

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO

53

REFORMA AL SECTOR SALUD
EN ARGENTINA

Roberto Tafani



NAACIONES UNIDAS

PROYECTO CONJUNTO CEPALGTZ
"REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE"
UNIDAD DE FINANCIAMIENTO, D.C.I.T.F.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO

53

REFORMA AL SECTOR SALUD
EN ARGENTINA

Roberto Tafani



NACIONES UNIDAS

PROYECTO CEPAL/GTZ
“REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE”
UNIDAD DE FINANCIAMIENTO, D.C.I.T.F.
Santiago de Chile, julio de 1997

LC/L.1035
Julio de 1997

Este documento fue preparado por el señor Roberto Tafani, consultor de la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento de la CEPAL, dentro del marco del Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ "Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe". La edición técnica estuvo a cargo del señor Daniel Titelman, Experto en políticas monetarias y financieras de la Unidad de Financiamiento.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

RESUMEN..	5
1.- LOS PROBLEMAS	7
1.1.- Indicadores Sanitarios Comparados	7
1.2.- Desperdicio Institucional.....	9
a) Hipertrofia de la Intermediación	9
b) El Aumento del “Loading Fee”	10
1.3.- El Acceso y el Mito de la Solidaridad Total	11
1.4.- Discontinuidad en la Cobertura y Subsegurados	13
1.5.- La Sobreoferta Prestacional	15
1.6.- Debilidad Regulatoria y Reforma Sectorial	16
2.- LA OFERTA PÚBLICA Y PRIVADA.....	19
2.1.- El Gasto Global..	19
2.2.- Instituciones y Camas.....	21
2.3.- Importación de Bienes de Capital	32
2.4.- La Desregulación de la Oferta Privada	37
3.- LA DEMANDA EN SALUD	41
3.1.- Los Seguros de Salud y el Impacto sobre la Demanda	45
4.- ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO DE SEGUROS	51
4.1.- Las Obras Sociales del ANSSAL	53
4.2.- La Distribución de los Subsidios desde ANSSAL	61
4.3.- El Subsidio Automático ajustado por Ingreso	63
4.4.- Las Obras Sociales Provinciales	67
4.5.- El Seguro Público para Jubilados	72
4.6.- Prepagas.	74
5.- NUEVAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN DE LA ESTABILIDAD:	
ADMINISTRADORAS DE PRESTACIONES Y MEGALABORATORIOS	77
5.1.- Las Administradoras de Prestaciones y la Reforma Competitiva	79
5.2.- La Reacción de los Prestadores: Bioquímicos y Megalaboratorios	81
5.3.- La Transnacionalización de los Seguros y los Prestadores	83
6.- POLÍTICAS Y DECRETOS RECIENTES EN SALUD	87
6.1.- La Política de Salud	88
6.2.- Decreto 9-93	89
6.3.- D ecreto 578-93. Hospital de Autogestión	90

6.4.- Decretos que afectan el Financiamiento de las Obras Sociales	92
a) Decreto 2609	92
b) Decreto 372-95..	92
c) Decreto 292-95..	93
d) Decreto 492-95..	96
7.- PROPUESTAS DE REFORMA.....	103
7.1.- La Propuesta Oficial y el Banco Mundial.....	103
a) Objetivos.	103
b) Los componentes: Políticas y Regulación	103
c) Los componentes: La Reestructuración de las Obras Sociales	104
d) Los componentes: PAMI	104
7.2.- La Descaracterización del Proyecto del Banco Mundial.....	104
7.3.- El Proyecto de la Confederación General del Trabajo (CGT)	106
7.4.- Propuesta de FIEL-CEA	108
a) El Subsistema de Obras Sociales.....	108
7.5.- Propuesta para PAMI	111
a) Fondo de capitalización para comprar un Plan de Cobertura Tipo.....	111
b) Libre elección de la aseguradora	112
c) Fondo compensador solidario	112
d) Esquema de Transición.....	112
7.6.- Las Propuestas Comparadas: Convergencias	113
1) Las Fusiones de las Obras Sociales.....	113
2) El Programa Médico Obligatorio	113
3) La Distribución Automática de Subsidios.....	113
4) Regulación y Fortalecimiento Institucional.....	114
7.7.- Las Propuestas Comparadas: Divergencias.....	114
1) Libre Elección y Competencia.....	114
2) Cambios en la Forma de Financiamiento	115
3) Apertura del Sistema.....	115
8.- CONCLUSIONES	117
8.1.- Síntesis General	117
8.2.- Escenario Futuro Probable.....	126
BIBLIOGRAFÍA.....	131

