias de financiación, planificación o regulación de la provisión de atención médica, el diseño de formas de mediación se torna indispensable. Por consiguiente, la formulación de contratos o convenios constituye un importante capítulo de la problemática de reforma. Puede tratarse de contratos de gestión, que se pactan en el interior del sector público y no suponen competencia entre instituciones, sino tan sólo compromisos acordados entre diferentes niveles de autoridad para el cumplimiento de determinadas metas en función de cierta asignación de recursos. También se generan contratos de tipo particular en sistemas donde se ha promovido la emergencia de condiciones de *mercado interno*, en función de estimular la competencia —y el mejor balance eficiencia/calidad que con ella se asocia—

entre instituciones de sector público. Las estrategias de *outsourcing* o “terciarización” suponen también al contrato como mecanismo regulador de los derechos y obligaciones de las partes, y una mayor responsabilidad de los encargados de la gestión del servicio o sistema local. Por último, también se han introducido innovaciones en los contratos entre financiadores/compradores/proveedores de servicios, orientadas a introducir incentivos que estimulen determinadas formas de práctica y desalienten aquellas que se pretende erradicar. Esta última categoría de contratos se identifica en general con modalidades de *managed care*.

El caso argentino

Crisis del modelo anterior y emergencia de una alternativa

En Argentina la lógica política de los años 60/70 tuvo también consecuencias en la organización de los sistemas de servicios. El contexto de debilidad de las instituciones representativas, inestabilidad de los gobiernos, fortalecimiento de la presencia de intereses corporativos en el interior del aparato estatal y consiguiente fragmentación de sus decisiones, permitió la emergencia de la alianza entre las grandes corporaciones profesionales y el movimiento sindical que se ha caracterizado en términos de *pacto corporativo*.

La consolidación de ese pacto fue favorecida por las leyes n° 18.610/70 y 19.710/71 que otorgan reconocimiento jurídico a las relaciones de poder constituidas en el interior del sector y definen las modalidades de organización y financiación de los servicios de atención médica que prevalecerán en las dos décadas siguientes.

La vigencia del *pacto corporativo* se sostuvo pese a los intentos de reforma y “racionalización” del sistema, desarrollados por gobiernos de orientación ideológica tan disímil como el peronismo en el poder entre 1973 y 1976, la dictadura militar que le sucedió y la primera época de Alfonsín, caracterizada por vanos intentos de reformulación del sistema político en un sentido que otorgara mayor peso al sistema de partidos y estableciera mecanismos de concertación para asegurar gobernabilidad en la relación con las corporaciones.

Pese al fracaso del intento alfonsinista de moderar el peso de las organizaciones

corporativas de representación de intereses en el proceso de toma de decisiones, a comienzos de los años 90 resulta evidente que la autonomía del Poder Ejecutivo se ha fortalecido y la influencia corporativa sobre el aparato estatal ha sido reemplazada —al menos parcialmente— por prácticas de *lobby* de empresas y grupos económicos.

Sin embargo, es difícil establecer una hipótesis fuerte sobre el debilitamiento del poder de las corporaciones en el sistema de servicios de salud. Podría apostarse en primer lugar al papel que jugó en ese proceso la *debacle* financiera de los años 80. Cuando a la crisis financiera recurrente de las obras sociales se suma la constatación de que la expansión de la capacidad instalada del sistema y las expectativas de beneficio de sus agentes desbordan la capacidad de pago de la demanda hasta ese momento “cautiva”, se ponen en marcha estrategias, en parte defensivas, en parte decididamente “ofensivas”, que comienzan a transformar las reglas de juego que gobernaban la provisión y financiación de servicios. Consideramos en este caso como “defensiva” una estrategia que busca mejorar la posición de cada agente en el interior de las reglas de juego establecidas en el sistema. Sería “ofensiva” en cambio, la estrategia que apunta al agotamiento de tales reglas de juego y apuesta a su reformulación.

Entre las estrategias defensivas tiene sin duda un lugar significativo la emergencia de las condiciones de “puja distributiva” que analizó Jorge Katz a mediados de los años 80. En el libro cuya autoría comparte con Alberto Muñoz se señalan una serie de prácticas distorsivas que fueron apareciendo y consolidándose gradualmente en el escenario local: sobreprestación en materia de consultas y prácticas médicas, uso excesivo de medicamentos, sobrefacturación de insumos, tasas de cirugía anormalmente elevadas, cobro de “bonos complementarios”, etc. Sin embargo, esa puja no se expresó como conflicto inter o intra corporaciones, sino en la conducta cotidiana de cada proveedor por defender o aumentar su cuota de apropiación en el conjunto de los recursos que sostenían la demanda de atención médica. En la lectura de Katz y Muñoz, tales conductas “constituyen sin duda la respuesta de los varios agentes prestadores que operan en mercados imperfectamente competitivos y que enfrentan la creciente restricción de recursos que padece el sector y la sostenida puja

distributiva, a través de acciones ‘perversas’, destinadas a captar recursos relativamente móviles” (Katz J, Muñoz A. 1988, pág. 34). Mirando el problema desde el presente parece cierto que tales estrategias se agotaron en tanto posicionamientos generalizados en el interior del un sistema cuya crisis contribuyeron a acelerar. Permanecen sin embargo como conductas aisladas, de *free-riders* que aprovechan determinados espacios para valorizar sus posibilidades de mercado.

Las estrategias que podemos considerar “ofensivas”, por el contrario, se expresaron en primer lugar como un conflicto en el interior de las corporaciones —en particular la sanatorial— y se tradujeron en transformaciones institucionales, cambios en las formas de contratación entre oferta y demanda de servicios, cambios en la organización y control de los procesos de trabajo, introducción de nuevas modalidades de remuneración a los proveedores directos.

