

# Obras sociales: el engañoso consuelo de los promedios

---

Susana Belmartino<sup>1</sup>

Quiero hoy poner sobre una imaginaria mesa de debate la cuestión de una *nueva década perdida* en Argentina: la vinculada a la reiteradamente prometida y nunca alcanzada reforma del sector salud, esperada consecuencia cuasi-automática de la desregulación sectorial.

Los incentivos para la escritura de este texto fueron varios y de diferente índole. El primero es que la información estadística que aquí se presenta estuvo por primera vez en Argentina al alcance de investigadores no integrados al aparato estatal o a la función en organismos a cargo de programas financiados por agencias internacionales, a partir de una publicación realizada por la Superintendencia de Servicios de Salud en 1999.

1. Docente-Investigadora de la Universidad Nacional de Rosario. Investigadora del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS), Rosario, Argentina.

Un segundo estímulo derivó de algunas publicaciones periodísticas donde voces autorizadas del campo de la docencia, investigación, gestión y gobierno en salud y atención médica atribuían la actual crisis financiera de las obras sociales a la situación de recesión económica que nos acompaña implacablemente desde mediados de 1998.

En tercer lugar registro como estímulo un trabajo presentado en alguna de las reuniones, conferencias o foros que se dedicaron a la problemática sectorial a lo largo del año pasado, que me permitió saber que no estaba sola en el rechazo a ese argumento simplificador. En ese *paper* uno de los gestores de la reforma iniciada en 1991 con los decretos de reconversión económica de reforma del Estado, hablaba del *fracaso sanitario argentino*, y proponía una tesis de la que quiero apropiarme en referencia a la situación de las obras sociales: *Ese fracaso no es un problema de recursos sino de formas de organización* (Giordano y Colina, 2000).

En ese *paper* se contraponen dos hipótesis posibles para explicar la situación del sector:

A. La situación económica del país: la situación sectorial sería consecuencia de la crisis general.

B. El fracaso de los intentos de lograr eficacia y eficiencia en el gasto a partir de la reforma.

Hago más en este texto la preferencia por la hipótesis B y el somero diagnóstico que puede sustentarla, fundado en una esquemática caracterización de los alcances y límites de la reforma sectorial.

Tengo solo una reserva en relación al último enunciado: para sostenerlo habría que explicitar con mayor precisión qué se entiende por *costado proveedor*. Confío en que mis razones se aclaren a lo largo de este texto.

El último incentivo para esta escritura, finalmente, radica en el uso y abuso de *cifras promedio* que se utilizan en los últimos tiempos para caracterizar la situación de las obras socia-

les. No quiero insinuar un intención de ocultamiento o de proyección de una imagen más favorable. Entiendo que para la comunicación periodística los promedios son útiles. Uno puede ofrecer una síntesis del sector a partir de tres o cuatro cifras: El promedio de recursos de las obras sociales es  $xx$ ; el costo promedio del PMO es  $xx$  menos  $y$ ; el aporte mínimo garantizado por beneficiario se aproxima en forma esperanzadora a esta última cifra.

En contraste con esa esperanza, el informe sobre la situación de las obras sociales publicado por la SSS es definitivamente abrumador. Se trata solo de datos muy generales, pero suficientes para ofrecer el diagnóstico somero que se brinda a continuación.

## La relación entre beneficiarios y recursos

Un primera perspectiva engañosa de la utilización de promedios radica en la generalizada costumbre de agrupar las obras sociales según el número de beneficiarios. En esa lógica se promedian situaciones muy heterogéneas en cuanto a recursos por beneficiario y consiguiente posibilidad de otorgar cobertura. En ese tipo de lectura del sistema se funda la política actual de la SSS cuando señala que otorgará atención particular al desempeño de las obras sociales de menos de diez mil beneficiarios. Cuando se procede de esa forma, el agrupamiento oculta en parte la gran dispersión de recursos por beneficiario que es uno de los rasgos estructurales del sistema. La distribución de recursos y beneficiarios construida con esa lógica se muestra en el Cuadro nº 1 (siguiente página).<sup>2</sup>

Se ha incorporado al cuadro la información de las obras sociales integradas en COSSPRA, también agrupadas por número de beneficiarios. Incluso entre ellas, donde la situación salarial puede ser más homogénea por tratarse de personal de un solo sector de actividad, el público, el agrupamiento enmascara hasta cierto punto las diferencias de ingresos por benefi-

2. En la totalidad de la información presentada en este artículo se excluyen 8 obras sociales con información muy incompleta.

**CUADRO 1****BENEFICIARIOS Y RECURSOS EN OBRAS SOCIALES AGRUPADAS SEGÚN NÚMERO DE BENEFICIARIOS**

O.S./BENEFICIARIOS	BENEFICIARIOS	% BENEFICIARIOS	% RECURSOS	RECURSOS
Anssal. Pers. Dirección	1.345.572	8,06	20,47	1.277.377,36
Ans. Sind. + de 100.000	7.283.382	43,67	35,63	2.223.617,00
Anss. Sind. 50/99.999	1.150.622	6,90	6,49	404.858,90
Ans. Sind. 25/49.999	741.665	4,45	3,73	232.486,20
Ans. Sind. 10/24.999	597.218	3,58	3,39	211.794,70
Ans. Sind. - de 9.999	408.490	2,45	2,71	169.020,70
Cosspra + de 400.000	2.137.808	12,82	13,80	861.000,00
Cos. 100/399.999	2.717.911	16,30	11,46	715.000,00
Cos. - de 1.000.000	295.312	1,77	2,32	145.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>16.677.980</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>6.240.154,86</b>

Fuentes: Superintendencia de Servicios de Salud, 1999.<sup>2</sup>  
Informe COSSPRA, 1999.

ciario. Si se observan los porcentajes es posible verificar un relativo equilibrio entre la distribución de recursos y beneficiarios, que solo se quiebra significativamente entre las obras sociales de personal de dirección y el resto, condición por demás esperable. La misma relativa homogeneidad se verifica si se utiliza como indicador el monto de recursos por beneficiario, que se presenta en el Gráfico N° 1 (en la página siguiente).