RESUMEN

En este trabajo se analizan las transformaciones que ocurren en el sector salud, las medidas recientes y las propuestas de reforma en Argentina. El proceso en marcha sugiere que conviven la sobreoferta prestacional y su privatización, con la subcobertura de los seguros en un contexto de ineficiencias institucionales y debilidad regulatoria. En ese escenario se pretende instalar una reforma competitiva, la cual podría agravar las imperfecciones de los mercados al inducir la concentración de los fondos de enfermedad semipúblicos (obras sociales) sin permitir la apertura del mercado a otras entidades en lo que puede caracterizarse como una desregulación **cerrada**. La señal de una posible aparición de fuertes oligopsonios sindicales junto a la desregulación de la oferta ha generado nuevas formas de organización en esta última tendiente a aumentar la escala de producción como en el caso de los megalaboratorios y la conformación creciente de redes. Ello sugiere un escenario futuro de oligopolio bilateral.

El sector continua incorporando en forma permanente innovaciones tecnológicas intentando neutralizar la caída de la rentabilidad en los mercados. Las tasas decrecientes en la compra de equipos del exterior sin embargo, señalan un proceso de catch up con el mundo antes que la reversión del proceso de saturación. Ello sugiere junto al proceso de desaceleración del crecimiento de los recursos de los seguros públicos y semipúblicos que en el futuro se habrá de agudizar la puja distributiva, la contratación selectiva y habrá de aumentar aún más el gasto privado de bolsillo en la estructura de financiamiento de los servicios. Dada la elasticidad ingreso positiva del gasto privado en salud y la distribución regresiva que caracteriza a la fase de recuperación del ciclo económico el sistema de salud en Argentina tiende hacia una mayor diferenciación social en el acceso con el consiguiente impacto negativo sobre la equidad.

1.- LOS PROBLEMAS

Históricamente, en Argentina, se ha planteado que un problema del sector salud es el elevado nivel del gasto dado que el mismo representa una importante proporción del PBI (aproximadamente un 8 %) del mismo. Este criterio sin embargo, ha sido colocado en tela de juicio por los analistas. Para algunos, (Fuchs Victor 1993), la medición del gasto como parte del PBI no dice mucho porque ello es una cuestión de valores. Adicionalmente para el caso de Argentina que tuvo una década perdida en su economía, el indicador puede reflejar más la falta de crecimiento que el aumento del gasto en salud. Existen también problemas cuando al nivel del gasto se lo trata en términos comparativos, lo cual involucra la cuestión de los precios relativos y la variación del tipo de cambio debido a flujos de comercio. (White Joseph 1995) En ese sentido la solución al patrón de medida comparativa mediante el método PPP (parity purchasing power) requiere mayor desarrollo metodológico en los sistemas de información en los países en vías de desarrollo.¹

1.1.- Indicadores Sanitarios Comparados

El reciente informe del Banco Mundial (World Bank 1995) que ha dado lugar al crédito para la reforma del sistema de las obras sociales (PARSOS), plantea el problema de los indicadores sanitarios comparados. Argentina con un ingreso per cápita que supera al de Chile y Uruguay tiene peores indicadores epidemiológicos. El Banco mundial concluye a continuación que *“serias ineficiencias e inequidades en el uso de los recursos para los servicios de salud -con la mayoría de los recursos circulando a través del sistema de seguros de salud del país- son un factor principal que contribuye a esos desilucionantes resultados en salud”* (op cit p.9)

Si bien el contraste impacta, esto no es garantía de que el método comparativo sea necesariamente consistente. La cuestión es que esta forma de plantear el problema retrotrae a otro que le subyace que es el entorno social. Son las prácticas alimentarias, la disponibilidad de viviendas aptas, los hábitos individuales (cigarrillo, alcohol), el crimen, el tráfico peligroso, lo que genera los insumos o problemas del sector salud. Estos problemas son enfrentados mediante el sistema de atención que intenta resolverlos a través de múltiples formas de organización, lo cual genera finalmente los resultados en salud.