El conflicto se instala en el interior de las corporaciones cuando las instituciones con mayor capacidad de controlar sus costos abandonan el paraguas protector del oligopolio corporativo y entran en franca competencia con sus pares por la captación de los contratos con las obras sociales. A nivel institucional esa competencia se expresa, por un lado, en la organización de empresas Administradoras de Prestaciones, que negocian con las entidades financiadoras los nuevos contratos capitados; por el otro en la formación de UTEs, Redes o Asociaciones de Proveedores que tendrán a su cargo la provisión directa de los respectivos servicios. Esta nueva modalidad de remuneración —el pago de una suma preestablecida por beneficiario, por mes, a la entidad que se hace responsable de su cobertura de atención médica— supone la toma a cargo por parte de los proveedores del riesgo financiero inherente a la prestación de servicios a la población cubierta.

Las nuevas modalidades contractuales adoptan las formas propias de las organizaciones de *managed care* en los EE.UU., en particular la retribución *per capita* —que reemplaza al pago por prestación, incorporando incentivos al control de la cantidad de servicios provistos— y la existencia de una limitación en la elección de proveedores por parte de los beneficiarios. La remuneración capitada permite a las obras sociales una mejor administración de sus recursos, descargando el riesgo propio de la sobreutilización, sobreprestación y

sobrefacturación en las Redes, UTEs, o Administradoras de Prestaciones. A la vez modifica los incentivos incorporados en las modalidades de retribución de los servicios al reemplazar el pago por prestación por una suma fija mensual pagada por la obra social por la atención de sus beneficiarios. Este mecanismo de pago cambia las expectativas de beneficio de los proveedores: ya no se trata de aumentar el ingreso a partir de la expansión de la capacidad instalada y la cantidad de servicios provistos, sino de administrar la atención de la demanda sin superar el techo impuesto a los costos por la existencia de un monto de recursos financieros predeterminado.

La relación entre las organizaciones encargadas de administrar estos contratos por el lado de la oferta y los proveedores directos añade un nuevo elemento de inestabilidad al sistema. La principal tarea de la administración de una red de prestadores es reconvertir el monto obtenido en concepto de cápitas en pagos por prestación o módulos, utilizados para retribuir los servicios efectivamente provistos. El interés de los organismos responsables de la gestión se orienta a limitar las prácticas a aquellas indispensables para la recuperación de la salud del paciente, el de los proveedores directos sigue respondiendo al estímulo propio de la ecuación mayores prácticas = mayor ingreso. Los controles informáticos sobre la práctica prescriptiva de cada proveedor o conjunto de proveedores, la multiplicación de auditorías, la reducción de honorarios en el caso de verificación de conductas prescriptivas superiores a las tasas históricas, la asignación de cuotas por proveedor o especialidad, y otras novedosas estrategias de gestión, no siempre resultan suficientes para garantizar la viabilidad financiera de los convenios.⁵

¿Qué interrogantes podemos formular a partir de esta primera descripción de los cambios institucionales y organizativos?

1° ¿El conjunto del proceso ha sido estimulado por estrategias empresariales innovadoras? Esta cuestión puede responderse afirmativamente, pero no termina de definir el escenario.

2° ¿Esta innovación conlleva mayor eficiencia/racionalidad del sistema? Es decir, ¿estamos en presencia de empresarios “schumpeterianos” que transforman sus relaciones con la demanda a partir de mejorar la oferta ya sea en términos de calidad o precios, y por consiguiente me-

joran la ecuación costo/beneficio en la *performance* de los respectivos servicios? Es difícil dar respuesta a esta pregunta. Nuestra hipótesis de trabajo es que en la reformulación del sistema de contratos tuvo peso importante la “historia institucional” de cada uno de los oferentes, no sólo en lo relacionado a calidad, eficacia y eficiencia en las pautas organizativas de los procesos de trabajo, sino también en función de la presencia de vinculaciones informales tejidas durante la vigencia del pacto corporativo con otros empresarios sectoriales, con funcionarios insertos en organismos estatales o para-estatales, con empresas de medicina pre-paga, con organizaciones de consultoría y, fundamentalmente, con dirigentes sindicales a cargo de la administración de obras sociales con un importante número de beneficiarios (y, por consiguiente, en condiciones de canalizar un monto importante de recursos en favor de determinados proveedores a través de un contrato, aun cuando la suma pagada mensualmente por la atención de cada uno de ellos sea relativamente modesta). Si esta hipótesis se verificara, la reinserción en el mercado a partir de estas nuevas formas contractuales no se sustentaría en la posibilidad de ofrecer el mejor balance entre calidad y precios, sino —al menos en parte significativa— por la capacidad de los administradores de utilizar sus relaciones institucionales para negociar contratos capitados con las obras sociales. Estaríamos así en presencia de una articulación que no garantiza transparencia en el mercado sino que, por el contrario, construye el nuevo sistema sobre las limitaciones clientelísticas y prebendarias del anterior.

3° ¿Cuál sería el balance de componentes “macro” y “meso” para una adecuada formulación del problema? No cabe duda que las definiciones políticas que provocaron y sostuvieron la aplicación del Plan de Convertibilidad permitieron no sólo la afirmación de estas innovaciones sino el ingreso al sistema de nuevas modalidades empresariales con experiencia en gestión de servicios de salud, nuevas inversiones de capital, incorporación de tecnología de punta, técnicas informáticas de control de prestaciones y control de costos. El proceso por consiguiente no puede analizarse sólo en términos de gestión empresarial y acuerdos generados a nivel meso, es necesario también reconocer el peso de las condiciones macropolíticas. Entre estas condiciones es necesario adjudicar también un lugar a la confianza de los agen-

5. Otro tipo de estrategia, que no corresponde tratar aquí porque no refiere al sistema de seguridad social, es la integración hacia atrás de las instituciones proveedoras con organizaciones de medicina pre-paga que tienen como función construir nuevas fuentes de financiamiento para su actividad.

tes económicos en el mantenimiento de las políticas de liberalización de la economía asociadas al Plan de Convertibilidad. Esta confianza estimuló por parte de empresas e inversores posicionamientos favorables a las expectativas de desregulación y libre contratación.