Las cifras son explícitas: si se deja de lado el ingreso por beneficiario de las obras sociales de Personal de Dirección, el rango de ingreso en las OS Sindicales se ubica entre 26,27 y 45,38 pesos por beneficiario/mes, y entre las OS de COSSPRA, entre 26,3 y 49,1 pesos B/M. Esa desigualdad no constituye un indicador de carencia, ya que aun los montos mínimos se encuentran dentro de los costos de cobertura considerados adecuados.

Muy diferente es la situación resul-

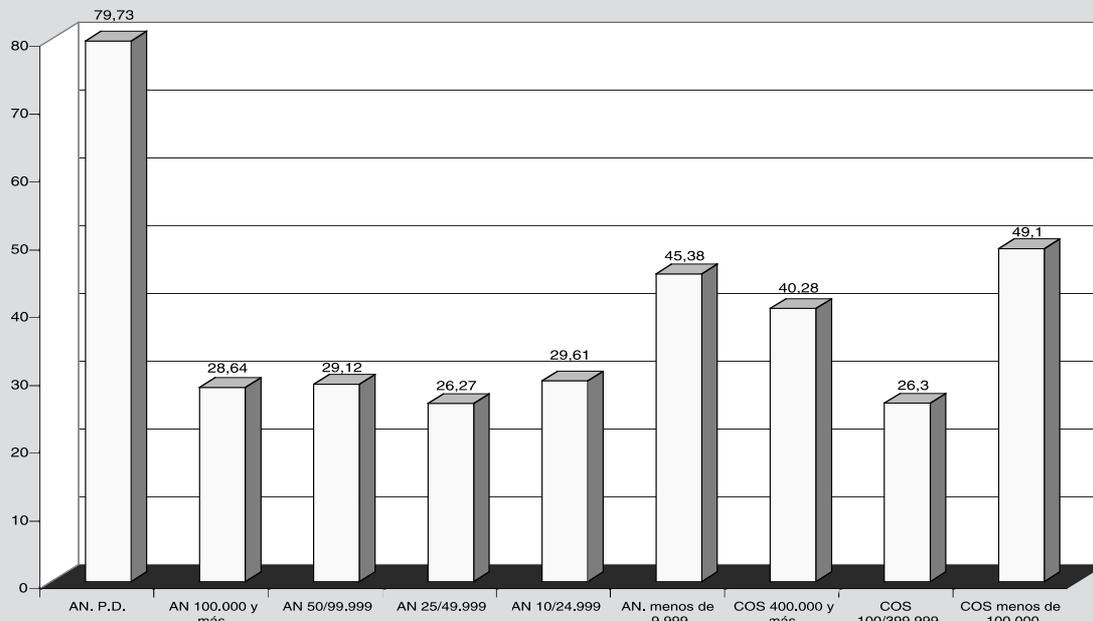
tante si las obras sociales se agrupan según el ingreso mensual por beneficiario. En este marco se torna explícita la real estratificación del sistema, que en sus niveles inferiores pone de manifiesto condiciones verdaderamente críticas.

- En el primer rango se ubican tres grandes conjuntos de obra sociales, conformado por las obras sociales con más de 40 pesos mensuales por beneficiario, que reúnen en promedio entre 52,25 y 79,33 pesos B/M, aunque la dispersión interna es mayor, ubicándose como valores extremos 40,5 y 287,1 pesos por beneficiario por mes. En este nivel se ubican el 26,06% de los beneficiarios y el 47,39% de los recursos del sistema agrupados en 104 obras sociales.

- En segundo término se ubica otro conjunto, que reúne a las obras sociales con un ingreso mensual por beneficiario entre 20 y 39 pesos, aún más importante en el número de bene-

**GRAFICO 1**

**INGRESO POR BENEFICIARIO SEGÚN NÚMERO DE BENEFICIARIOS**



ficiarios cubierto, 48,39% del total, a los que corresponde el 40,32% de los recursos del sistema. Se trata de un conjunto de 112 obras sociales, con un rango de ingresos promedio por beneficiario entre 28,28 y 29,03.

- El tercer nivel —que reúne a 46 obras sociales con ingresos por beneficiario entre 10 y 19 pesos mensuales— se ubica ya en el campo de las dificultades serias para alcanzar una cobertura suficiente: el 24,62% de los beneficiarios tiene a su disposición el 12,12% de los recursos del sistema. El rango de ingreso promedio se ubica entre 15,82 y 17,99.