¹ Esta solución implica medir la habilidad de compra de una canasta de mercaderías del gasto. Luego esas mercaderías se traducen en dólares. Se determina primero que se compra y luego se hace la valuación a una moneda común.

ESTADÍSTICAS DE SALUD COMPARADAS

	Per Cápita GDP (US\$1992)	Expectativa promedio de vida 1992	Tasa de Mortalidad infantil 1992	Médicos por mil habitantes 1990	Camas de Hospital por mil habi- tantes 1990	Porcentaje niños <1 vacunados 1993
Argentina	6050	71	29	2,7	4,5	79,2
México	3470	770	35	1,7	0,7	91
Uruguay	3340	72	20	3,7	4,8	88
Venezuela	2910	70	33	1,6	2,3	68,7
Brasil	2770	66	57	1,4	3,6	68,5
Chile	2730	72	17	1,1	3,2	93,7
Costa Rica	1960	76	14	1,3	2,5	86
Paraguay	1380	67	36	0,7	1,7	78,9
Colombia	1330	69	21	1,1	1,5	83

Fuente: Banco Mundial. "World Development Report"(1994) y Organización Panamericana de la Salud "Condiciones de salud en las Américas"(1984).

La comparación de los resultados para deducir de allí una conclusión sobre eficiencia del gasto es metodológicamente incorrecta si no hay supuestos comunes y homogéneos en lo que hace a los insumos. Sólo en caso de tener dos sociedades con idénticos parámetros de comparación social se podría atribuir el resultado al impacto del comportamiento diferencial de los sistemas de atención de la salud, y dentro de este al mecanismo de financiamiento que le subyace. Esta comparación es prácticamente improbable.

Para sociedades como la Argentina con un elevado y en ascendiente récord de muerte y accidentes graves de tránsito, con alto y desigual comportamiento de la mortalidad infantil por causas evitables, y otros problemas del entorno, un programa de salud, podría ser orientado hacia pautas de nutrición, límites de velocidad, impuestos al tabaco, plan de obras públicas, comunicación social, o sea hacia cuestiones que no necesariamente tienen que ver con la organización de los servicios de salud. Ello sugiere que antes que buscar el problema en comparaciones inconsistentes, parece preferible, partir de los indicadores propios y actuar sobre los insumos del sistema de salud. Caso contrario el riesgo es caer en un reduccionismo que asocia resultados exclusivamente al sistema de atención, y allí empieza a calar el problema de la ideología.

Tan simplista es aquella versión que atribuye todo al sistema de atención o al individuo descuidando el entorno como aquel que focaliza sólo en los resultados. La versión de que todos los problemas son consecuencia del comportamiento individual conduce a no hacer reforma alguna ni en el financiamiento ni en la organización prestacional, ello al margen de que no se aborda la cuestión de la distribución del ingreso y su impacto sobre la equidad. Por el otro lado no menos parcial resulta la visión de que todo el sistema de atención es una exclusiva producción de mercancías orientada al lucro y que por lo tanto, la oferta privada de servicios sólo sirve al capitalismo corporativo que potencia la información asimétrica para la manipulación de las personas y crear su dependencia. (Aquello de que el paciente debe saber cuando entra al sistema pero no cuando sale ya que es fácilmente explotable). Esto conduce al ataque tecnológico y a la reificación de factores holísticos que determinan toda la situación de salud desde lo macrosocial.

Finalmente está la versión que a partir de comparaciones insostenibles, deducen conclusiones infundadas como que se gasta mucho y se debe gastar mejor, con lo cual se termina justificando la reducción presupuestaria y descuidando la oferta de servicios en el nombre de que la misma debe ganar en eficiencia. (White J. 1995) Como en servicios la ineficiencia está asociada a la capacidad ociosa, el corte presupuestario contribuye adicionalmente a generar los problemas que se quieren evitar por la imposibilidad de reunir los componentes interactivos de la función de producción respectiva.²