Ritmos y lógicas de reformulación de la oferta y la demanda de servicios

Nos parece significativo para el análisis sectorial precisar los diferentes ritmos de las transformaciones de la oferta de servicios en relación a los cambios en las instituciones que concentran su demanda. En el lado de la oferta —y en la consiguiente redefinición de las relaciones oferta/demanda— el proceso de transformaciones no fue iniciado por la legislación de reforma (cuyo punto de partida fueron los decretos que establecen la libertad de contratación, en 1991 y 1993). Por el contrario, esa legislación llegó para sancionar una transformación que ya se encontraba en gestación. En la organización de las instituciones proveedoras, en la redefinición de sus mecanismos contractuales con las obras sociales y en la experimentación de nuevas tecnologías de gestión, los cambios se iniciaron antes, estimulados por la crisis financiera y las necesidades operativas de los mismos servicios.⁶ Si bien los contratos capitados, la conformación de UTEs o Redes de proveedores y la aplicación de técnicas informáticas al seguimiento de la *performance* de los proveedores directos no constituían a comienzos de los años 90 un fenómeno generalizado, las primeras experiencias indicaban ya la estrategia futura que consagraría una redefinición de las relaciones contractuales entre financiadoras y proveedores. La derogación de las pautas contractuales reguladas por la ANSSAL que establece el decreto 9/93, siguiendo los lineamientos del decreto de desregulación de la economía n° 2284, de octubre de 1991, no abre el camino para la introducción de los contratos de riesgo sino que proporciona respaldo jurídico a su difusión.

La misma ANSSAL reconoce los avances de ese proceso en los fundamentos de la resolución 896/93 que autoriza la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores a las Redes y UTEs. En los considerandos de la misma se habla del “objetivo señalado en la optimización del Sistema, dictando las normas conducentes que conlleven al re-

sultado deseado, en virtud de que ha ido desapareciendo la modalidad de pago por acto médico”. En la interpretación del organismo, las modalidades contractuales anteriores están siendo reemplazadas por el “pago de convenios por Capitaciones, por Cartera Fija y demás modalidades de contratos de riesgo, sistemas éstos que se imponen en la relación de los Prestadores y las Obras Sociales”.

Otros son los tiempos cuando se trata de sistematizar las transformaciones en la demanda de servicios expresada a través de las obras sociales. En este caso el emergente para el proceso de cambios se ubica decididamente a nivel de la decisión política. Durante décadas se identificaron, en el interior del debate sectorial, las distorsiones producidas en el sistema de obras sociales por su vinculación con las organizaciones sindicales en el marco de una conflictiva relación Estado/sindicatos. Con diferentes énfasis, todos los proyectos de reforma del sistema de la ley 18.610 procuraron debilitar el control sindical sobre los recursos de las obras sociales, y esta voluntad se relaciona sin duda con el reiterado fracaso de tales propuestas.

Con posterioridad a la hiperinflación de 1989 y el cambio de gobierno se renuevan los intentos de reformulación del sistema. En otro lugar (Belmartino 1996a) se han presentado los principales proyectos discutidos en el sector entre 1990 y 1992, originados en propuestas del Banco Mundial, trabajos de la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL) y la presentación al Congreso Nacional en 1992 del proyecto elaborado por el Ministerio de Economía, que creaba la Organización Solidaria de Atención Médica (OSAM).

El principal instrumento de reforma propuesto por los partidarios de la liberalización de los mercados es la *desregulación* de las obras sociales, introduciendo la libre elección entre instituciones por parte de los beneficiarios del sistema. En este caso la medida se basa en razones de eficiencia asignativa y técnica. La evidente incapacidad del sistema de otorgar cobertura a sus beneficiarios en el interior de las formas organizativas vigentes se vincula con la obligación impuesta a cada trabajador de canalizar sus contribuciones de seguridad social médica a la obra social correspondiente a la asociación gremial a la que pertenece. Se constituiría por ese mecanismo una población “cautiva”, no generándose por consiguiente incentivos para mejorar la calidad

6. En su libro publicado en 1988 Katz y Muñoz señalan el comienzo de la diferenciación y fragmentación de la corporación sanatorial: “En esta oferta incremental de servicios sanatoriales se observa una significativa variancia en lo que hace al tamaño, tipo y calidad de la atención ofrecida, al grado alcanzado en la utilización de la capacidad instalada, etc. Así, mientras que en un extremo de la distribución se alcanzan simultáneamente altos estándares de calidad y elevados índices de utilización de la capacidad instalada, en el otro extremo resulta proverbial la baja calidad, el incumplimiento de normas y concomitantemente la subutilización de la capacidad instalada disponible. Es justamente esta última —y su incidencia sobre la velocidad de rotación y la tasa de ganancia del capital empleado— que crecientemente está dando lugar a fracturas en los acuerdos interempresarios en que se basa la organización de este mercado... al par que induce a algunos prestadores a buscar soluciones ‘pactadas’ con determinadas obras sociales, o firmas de prepago en torno de contratos capitados, contratos por cartera fija, etc.” (Katz y Muñoz, 1988: 29)

y cantidad de los servicios brindados, ni para organizar una administración más eficiente de los respectivos recursos.

Conforme a ese diagnóstico, se considera que la generación de un cierto nivel de competencia entre las distintas organizaciones en cuanto a la captación de sus beneficiarios podría, por una parte, estimular la competencia entre ellas, por la otra, atenuar las grandes disparidades existentes en relación al número de beneficiarios y disponibilidad de recursos, que constituyen uno de los factores de heterogeneidad del sistema y se alegan recurrentemente como causa de la disparidad de beneficios otorgados a la población a cargo.