- El cuarto nivel —obras sociales con menos de 10 pesos por beneficiario/mes— expresa condiciones de carencia, haciéndose difícil imaginar cómo esta población podría obtener la cobertura de atención médica para la cual aporta un porcentaje de su salario. Son 16 obras sociales, que representan una porción ínfima del sistema en cuanto a los beneficiarios, 1,03%, y desdeñable en cuanto al monto de recursos involucrados, el 0,17%. El ingreso promedio mensual llega a 6,34

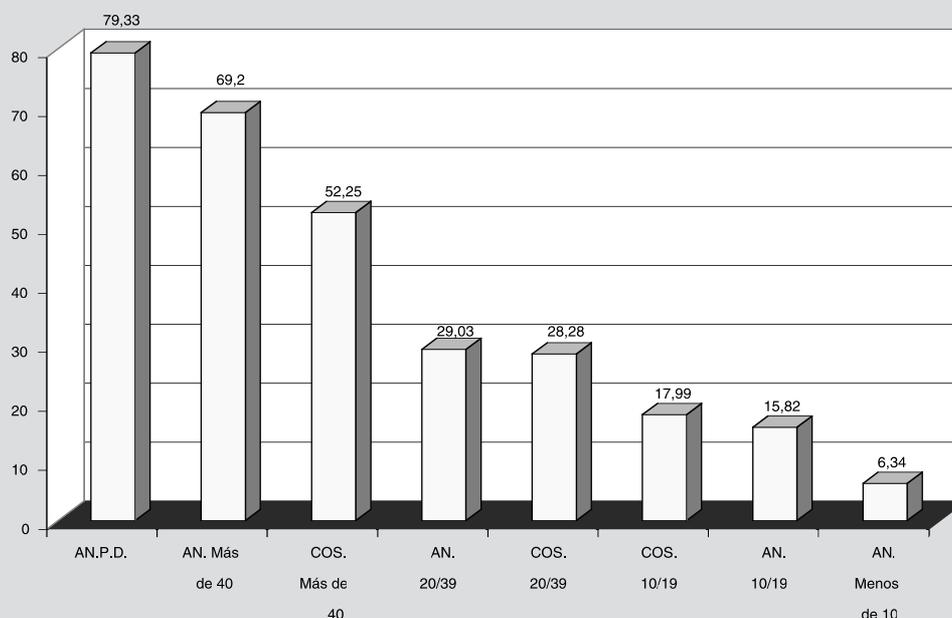
pesos por beneficiario. Se trata sin embargo, de poco más de 170.000 seres humanos, seguramente viviendo en condiciones de carencia, pese a tener un empleo en regla y realizar los aportes requeridos para tener derecho a la protección del sistema.

La estratificación así caracterizada se presenta en el siguiente gráfico (Nº 2, en página siguiente) que muestra los ingresos promedio por beneficiario en las instituciones dependientes de la ANSSAL y de COSSPRA.

En este punto se hace necesario explicar la presencia de instituciones bajo la jurisdicción de la ANSSAL con ingresos que se ubican por debajo de los cuarenta pesos por beneficiario titular garantizados por el decreto 492/95. Es altamente probable que se trate en esos casos de trabajadores a tiempo parcial o con ocupaciones estacionales. De esa forma también es posible que dispongan de una doble cobertura, ya sea por derecho propio o como consecuencia de la inserción laboral de otro miembro del grupo familiar. La situación mostrada en el cuadro no sería por consiguiente tan dra-

## GRAFICO 2

INGRESO POR BENEFICIARIO SEGÚN RANGO DE INGRESO



mática en relación a los afectados como surge de los datos brutos utilizados para confeccionarlo.

Sin embargo, emerge aquí un dramatismo de otra índole, vinculado a las capacidades institucionales del Estado para efectivizar sus políticas. Y una buena oportunidad para formular algunos interrogantes: ¿Cómo es posible que después de algunos años —y varios millones de dólares destinados a consultorías— dedicados al diseño e implementación de una reforma orientada por la búsqueda de eficiencia, todavía no se haya podido efectivizar la disposición en el decreto n° 292/95 que establecía la unificación de los aportes en una sola obra social para el caso de beneficiarios en situación de pluriempleo? ¿Cómo puede el Estado imponer disciplina financiera y acatamiento de normas si no es capaz de aplicar la misma receta a sus agencias? ¿Cómo las organizaciones internacionales de crédito, que exigen la formulación de determinadas políticas para otorgar su apoyo financiero, se sienten luego en

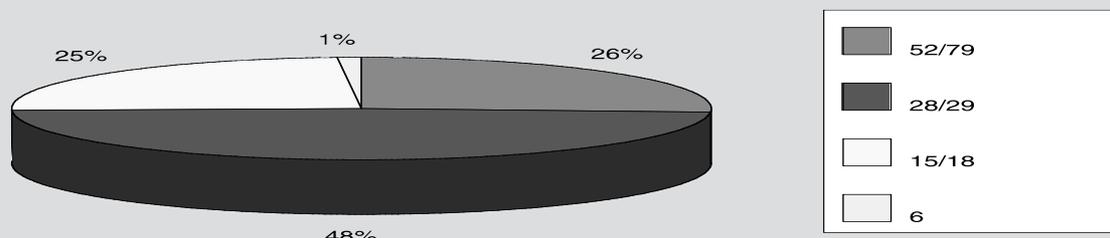
libertad de no supervisar su cumplimiento? No hay duda que el castigo de las conductas no éticas debe quedar en manos del Estado, pero aquí no se trata solo de ética, también de falta de capacidad de aplicar decisiones, coherencia en las políticas llevadas adelante, excesiva disposición a la negociación y el acuerdo con quienes están decididos a obstaculizar toda reforma. ¿La cuestión es abordada como un problema de *governabilidad*? ¿Qué pasa entonces con la capacidad de gobierno, que estamos acostumbrándonos a llamar *governance*?