Las primeras manifestaciones de la intención reformista se enfrentan con la cerrada oposición de la CGT. Parte del antagonismo de la central obrera se vincula a la decisión de permitir la incorporación como instituciones financiadoras de la cobertura de seguridad social a las empresas del medicina prepaga, que competirían por la captación de beneficiarios en igualdad de condiciones con las obras sociales. La oposición sindical, sin embargo, no se limita a la preservación del sistema sobre lo que en ese momento eufemísticamente se denominan "sus bases solidarias", rechazando la incorporación al mismo de empresas orientadas a la generación de beneficio. Los dirigentes sindicales se oponen también a la libre elección entre obras sociales, en una actitud defensiva que termina poniendo de manifiesto la extrema desigualdad que caracteriza la disponibilidad de recursos y el consiguiente acceso a la cobertura. La tradicional referencia a obras sociales "pobres" y obras sociales "ricas", reiterada a todo lo largo de la existencia del sistema de obras sociales, se actualiza en este enfrentamiento. La población "cautiva" de cada obra social dejará de estar caracterizada solamente por la pertenencia a una determinada rama de la actividad económica; comenzará a ser identificada por un valor monetario, será justipreciada en función de la importancia de los aportes realizados por sus integrantes. Los administradores de las obras sociales "ricas" comenzarán a tender vallados para defender la aptitud financiera que supone un conjunto de beneficiarios con buenos ingresos ante la amenaza de invasión por parte de aquellos cuyos magros salarios han significado durante años una cobertura insuficiente o meramente nominal. Las disposiciones tomadas por el poder eje-

cutivo en 1993, que habilitan a los beneficiarios de las obras sociales para elegir en el interior del sistema la entidad hacia la cual se canalizarán sus contribuciones obligatorias, sólo se harán efectivas a partir del 1° de enero de 1997.

Tras dos años de inmovilismo en la política de desregulación, en 1995 la economía argentina debe hacer frente a algunos desequilibrios a nivel macro que, por diferentes razones, dan nuevo impulso a la decisión de efectivizar la desregulación de las obras sociales, reactivando al mismo tiempo el conflicto con la CGT. En primer lugar, la repercusión interna de la crisis mexicana de diciembre de 1994, que se diluye luego de convulsionar durante algunos meses el sistema financiero otorgando un nuevo voto de confianza al programa de convertibilidad. Un segundo motivo de alarma es el ingreso en una fase recesiva del ciclo económico, que pone en evidencia las dificultades para controlar el gasto público y despierta temores fundados a desequilibrios fiscales que pongan en peligro la estabilidad monetaria alcanzada. Desde la conducción económica se enfatiza la necesidad de profundizar la Reforma del Estado, solucionando cuestiones pendientes que se vinculan a la relaciones entre gobierno nacional/gobiernos provinciales y Estado/sindicatos. Para avanzar en la materia se profundizan las negociaciones con el Banco Mundial, fundadas en la necesidad de eficientizar la administración del gasto.

En la segunda mitad de 1996 se agudiza el conflicto entre el gobierno y la dirección del movimiento sindical a raíz de la decisión del Ejecutivo de impulsar la sanción parlamentaria de las leyes de flexibilización laboral. En esa coyuntura la C.G.T. encuentra obturada la posibilidad de diálogo y opta por medidas de fuerza, organizando dos paros generales que logran importante acatamiento en un momento en que la popularidad del gobierno se ve comprometida por las dificultades para la reactivación de la economía, cifras abrumadoras de desempleo, dificultades para reducir el gasto público y escándalos que revelan la ineficacia del aparato estatal para controlar múltiples focos de corrupción y despilfarro.

El gobierno avanza en su decisión de flexibilizar las relaciones laborales y a la vez establece plazos para concretar la postergada desregulación de las obras sociales. El primero de enero de 1997 se abre el período de elección de obra social para los beneficiarios del sistema; a partir

de la misma fecha de 1998 la posibilidad de opción se extendería a las empresas de medicina prepaga.

La experiencia anterior había demostrado, sin embargo, que en este terreno nada es definitivo. Siendo 1997 un año electoral era previsible la concertación de un tregua en el enfrentamiento gobierno/sindicatos. La prenda de negociación vuelve a ser el aplazamiento de la reforma la legislación laboral y la postergación sin fecha del ingreso de las empresas de medicina prepaga a la competencia por la captación de beneficiarios de la seguridad social.

La tregua no significa la obtención de consenso en torno a las políticas futuras. En el espacio de negociación abierto en torno a los organismos del Poder Ejecutivo sigue existiendo la presión resultante de la existencia de dos proyectos orientados a regular las condiciones de la reforma del sistema de seguridad social médica: el propuesto por el Banco Mundial y aceptado en principio por el gobierno, y la solución transaccional elaborada por la C.G.T.

Dos de los decretos de reforma sancionados en 1995, que llevan los números 292 y 492, adelantan disposiciones contenidas en tales proyectos, mostrando una situación de equilibrio inestable entre dos propuestas políticas que intentaremos sintetizar a continuación.

La propuesta de reforma respaldada por el Banco Mundial

Los objetivos del Programa de Apoyo a la Reforma del Sistema de Obras Sociales (PARSOS) no difieren conceptualmente de la estrategia defendida desde el Ministerio de Economía, limitándose a sistematizar algunos instrumentos. En una reciente publicación del Ministerio de Trabajo⁷ se explicitan de la siguiente forma:

- introducir competencia en el mercado financiador evitando la selección de riesgos;
- reasignar los recursos del fondo solidario de redistribución sobre la base estricta del ingreso y de los riesgos de los beneficiarios;
- desarrollar un marco regulatorio efectivo;
- desarrollar instituciones de seguro que promuevan la competencia, la transparencia y la rendición de cuentas para proteger los derechos de los consumidores;

- brindar asistencia técnica financiera a las obras sociales y al PAMI, para elevar su eficiencia, mejorar sus balances y cumplir con las nuevas normas y regulaciones.

El proyecto contemplaba también la elaboración de padrones de beneficiarios de las obras sociales, a partir de la información existente en la Dirección General Impositiva, en particular con el objeto de precisar el número y condición de riesgo de los integrantes del grupo familiar y los adherentes permitidos por la legislación, que comparten la cobertura del beneficiario titular. Esta información se considera indispensable para la focalización de los subsidios, la transparencia de los contratos con administradoras de prestaciones y el cobro de servicios brindados en los hospitales públicos y es la única de las áreas de cambio que logró resultados apreciables.

Se propone también la definición de un Programa Médico Obligatorio que garantice un paquete básico de servicios en función de las restricciones presupuestarias. La sanción de ese Programa por la Resolución n° 247 de mayo de 1996 no satisfizo las expectativas colocadas en una mayor transparencia de las obligaciones de cobertura asumidas por las entidades financiadoras. Para garantizar a todos los beneficiarios de obras sociales una contribución suficiente para hacer frente a los costos de esa cobertura, el decreto 492/95 aseguró un aporte mínimo de cuarenta pesos por beneficiario titular. Los fondos necesarios provendrían del Fondo Solidario de Redistribución administrado por el ANSSAL.

Para facilitar la reforma de la administración de las obras sociales se instituye un Fondo de Reconversión de Obras Sociales (FROS) con el objeto de permitirles alcanzar equilibrio financiero mediante la reestructuración de sus deudas, la racionalización de sus plantas de personal, el fortalecimiento de su capacidad de información y gerencia y la venta de activos subutilizados. La adhesión a estos acuerdos es voluntaria para las obras sociales. Hasta fines de 1997 se habían incorporado al Programa 73 obras sociales que representan 5.000.000 de beneficiarios.

El proyecto impulsado por la C.G.T.

El proyecto cegetista puede ser entendido como una propuesta de racionalización del sistema de obras sociales a par-

7. *Globalización, sobreoferta y debilidad regulatoria: el sector salud en tiempos de reforma*. Secretaría de Empleo y Formación Profesional, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, noviembre de 1995.

tir de una organización coordinada por la C.G.T. en forma autónoma, conservando la estructura institucional existente, sin desarrollar competencia entre las instituciones ni someterse a las directivas del Banco Mundial.

El primer punto de la propuesta coincide con el proyecto PARSOS en la necesidad de definir un Programa Médico Obligatorio, bajo la modalidad que fuera luego sancionada por el decreto 492/95. Una vez definido el PMO la ANSSAL debería subsidiar a las entidades que por insuficiencia de recursos no estén en condiciones de financiarlo.

En términos generales podría considerarse que la subsistencia de cada una de las obras sociales como entidad independiente quedaría vinculada a la posibilidad de financiar ese paquete de servicios, una vez garantizada una base suficiente de recursos a través del fondo de redistribución. Sin embargo, las sanciones previstas para el incumplimiento no anticipan ese resultado.

En primer lugar, los beneficiarios de una obra social que no ofrezca la cobertura garantizada por el PMO podrán solicitar los respectivos servicios a otra entidad del sistema, que estará obligada a satisfacerlos, con derecho a reembolso por parte de la primera.

En segundo término, cuando la aplicación del PMO resulte afectada por incorrecta asignación de recursos, excesivos gastos de administración, ineficiencia de la cobertura, incumplimiento de las normas de calidad de la atención médica, irregularidad en las prestaciones, o cualquier otra causa que perturbe el cumplimiento de las finalidades del sistema, la ANSSAL estará autorizada a *propiciar* la fusión con otra obra social.

El fondo solidario de redistribución debería, en la perspectiva cegetista, financiar no sólo la compensación debida a las entidades con recursos insuficientes sino también el proceso de reconversión: racionalización del personal, renegociación de contratos con prestadores, adecuación de equipamiento e instalaciones y cancelación de pasivos corrientes, a través de préstamos a 48 meses con 18 de gracia.

Una diferencia importante con lo sancionado en el decreto 492 —que en este aspecto incorpora las directivas del proyecto PARSOS— es la relacionada con la distribución de subsidios por parte del Fondo de Redistribución. En la propuesta sindical el subsidio que garantiza un aporte mínimo de 40 pesos por benefi-

ciario titular, no se relaciona con los aportes individuales sino con el ingreso promedio por beneficiario de la obra social. Este mecanismo descarta la posibilidad de asegurar el financiamiento por grupo familiar para facilitar la libertad de elección.

La diversificación de las estrategias adaptativas de las obras sociales

La unidad puesta de manifiesto por la C.G.T. en sus negociaciones con el gobierno y el respaldo político otorgado por la central obrera a la propuesta de mantenimiento del control del sistema en manos del sindicalismo no agotan, sin embargo, las estrategias puestas en marcha por las obras sociales para conservar o incrementar sus posibilidades de captación de beneficiarios. Muchas de ellas optan por adecuar sus administraciones a futuras condiciones de competencia, ya sea a partir de la incorporación al Programa de Reconversión del Banco Mundial y el acceso a los respectivos créditos, ya sea a través de convenios o sociedades con empresas privadas dedicadas a la administración de prestaciones o, inclusive, con posibles competidoras como las entidades de medicina pre-paga, que se harán cargo de modernizar sus condiciones de gestión.

En un trabajo anterior (Belmartino 1996b) se han señalado algunas transformaciones de la práctica sindical que han merecido por parte de la prensa especializada el apelativo de *sindicalismo de empresa*. Ejemplos de esta actitud innovadora por parte de algunos dirigentes serían la administración de Programas de Propiedad Participada en empresas públicas privatizadas, la organización de microemprendimientos para la perforación de áreas petroleras o la integración en directorios de las recientemente organizadas AFJP. Esta referencia nos permitiría afirmar que la participación de algunos sindicatos (o sus dirigentes), a fines de los 80 y comienzos de los 90, en empresas dedicadas a operar como intermediarias en la contratación de servicios de atención médica no constituyó un fenómeno aislado o limitado al interior del sector salud. (Murillo 1997).