Para cerrar este punto quiero presentar una aproximación sintética a la relación entre beneficiarios y recursos. Para ello invito a mis lectores a acercarse al Gráfico N° 3, en página siguiente.

Aquí nuevamente los promedios invitan a una perspectiva optimista. Prácticamente la mitad de la población beneficiaria del sistema ANSSAL tiene ingresos promedio por beneficiario que se ubican entre 28 y 29 pesos mensuales, en torno o por encima de los

**GRAFICO 3**

**DISTRIBUCIÓN INGRESO SEGÚN NÚMERO DE BENEFICIARIOS**



costos calculados para el PMO; una cuarta parte goza de situación excepcional, con ingresos promedio entre 52 y 79 pesos; otro 25% está en dificultades, ya que con ingresos ubicados entre 15 y 18 pesos sería difícil solventar gastos de administración y pagar una cápita adecuada en retribución de los servicios comprendidos en el PMO. Esta última situación seguramente se verá sustancialmente mejorada cuando se aplique el subsidio decidido por la nueva administración, que llega a 20 pesos por beneficiario por mes. El 1% restante, ya lo hemos señalado, puede vincularse a beneficiarios que gozan de otra cobertura social.

Entonces, ¿de qué tenemos que preocuparnos?

La cuestión se complica cuando utilizamos la información disponible para verificar la capacidad de compra de atención médica existente entre las obras sociales, un segundo paso de este intento de descalificar los promedios (en este caso el engañoso promedio resultante de los cálculos de costo del PMO, bajo el supuesto de que en la práctica existe una provisión homogénea de ese paquete) y comenzar a analizar situaciones particulares.

**La capacidad de compra de las obras sociales estratificadas según ingreso**

Nuevamente recurro a la información brindada por la SSS para concretar una

aproximación a la capacidad de compra de los diferentes segmentos de las obras sociales, definidos según el ingreso de sus beneficiarios. Para ello trabajaré la información sobre consultas e internaciones anuales por beneficiario.

Para ordenar la información he optado por definir en primer lugar una situación que caracterizo como Norma. Considero para ello la disposición, de presencia generalizada en los contratos de compra de servicios por parte de las obras sociales, que estipula la realización de cinco consultas por beneficiario/año como uno de los indicadores de utilización adecuada de los servicios. Para definir el número de consultas anuales que consideraré adecuadas —según Norma— he ampliado considerablemente esa cifra y ubicado en esa categoría a todas las obras sociales que declaraban la realización de entre tres y seis consultas por beneficiario por año. Menos de tres consultas por beneficiario por año son consideradas utilización por debajo de la Norma y más de seis se ubican en el registro inverso. Puede considerarse que el cuadro resultante se ha organizado sobre un criterio amplio de utilización adecuada, que otorga mayor significación a los casos que se ubican fuera de ella. Las cifras son presentadas en el Cuadro N° 2 y el Gráfico n° 4 (ambos en página siguiente).

En el Cuadro N° 2 se agrupan las obras sociales según ingreso mensual por beneficiario y dentro de cada categoría se discrimina el número de beneficiarios asociado con el indicador ya

**CUADRO 2**

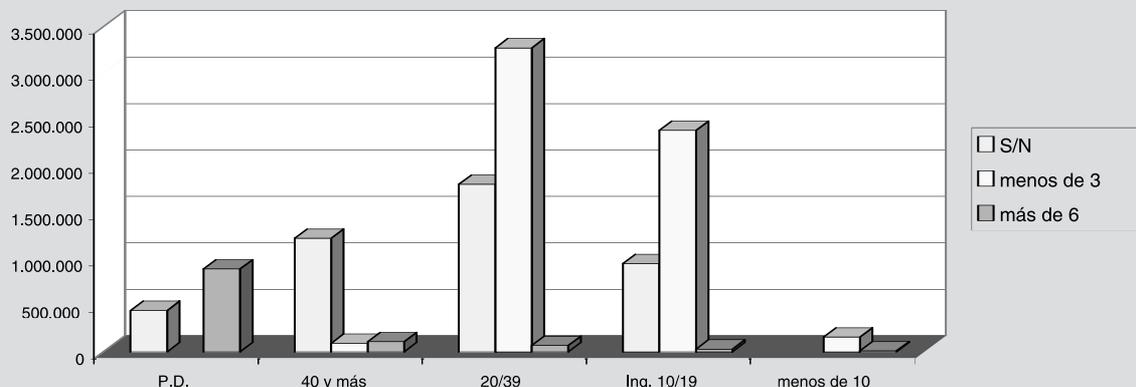
**BENEFICIARIOS SEGÚN UTILIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA (CONSULTAS POR BENEFICIARIO/AÑO)  
EN OBRAS SOCIALES AGRUPADAS SEGÚN INGRESO POR BENEFICIARIO**

OBRAS SOCIALES SEGÚN RANGO DE INGRESOS	BENEFICIARIOS	CONSULTAS B/A SEGÚN NORMA	MENOS DE 3 CONSULTAS B/A	MÁS DE 6 CONSULTAS B/A.	TOTALES POR TIPO DE OBRA SOCIAL
Personal de Dirección	Nº	445.308		893.077	1.338.385
	%	33,27		66,73	100%
Sindicales. Más de 40 pesos B/M	Nº	1.222.463	91.026	109.759	1.423.248
	%	85,89	6,40	7,71	100%
Sindicales. Entre 20 y 40 pesos B/M	Nº	1.804.819	3.273.129	68.391	5.146.339
	%	35,07	63,60	1,33	100%
Sindicales. Entre 10 y 20 pesos B/M	Nº	951.292	2.385.123	28.409	3.364.824
	%	28,27	70,88	0,85	100%
Sindicales. Menos de 10 pesos B/M	Nº		159.310	10.725	170.035
	%		93,69	6,31	100%
<b>Totales según utilización</b>	Nº	4.423.882	5.908.588	1.110.361	11.442.831
	%	38,66	51,64	9,70	100%

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 1999.