La diversificación de estrategias tendientes a mejorar las condiciones de competencia por la captación de los recursos financieros de la seguridad social médica se profundiza a fines de 1996 y comienzos de 1997, cuando el gobierno

se afirma en su decisión de poner en marcha la alternativa de libre elección para los beneficiarios del sistema. Ya hemos señalado que un grupo significativo de obras sociales ingresa en el programa de reconversión ofrecido por el Banco Mundial, otras buscan el apoyo de empresas privadas para mejorar sus condiciones de gestión,⁸ algunas —pocas y notorias⁹— han subcontratado la administración de su cartera de beneficiarios a entidades de medicina prepaga, poniendo una de ellas en marcha una impactante campaña publicitaria para la captación de beneficiarios a través del ejercicio de la libre opción.

El debate político vuelve a intensificarse entre enero y abril de 1997, período abierto para que los beneficiarios de las obras sociales efectivizaran la elección de la entidad a que canalizarían sus aportes. En esta coyuntura se pone en discusión la opción abierta para 1998, momento en el cual ingresarían en la competencia por nuevos adherentes las empresas de medicina pre-paga. El conflicto se instala en el mismo seno del gobierno, ya que el Ministro de Salud sostiene que esa opción sólo estaría disponible para los afiliados de obras sociales de personal de dirección, mientras su colega de Economía afirma que se extenderá a la totalidad del sistema. Integrantes del gobierno reconocen que esa disyuntiva produce roces en el interior del gabinete.

El episodio pone una vez más en evidencia una de las manifestaciones de debilidad del aparato estatal en Argentina: la fragmentación de sus órganos decisivos, que no logran otorgar coherencia a sus políticas, ya sea a partir de su encolumnamiento en vertientes ideológicas relativamente antagónicas o bien por su tendencia a aceptar presiones de diferentes clientelas sectoriales. En lo relacionado con la legislación de obras sociales ese conflicto ha estado presente en los años del primer peronismo, reaparece a fines de los 60 con el enfrentamiento entre Holmberg y Mondet por un lado y Santiago de Estrada y Rubens San Sebastián por el otro, se reitera con el proyecto de Sistema Nacional Integrado de Salud en 1973, luego con la disputa entre Martínez de Hoz y Santiago de Estrada que lleva a la sanción de la ley 22.269, sin conformar a ninguna de las partes participantes en la polémica, que no gira ya sobre formas organizativas o distribución de recursos y poder sino sobre los referentes ideológicos de la acción social del Estado. Recuperada la democracia, las

desinteligencias de Neri con otros miembros del gabinete, en particular la perspectiva dialoguista adoptada por Casella, serán en parte responsables del fracaso del proyecto de Seguro Nacional de Salud, presentado al Congreso en 1985.

Volviendo a nuestros días, la confrontación entre obras sociales y pre-pagas, que intentan obtener del gobierno una decisión favorable a sus intereses en relación con el alcance de la libre opción concedida a los beneficiarios de la seguridad social médica, reitera nuevamente el debate centrado en perspectivas antagónicas de *solidaridad* o *mercado*.¹⁰

Un año más tarde, en marzo de 1998, el conflicto no se ha cerrado. Las declaraciones del Ministro de Trabajo referidas a que la posibilidad de opción de los beneficiarios de obras sociales se abriría las empresas de medicina prepaga en un plazo de dos años son parcialmente refutadas por su colega de Salud y Acción Social que supedita esa decisión a una evaluación del desarrollo del sistema. La incapacidad del gobierno de consensuar un marco normativo para la totalidad del sistema se expresa en la parálisis legislativa vinculada a la regulación de tales empresas, y en la sanción de decretos que sólo alcanzan para aplicar parches escasamente consistentes a vacíos legales y doctrinarios de difícil justificación.

Un ejemplo evidente de ese tipo de medidas es el decreto 1301, sancionado en noviembre de 1997, y destinado a arbitrar el conflicto desatado por la introducción de la medicina prepaga en el campo de la seguridad social a partir de la vinculación entre estas entidades y obra sociales de empresas como Duperial y Witcell. La disposición de referencia excluye a las obras sociales de empresas de la competencia por afiliados de las obras sociales sindicales. Un ingrediente del problema que no debe dejar de considerarse es que la decisión se tomó por expreso pedido de otras obras sociales empresarias que no están dispuestas a aceptar el ingreso de la población con menor capacidad contributiva entre las filas de sus beneficiarios.

Conclusiones provisorias

Puede reconocerse en las decisiones sobre desregulación una múltiple intencionalidad política del gobierno, que procura debilitar el poder sindical para imponer un nuevo ordenamiento de las relaciones laborales. Esto conduciría a fortalecer su propia capacidad de toma de de-

8. Es el caso de International Medical Group, una aseguradora de salud de EEUU que entró al mercado a comienzos de 1996 mediante una alianza estratégica con cinco sindicatos (plásticos, pintura, caucho mineros y vidrio). IMG provee a los gremios la cobertura de salud a cambio de la recepción de una masa de afiliados cercana a los ciento cincuenta mil. (*La Nación* 6/4/97)

9. OSD0, obra social del personal de las empresas Duperial y Orbea, está administrada por la empresa de medicina prepaga Docthos, perteneciente al grupo Roberts. También el grupo Exxel —que controla a las prepagas Galeno Life S.A., Vasalio y Tim—, sale a ganar afiliados para la obra social de la papelería Witcel. La obra social bancaria Solidaridad, reconvertida a partir del asesoramiento de una empresa especializada en gestión, salió a publicitar su disposición a recibir nuevos adherentes.

10. Podemos encontrar un ejemplo de la utilización de este antagonismo para defender posiciones particulares en la entrevista que Carlos West Ocampo, titular de FATSa y secretario de prensa de la CGT, concede en febrero de 1997 a periodistas de Clarín. El dirigente sindical reconoce que la medicina privada ha estado siempre presente en el sistema de obras sociales como proveedor de servicios, considera que eso no constituye un problema, e inmediatamente ubica la alternativa *solidaridad/ mercado* en el núcleo estratégico de las nuevas modalidades organizativas: las empresas encargadas de la intermediación de los contratos: “La medicina privada es el prestador del 80% de la atención médica que brindan las obras sociales. Eso no está en discusión”, afirma. “El problema es si la gestión o intermediación será realizada por organizaciones sin fines de lucro o empresas con fines comerciales y cuyo propósito es la ganancia”, y poco después enfatiza “... el sistema de salud tiene que ser solidario...”. (*Clarín*, 2/2/97).

ciones, incrementar la competitividad internacional de la producción argentina y estimular la inversión, tanto externa como interna. Más allá, sin embargo, de estos objetivos extrasectoriales, es indudable que el diagnóstico de ineficacia e ineficiencia con que se cuestiona el pacto corporativo resulta ampliamente confirmado por la dinámica del sector en el momento de agudización de la crisis financiera. La decisión política gubernamental no interviene por consiguiente sobre un sistema que opera en condiciones adecuadas, sino sobre organizaciones que han dejado de responder a los fines sociales que les dieron origen.