Los totales no coinciden en los diferentes cuadros por problemas de información incompleta.

**CONSULTAS POR BENEFICIARIO SEGÚN RANGO DE INGRESO (NÚMERO DE BENEFICIARIOS)**



descripto, que procura medir diferentes niveles de utilización. Es un cuadro de difícil lectura ya que incorpora tres variables: obras sociales estratificadas según rango de ingresos, cantidad de consultas por beneficiario/año y número de beneficiarios afectados por las tres modalidades de provisión de servicios: según Norma, por encima de la Norma y por debajo de esta. Se intenta por esa vía mostrar así el número de beneficiarios afectados en cada rango de ingresos por prácticas de subprestación y sobreprestación de servicios.

Las conclusiones a extraer de la información presentada son relativamente simples: están afectados por una utilización de la atención médica por debajo de los promedios históricos seleccionados para establecer los parámetros en contratos capitados un 63% de los beneficiarios de las obras

sociales con ingresos promedio entre 20 y 40 pesos, un 70% de los beneficiarios de aquellas que registran ingresos entre 10 y 20 pesos y un 93% de los beneficiarios de obras sociales con menos de 10 pesos mensuales por beneficiario. En el total del sistema ANSSAL solo el 38,66% de los beneficiarios está atendido según Norma, un 9,7% recibe más consultas que las consideradas adecuadas. El Gráfico n° 4 ilustra el mismo problema.

El mismo ejercicio puede formularse con las internaciones. Para este caso he definido como situación según Norma un rango de internaciones anuales por 100 beneficiarios ubicado entre 7 y 11, la subutilización se registraría cuando se produce un número de internaciones menor a 7 y la sobreutilización cuando es superior a 11. El cuadro n° 3 y el Gráfico n° 5 ilustran la situa-

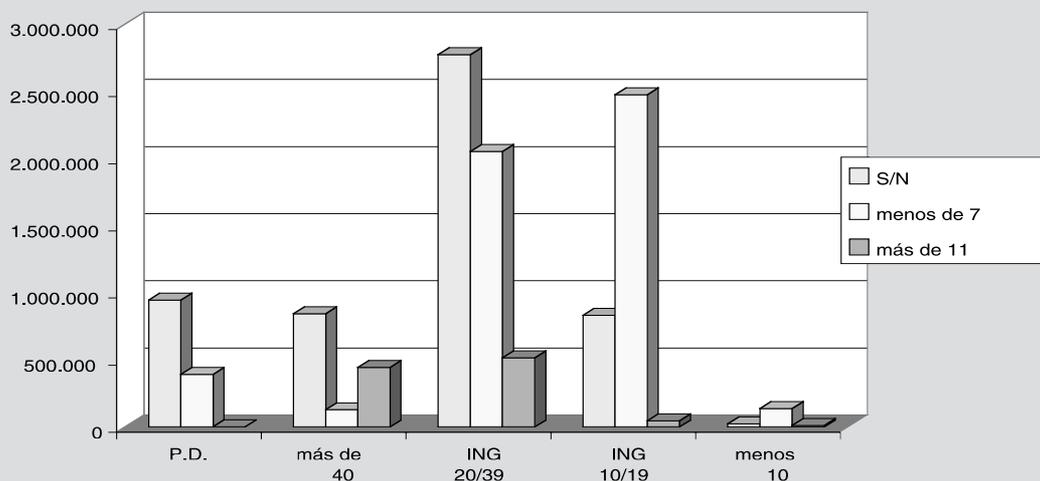
### CUADRO 3

**BENEFICIARIOS SEGÚN UTILIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA (INTERNACIONES POR 100 BENEFICIARIOS/AÑO) EN OBRAS SOCIALES AGRUPADAS SEGÚN INGRESO POR BENEFICIARIO**

OBRAS SOCIALES SEGÚN RANGO DE INGRESO	BENEFICIARIOS	INTERNACIONES 100 B/A SEGÚN NORMA	MENOS DE 7 INTERNACIONES 100 B/A	MÁS DE 11 INTERNACIONES 100 B/A	TOTALES POR TIPO DE OBRA SOCIAL
Personal de Dirección	N° %	944.449 70,57	392.362 29,31	1.574 0,12	1.338.385 100%
Sindicales. Más de 40 pesos B/M	N° %	843.344 59,59	128.520 9,08	443.490 31,33	1.415.354 100%
Sindicales. Entre 20 y 40 pesos B/M	N° %	2.773.714 51,93	2.053.258 38,44	514.441 9,63	5.341.413 100%
Sindicales. Entre 10 y 20 pesos B/M	N° %	831.734 24,82	2.474.451 73,84	45.007 1,34	3.351.192 100%
Sindicales. Menos de 10 pesos B/M	N° %	22.547 13,26	136.763 80,43	10.725 6,31	1.700.035 100%
<b>Totales según utilización</b>	N° %	5.415.778 46,62	5.185.354 44,64	1.015.237 8,74	11.616.379 100%

## GRAFICO 5

INTERNACIONES POR BENEFICIARIO SEGÚN RANGO DE INGRESOS (NÚMERO DE BENEFICIARIOS)



ción en las diferentes categorías de obras sociales agrupadas por ingreso. De las cifras consignadas resulta que menos de la mitad del total de beneficiarios del sistema recibe internaciones según Norma, un 44,64% estaría sub atendido y en un 8,74% se verificarían condiciones de sobreprestación.

## Un viaje en la máquina del tiempo

Propongo ahora un pequeño ejercicio de ciencia ficción: A partir de las condiciones actuales de utilización de atención médica de los beneficiarios de obras sociales con ingresos entre 20 y 30 pesos mensuales, estimaré las futuras condiciones de utilización para aquellos que hoy revisten en obras sociales con promedios de ingreso inferiores a 20 pesos B/M y serán beneficiados con la garantía otorgada a través del Fondo de Redistribución de un ingreso mínimo por beneficiario igual a ese monto.

Selecciono para esta estimación obras sociales que hoy perciben un ingreso promedio entre 20 y 30 pesos, con la intención de utilizar —nuevamente— un criterio amplio para la selección de la población de referencia,

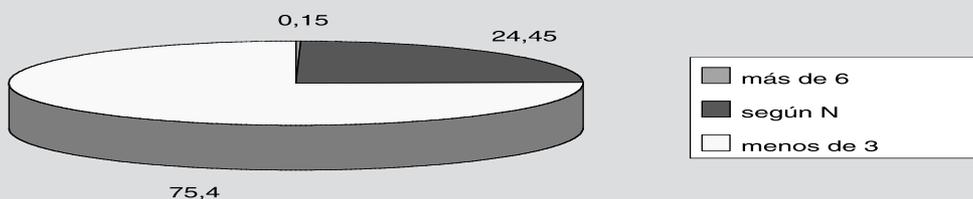
de manera de no aparecer proyectando un escenario de catástrofe. La muestra resulta bastante representativa, se trata de 54 obras sociales, que suman 4.276.041 beneficiarios y cuentan con recursos que llegan a 1.283.551.800 pesos, percibiendo por consiguiente un ingreso mensual promedio de 25,01 pesos por beneficiario. Tenemos información sobre consultas anuales para 53 instituciones, con 4.271.847 beneficiarios. El resultado se presenta en el Gráfico N° 6, inserto en la siguiente página.

La distribución resultante del gráfico no es alentadora: solo un 25% de los beneficiarios en obras sociales con un ingreso entre 20 y 30 pesos mensuales ha tenido en 1998 consultas según norma; un 75% ha sufrido algún tipo de subatención, un porcentaje mínimo ha recibido más consultas de las consideradas adecuadas.

Si proyectamos estos porcentajes sobre la población perteneciente a obras sociales con promedio de ingreso inferior a 20 pesos mensuales —recurso que constituye solo una posibilidad de aproximarse a una cifra total que desconozco— podremos producir una hipótesis sobre las condiciones de atención a las que podrán acceder

**GRAFICO 6**

**DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS EN POBLACIÓN CON 20-30 PESOS B/M**



aqueellos individuos que requieran atención médica, si el modelo de provisión continúa sin cambios. De los beneficiarios en esas condiciones, que suman 3.601.273, algo más de dos millones y medio recibirán menos de tres consultas anuales, algo más de cinco mil recibirán más de seis, y solo 880.000 tendrán acceso a una atención considerada adecuada. Los resultados se muestran en el Gráfico N° 7.

Con este largo rodeo considero justificadas las hipótesis propuestas al comienzo de este artículo, cuando señalaba los límites más significativos de la política de reforma: el énfasis colocado en la reforma de las instituciones financiadoras, sin considerar las relaciones entre financiadores y proveedores y el modelo prestacional resultante; los incentivos inadecuados que se generaron entre financiadores y proveedores con la introducción de los contratos capitados en condiciones de ausencia de la función de regulación y control; y la dominancia que los proveedores siguen manteniendo sobre el sistema. En este último punto, como ya adelanté, creo que es necesario in-

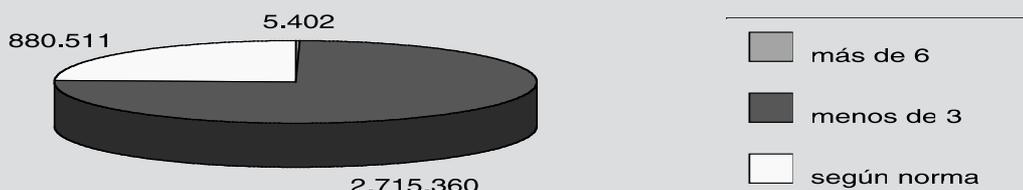
troducir algún matiz que puede sintetizarse en los siguientes puntos:

- u Esa dominancia no se apoya ya sobre las decisiones del proveedor individual, dotado de control sobre el consumo de atención médica que realizará cada uno de los pacientes a su cargo.

- u En la gestión de los contratos capitados ese control ha sido apropiado por la entidad gerenciadora del contrato, en las múltiples formas que asume esa función. El interés de la gerencia es que los contratos “cierren”. Para lograr ese fin pueden utilizar incentivos, normas de práctica, modalidades particulares de organización de la atención médica, o simplemente descontar quebrantos. Cada uno de estos mecanismos supone un diferente punto de equilibrio para los proveedores individuales y diferentes resultados en la atención recibida por los pacientes.