Las transformaciones resultantes de la crisis no pueden por consiguiente leerse en clave conspirativa. El modelo organizativo anterior se agotó en parte por la lógica inscrita en sus propias reglas de juego. Que a ello se hayan sumado factores extrasectoriales como la recesión de los años 80 y las transformaciones del mercado de trabajo que se inician a partir de la segunda mitad de los 70, no autoriza a colocar el peso de los determinantes fuera del sector, identificando como génesis una decisión de tipo político o una concepción ideológica que se torna dominante a partir de su difusión por parte de actores o instituciones con capacidad de diseminar e imponer sus propias perspectivas sobre lo adecuado, lo justo, lo posible.

En realidad el análisis de las transformaciones supone la dilucidación de una cuestión que podría considerarse como hermenéutica, vinculada al origen del proceso de cambios y los factores identificables en su emergencia y desarrollo.

En efecto, las transformaciones que hemos reseñado brevemente comienzan a manifestarse en los últimos años de la década de los 80. Los análisis relacionados con los factores desencadenantes de las nuevas estrategias que en ese momento se ponen en marcha, 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, no como fenómeno puramente coyuntural sino como desencadenante o estimulador de cambios significativos en el nivel de lo social, lo económico, lo político, lo cul-

tural, supone pensar en un sistema de servicios cuya dinámica se asocia con las transformaciones de mediano plazo identificables en la sociedad que lo contiene, a la vez que permite reconocer una cierta autonomía en la dinámica del sector. 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 da 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. En esta lectura de las relaciones Estado/sociedad el énfasis se ubica sobre el segundo de los miembros y, particularmente, en las vinculaciones que establece con el aparato estatal a través del sistema político.

Por otro lado, tomar como punto de partida la decisión estatal de desregular el sistema de obras sociales, supone en cambio 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. Una hipótesis que podría sostener este argumento conduce a considerar que las instituciones estatales han reconocido su impotencia para gobernar el sistema y abdicado sus funciones reguladoras en manos del mercado. En ese contexto, las convulsiones producidas por la reforma serían pasajeras y darían paso progresivamente a una dinámica en la que el sistema de precios comenzaría a transparentar las condiciones de oferta y demanda y a servir de mediador para sus vinculaciones. La accidentada y asistemática actividad reguladora del Estado se justificaría en función de la necesidad de aplicar correctivos puntuales para encauzar el proceso hacia una efectiva autorregulación. El *pacto corporativo* habría agotado su capacidad de ordenar el sistema y estaría siendo reemplazado por la capacidad reguladora asignada a la *soberanía del consumidor* y expresada en libre opción de

compradores responsables, suficientemente informados. La abundantísima bibliografía disponible a nivel internacional referida a las limitaciones de este enfoque para analizar los mercados de atención médica, y el explícito reconocimiento de ese hecho por los mismos gestores de las políticas de reforma a nivel nacional nos eximen de la tarea de refutar una hipótesis de este tipo.

El desafío para los analistas radica, por consiguiente, en recuperar la nueva articulación de instancias y mecanismos de regulación del sistema. Al respecto podrían diseñarse algunas hipótesis:

- Se verificaría en primer lugar un desplazamiento parcial del *locus* de regulación desde el nivel macro hacia niveles inferiores, meso y micro;

- se habría producido un debilitamiento de la regulación corporativa: las corporaciones profesionales habrían dejado de tener peso en las decisiones del ANSSAL, mientras la C.G.T. conservaría en parte su ascendencia a través de influencias directas e indirectas;

- sería posible constatar un fortalecimiento paralelo de la regulación resultante de la negociación entre nuevos y viejos actores con presencia en el sector; en esta instancia sería necesario determinar el peso relativo de las alianzas y vínculos clientelares frente a las estructuras de mercado como inductores de decisiones empresarias;

- se conservaría una cuota significativa de autorregulación profesional expresada en el control de la relación médico-paciente y la resistencia a abdicar la autonomía asociada con la libertad de prescripción;

- subsistiría la irregular y poco efectiva capacidad reguladora de la autoridad estatal, debilitada por la fragmentación de sus aparatos y el escaso poder de gobierno sobre los intereses particulares de sus diferentes clientelas;

- continuaría siendo prácticamente inexistente la instancia democrática de regulación a partir de la participación ciudadana, que en otros países se expresa a través de organizaciones de consumidores o utilizando la instancia mediadora de los partidos políticos y la actividad parlamentaria.

Por último, intentando recuperar el eje analítico propuesto para este trabajo, se torna necesaria la referencia al contexto ideológico que acompañó en Argentina el proceso de cambios. El impulso reformador puesto en marcha por el Estado tuvo como uno de sus objetivos

separar a las obras sociales de las organizaciones sindicales. Los proyectos de reforma sectorial se han orientado en su totalidad a destruir o conservar el vínculo que asocia a la obra social con determinado sindicato. En el debate sectorial, la referencia a solidaridad o mercado expresa esa polarización, síntesis de un enfrentamiento político que desborda los límites del sector. Todos los proyectos de reforma, sin excepción, se centran en ese vínculo, para unos síntesis de viejas distorsiones que es indispensable superar, para otros patrimonio legítimo de la clase obrera, expresión de conquistas obtenidas frente a la indiferencia u hostilidad del aparato estatal.

La referencia a solidaridad/mercado se instaló por consiguiente como divisoria de aguas entre aquellos que defendían derechos adquiridos en el interior del sistema y los que abogaban por nuevas reglas de juego, fundadas en referentes que comenzaban a generalizarse dentro y fuera del país. En ese clivaje, el mantenimiento del sistema solidario se contraponen a la introducción de una lógica de responsabilidad individual, accesibilidad asociada a la capacidad de pago y focalización del gasto público en apoyo de los sectores más débiles a través de mecanismos de subsidio a la demanda.

Sin embargo, en los límites de este artículo hemos procurado demostrar que los mismos agentes que operaban en el interior del sistema terminaron abandonando las reglas que habían ordenado sus interacciones y procuraron construir otras, inscribiéndose en una lógica que parece asociada fundamentalmente a la preservación de cuotas de poder en la distribución de los recursos del sistema.

Si esto es innegable para las instituciones proveedoras de servicios, la lectura es más compleja y menos nítida cuando se intenta sintetizar las posiciones de los dirigentes de obras sociales. Aún cuando han aceptado y en algunos casos estimulado la vigencia de nuevas reglas de juego en la negociación de los contratos con las instituciones médicas —reglas que suponen una nueva fragmentación del vínculo solidario, una mayor estratificación del derecho a la cobertura, y un mayor peso de las condiciones de oferta y demanda en el acceso a la atención por parte de sus beneficiarios— han conseguido al mismo tiempo mantener en sus manos el control de los recursos del sistema y hasta cierto punto también la distribución de beneficiarios según el sector laboral de pertenencia.

En las primeras páginas de este artículo procuramos mostrar que la polarización ideológica entre referentes solidarios y mercado constituye una simplificación del problema de la reorganización sectorial. Basamos nuestro argumento en la transformación de las concepciones colectivas sobre salud/enfermedad/atención médica y la consiguiente redefinición de un paradigma de intervención. No significa esto una lectura lineal del problema y la aceptación de una orientación predeterminada para los cambios en proceso. Por el contrario, la especificación de la modalidad particular que en nuestro país asumió la aceptación del paradigma anteriormente vigente pone el centro de su definición en el contexto local y, más particularmente en el sistema político como uno de los espacios privilegiados de vinculación entre Estado y sociedad.

Toda la lectura que proponemos del problema se basa en el reconocimiento de procesos de mediano o largo plazo que significan la emergencia, desarrollo y crisis de modelos particulares de configuración de las relaciones sociales fundamentales. Tales procesos pueden analizarse nivel macro, afectando la sociedad en su conjunto, o bien focalizando en la dinámica de cada uno de los campos que pueden identificarse en su interior, a partir de cierta especificidad de sus prácticas y cierto nivel de autonomía en la constitución de las respectivas relaciones de poder. Estas definen las reglas que gobiernan las instituciones presentes en cada campo y la producción, apropiación y administración de los respectivos recursos.

La emergencia, desarrollo y crisis de estos modelos relacionales incorpora la política y la ideología como mecanismos de construcción de tales vínculos, excluyendo la lógica conspirativa y los antagonismos aparentemente irreductibles que obturan el debate de nuevas opciones.

Bibliografía

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

Belmartino S. Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo. *Desarrollo Económico* 35 (137): 83-103, abr.-jun. 1995

Belmartino S. 1996a. Servicios de salud, solidaridad y mercado: apuntes sobre el caso argentino. *Estudios Sociales* 10: 53-74.

Belmartino S. 1996 b. Argentina: Nuevas modalidades y espacios de regulación en la seguridad social médica. Ponencia presentada a las *Jornadas Internacionales Estado y Sociedad: las nuevas reglas del juego*. Buenos Aires: Centro de Estudios Avanzados.

Conrad P., Schneider J. 1985, *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Columbus, Ohio: Bella & Howell Company.

Contandriopoulos AP, de Pouvoirville P. 1991. *Entre constructivisme et libéralisme: la recherche d'une troisième voie*. Montréal: Université de Montréal.

Creese, Andrew L. *Public and private mix and competence in health care systems* Division of Strengthening of Health Services. W.H.O. Ginebra, marzo de 1993. Mimeo.

de Sousa Campos GW. 1990, La gestión como componente estratégico para la implantación de un sistema público de salud. *Cuadernos Médico Sociales* 54:33-42, diciembre.

Dos Santos WG. 1987. *Cidadania e Justiça. A política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus.

Esping-Andersen G. 1995. O futuro do Welfare State na Nova Ordem Mundial. *Lua Nova* 35: 73-111, San Pablo: CEDEC.

Evans RG, Stoddart GL., 1990: "Producing Health, Consuming Health Care" *Social Sciences & Medicine* 12: 1347-1363.

Freidson E. 1994. *Professionalism Reborn*. Chicago: University of Chicago Press.

Griffin C. 1992. *Health Care in Asia. A Comparative Study of Cost and Financing*, Washington D.C: World Bank Regional and Sectorial Studies.

Helm D. 1992. *The Economics Borders of the State*. Nueva York: Oxford University Press.

Katz J, Muñoz A. 1988. *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*, Buenos Aires: CEAL/CEPAL.

Le Grand J., Bartlett W. 1994. *Quasi Markets and Social Policy*, London: The Macmillan Press.

Meneu R, Ortún V. eds. 1996. *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*. Barcelona: SG Editores.

Musgrove P. 1996. *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*. World Bank, Human Development Department.

OECD. 1990. *Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency*. París: OCDE.

OECD. 1992. *The Reform of Health Care. A comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Health Policy Studies nº 2, Paris: OECD.

O.P.S./O.M.S. 1992. Instituto de Desarrollo Económico. Banco Mundial, *Seminario sobre la participación público/privada en el sector salud: organización, prestación y financiamiento de los servicios de salud en América Latina*. San José, Costa Rica.

Rondinelli D. et al. 1983. *Decentralization in Developing Countries*, Washington D.C. World Bank ed.