- u Para controlar que el equilibrio financiero de los contratos no redunde en un deterioro severo de la cantidad y calidad de la atención provista, se ha introducido en los sistemas de atención médica contemporáneos

**PROBABLE DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS ENTRE LA POBLACIÓN BENEFICIADA CON EL SUBSIDIO DE \$20 B/M**



una nueva función, antes inexistente: la función de compra. Quienes asumen ese rol actúan en representación del interés de los pacientes, aunque deben equilibrar ese interés con la necesidad de preservar el sistema en el mediano plazo. Es una función muy delicada: en otras latitudes, con mayor cultura de salud pública, implica un diagnóstico epidemiológico de la población, la programación de la atención médica necesaria para satisfacer las necesidades consecuentes, la identificación de actividades costo-efectivas que garanticen un adecuado balance de calidad y costo, el seguimiento de los procesos de atención médica con el fin de evaluar calidad, la preocupación por la satisfacción de los pacientes con la atención recibida. No se trata de exigir esto a nuestras castigadas instituciones de salud; sin embargo, en algún lugar del sistema deberían generarse mecanismos de monitoreo o control, que garanticen a la población beneficiaria el acceso a una atención médica adecuada.

- Las cifras sobre provisión de servicios recogidas en el informe de la SSS revelan el carácter ficcional del PMO, al igual que los diferentes intentos para calcular su valor. Sucede que el PMO tiene valores diferentes para cada gerenciana —y probablemente para cada uno de los contratos que cada gerenciana gestiona— ya que depende de la magnitud y complejidad de los servicios ofrecidos, y estos, ya no exclusivamente de la voluntad del proveedor, sino de los montos disponibles para remunerarlos; los incentivos colocados para regular la conducta prescriptiva; el grado de aceptación de los profesionales de la nueva cultura de práctica; la composición de la red proveedora en cuanto a recursos humanos y tecnología; y otros aspectos que seguramente se me escapan, todos ellos imbricados en una dinámica en cuyo interior sería difícil identificar el peso de cada uno.

Dada la importancia de las características de la provisión de servicios —el modelo prestacional en la jerga

de los gerenciana— llama la atención el escaso interés puesto por las autoridades sectoriales en la regulación del sistema proveedor. La preocupación de la SSS se proyecta prioritariamente sobre las entidades financiadoras. En tal sentido, el decreto 109/2000 estableció los siguientes parámetros para evaluar el desempeño de las obras sociales:

- Capital de trabajo.
- Endeudamiento total y corriente.
- Patrimonio neto.
- Inmovilización de bienes de uso.
- Resultado operativo.
- Nivel de gastos prestacionales y administrativos.
- Rotación de créditos por aportes y contribuciones.
- Rotación de deudas prestacionales.
- Liquidez prestacional.
- Cantidad de beneficiarios.
- Gasto total y administrativo.
- Capacidad de cancelación de pasivos.
- Ingresos por titular aportante en relación de dependencia.
- Ingresos por Fondo Solidario.
- Relación ingreso/egreso de beneficiarios.

Sobre 15 ítems —todos de gran significación en relación a medir solvencia financiera— no hay uno que procure medir qué se está comprando. Varios de ellos han sido objeto de preocupación a lo largo de la última década, en particular el gasto que destinan las obras sociales a su administración.

## Por último, el gasto administrativo

Nadie puede decir que no se haya insistido lo suficiente en el volumen de gasto administrativo de algunas obras sociales. Este es, a mi criterio, el indicador más patético de lo que he llamado una *década perdida*. Nada parece haberse conseguido, si se tienen en cuenta los porcentajes dedicados a ese rubro en la mayoría de las instituciones.

Las cifras se consignan en el siguiente gráfico. En este caso se ha conservado el agrupamiento por número de beneficiarios bajo el supuesto que aquellas con mayor cantidad de beneficiarios tendrían más posibilidades de reducir este componente de su gasto.

El Gráfico se ha organizado teniendo en cuenta diferentes niveles de gasto administrativo: todos sabemos que la ley 23.660 establecía un tope del 8% de sus ingresos para este tipo de gasto. Los diferentes niveles se han definido a partir de ese criterio: un gasto inferior al 4% permitiría inferir poca o nula actividad en la obra social. La inferencia no es segura, ya que en las obras sociales de empresas el gasto administrativo suele ser muy bajo porque no existe una estructura de administración específica para la cobertura de atención médica. De todos modos, lo que se intenta subrayar son los dos niveles de gasto superiores al 8%: con ese fin se ha identificado a las obras sociales con un gasto entre 9 y 19,9% y aquellas con un gasto superior a esta última cifra.

El Gráfico N° 8 registra por consiguiente dentro de cada categoría de obras sociales definidas por el número de beneficiarios, el porcentaje de gasto administrativo según esos cuatro niveles. Las mayores frecuencias se verifican en la categoría de gasto entre 9 y 19,9%: allí se ubican un 26,09% de las

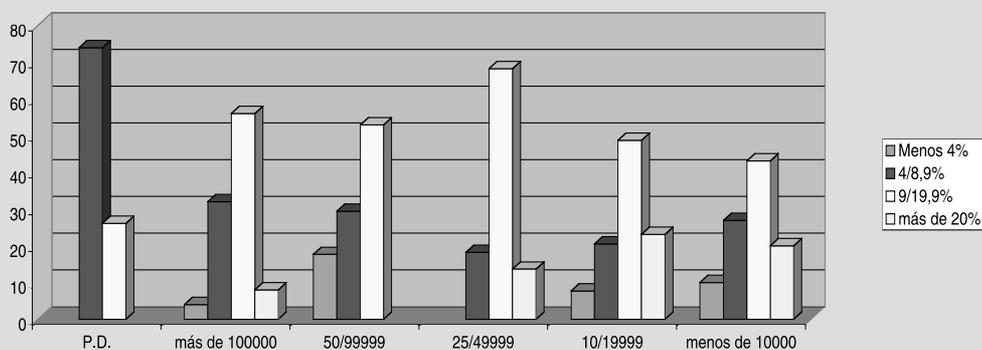
obras sociales de personal de dirección, un 56% de las que tienen más de cien mil beneficiarios, un 52,93% de las que tienen entre cincuenta y cien mil beneficiarios, un 68,18% de las que se ubican en la categoría de veinticinco a cincuenta mil beneficiarios; un 48,78% de las que registran entre diez y veinticinco mil beneficiarios y un 43,08% de las que declaran un número de beneficiarios inferior a diez mil.

## ¿Dónde están los responsables?

Puede parecer natural, después de un diagnóstico de este tipo, intentar adjudicar responsabilidades en diferentes espacios del sistema. Esa tarea no solo es improductiva, también produciría resultados muy difíciles de defender. Hay una suma de responsabilidades difusas, más que un área o institución responsable de las condiciones vigentes. Hay pautas culturales que se han ido reproduciendo a lo largo del siglo, aplicando una misma lógica a diferentes formas institucionales.

Un ejemplo de la cultura de fragmentación, por ejemplo, radica en la forma en que se aborda en este momento la cuestión de la fusión de obras sociales. Dirigentes auténticamente preocupados por la viabilidad financiera de las instituciones que gobiernan se acercan a otras similares, pro-

**PORCENTAJE DE GASTO ADMINISTRATIVO SEGÚN NÚMERO DE BENEFICIARIOS**



curando formas de coordinación para la mejor utilización de esos recursos. Formulan un listado de dificultades a enfrentar, pero es difícil encontrar entre ellas alguna referencia crítica que se haga cargo de la resistencia a la fusión, a la integración entre instituciones, sin duda la forma más eficiente de resolver los problemas asociados con el pool de riesgo. La fragmentación es un dato que no se cuestiona. La coordinación, federación, consorcio, o como se denomine la alianza que se propone, es una forma institucional menos eficiente, pero identificada *a priori* como la única factible.

En otras áreas del sistema también podrían identificarse rasgos que han ido conformando el círculo vicioso que hoy gobierna la reproducción del sistema: la desconfianza frente a las decisiones del Estado; la disposición a la negociación fuera de cualquier institucionalidad que establezca reglas de juego públicas y acatadas por todos los actores en la toma de decisiones del sistema; una formación profesional médica que está siendo fuertemente cuestionada —al menos— desde los años 60; las representaciones sobre su lugar deseable en el sistema que construyen otras profesiones, intentando reproducir y no superar las limitaciones de la profesión dominante; el deslumbramiento que comparten médicos y pacientes ante una tecnología que deslumbra con sus sofisticados avances diagnósticos en un espacio donde no siempre se cuenta con los recursos —técnicos, humanos, financieros— necesarios para aplicar la correspondiente terapéutica.

En una publicación relativamente reciente (Belmartino, 2000) he intentado una lectura de este problema —complejo e insuficientemente definido— en términos de regulación. El intento era desplazar la idea de una fuente dominante de regulación en manos del Estado y matizarla a partir de reconocer múltiples fuentes de producción y reproducción de reglas de juego ordenadoras de la conducta de sus agentes.

¿Significa esto reconocer una so-

bre-determinación sistémica que impediría operar cambios a partir de la toma de decisiones políticas? De ningún modo, significa solamente que las decisiones políticas orientadas al cambio deben ser estratégicas no solamente en la identificación de las áreas críticas del sistema —en Argentina sobradamente conocidas— sino también en la identificación de los mecanismos destinados a inducir la transformación. La literatura referida a reforma habla en general de dos mecanismos: incentivos y normas. Los incentivos —no solo económicos, sino de todo tipo, seleccionados conforme al agente cuya conducta se quiere modificar— se aplican a los agentes cuya conducta escapa en general a una autoridad de tipo institucional o política —las normas pueden ser elaboradas a partir de consensos y aplicadas conforme a una lógica de emulación y control entre pares, o diseñadas por gerentes y autoridades de diferente nivel, de manera de adecuar a ellas las formas organizativas y los mecanismos de monitoreo y control de las diferentes áreas—.

Las puestas de reforma en general tienen una fuerte impronta prescriptiva: se basan en la antigua lógica del *hay que* (hay que descansar en la disciplina del mercado, hay que defender las instituciones solidarias, hay que priorizar una conducta profesional orientada por valores éticos y no por la expectativa de lucro, hay que garantizar derechos de ciudadanía), y olvidan el *cómo*. Dedicamos mucho tiempo a diseñar instituciones macro y desdeñamos el esfuerzo de pensar qué reglas de juego gobernarán la conducta de los agentes involucrados en su operatoria. •

---

Giordano & Colina (2000). *Las reformas al sistema de salud ¿El camino hacia un sistema universal, equitativo y eficiente?* Serie Documentos N° 15. Buenos Aires: Fundación Novum Millennium.

Belmartino S (2000). *Nuevas reglas de juego para la atención médica en Argentina, ¿quién será el árbitro?* Buenos Aires: Lugar Editorial.