1.2.- Desperdicio Institucional

Esta es una importante razón para estudiar el sector salud. La racionalidad del gasto no siempre está modelada por finalidades sanitarias pese a que ese sea el objetivo manifiesto y explícito de la asignación presupuestaria o la imposición del tributo al salario para financiar el sistema de obras sociales. Una manifestación de este desperdicio se encuentra en la hipertrofia de la intermediación así como en el excesivo costo del loading fee (porción de los recursos que se asignan en los seguros a la administración y al excedente). (Jacobs Phillip 1991) En el sistema de seguro de salud hay ejemplos de ambos fenómenos.

a) *Hipertrofia de la Intermediación*

En primer lugar por la aparición de entidades que reciben de las obras sociales el pool de cápitas y que proceden luego a administrar el riesgo. Estas administradoras de cápitas han nacido en un contexto de estabilidad macroeconómica y son una manifestación de las nuevas formas organizacionales que se gestan en el sistema ante la incapacidad de continuar con la vieja gestión institucional basada en la licuación de deuda.

Desde la óptica de la obra social ello tiene significados múltiples. Objetiva en primer lugar la desnaturalización de su rol ante la negativa de administrar riesgo y su transformación en una mera intermediadora en la canalización de recursos que le resta medios a la finalidad salud. En segundo lugar, desdibuja el concepto solidario de financiación puesto que tanto en el caso de las administradoras de prestaciones como en el caso de las entidades de medicina prepaga que suelen también ser buscadas por las obras sociales como socias para administrar riesgo, se incorporan prácticas de períodos de carencias y la no atención de afecciones a la salud al momento de iniciar la cobertura (pre-existencias).

En tercer lugar, las nuevas formas asociativas basadas en el aumento de la intermediación, señala que pese a la naturaleza semipública de las obras sociales y el escaso desarrollo de los seguros privados en el país, en última instancia, la realidad va imponiendo mecanismos de mercado por vía de integración vertical de estas entidades con las obras sociales dada la barrera a entrada que representa el no otorgamiento de la inscripción de la entidad de medicina prepaga en el registro de la Administración Nacional del seguro de Salud. (ANSSAL). La regulación actual genera la aparición de entidades privadas en un carácter accesorio al sistema de las obras sociales con un doble efecto negativo, por un lado no permite la competencia entre obras sociales y entidades prepagas y por el otro aumenta el costo de administración (hipertrofia de la intermediación).

² En Argentina, durante la década de los años 80 fue común percibir en los discursos de los Secretarios de salud tanto el punto de partida de comparaciones intersociales insustentables como la minimización de los riesgos atribuibles a la responsabilidad individual, y la retórica del elevado nivel del gasto y la necesidad de gastar mejor.

Finalmente, vale recalcar un efecto adicional que puede tener la nueva forma organizacional sobre la capacidad instalada. En el pasado las obras sociales intentaron poner límites a la rentabilidad de los proveedores mediante la instalación de capacidad de internación y medios de diagnósticos propios. En algún momento inclusive hubo obras sociales cuyos dirigentes pensaban que una carrera sanitaria para la formación de médicos residentes adaptados a su lógica institucional terminaría por volcar a su favor el poder negociador en la puja distributiva. Esta situación ha cambiado. En la actualidad el problema para las obras sociales ha dejado de ser el control de la utilización y los precios de los prestadores por dos razones, en primer lugar porque el problema de las tasas de uso va pasando a manos de las entidades administradoras, y segundo, porque la sobreoferta presiona hacia abajo los precios con la desaparición de los valores nombrados.

Esto implica que el conflicto sobre el excedente se da en términos lógicos mediante la aparición de una dualidad temporal, en primer lugar entre la obra social y la administradora o la entidad prepaga que recibe sus cápitales, y posteriormente entre estas últimas y los proveedores de servicios. Desde la óptica de las obras sociales, no parece ya útil seguir manteniendo capacidad instalada. Los precios testigos que generaba la posibilidad de atención dentro de los propios servicios de las obras sociales están siendo reemplazados por las prácticas de revisión de utilización de los nuevos administradores de riesgo. Las computadoras reemplazan así a la capacidad instalada. Esta puede ser una de las razones que expliquen la importante reducción a la mitad de las camas propias de las obras sociales entre 1980 y 1995. Como se verá oportunamente en este trabajo, las camas propias de las obras sociales han caído a una tasa anual promedio acumulativa superior al 4 % anual, lo que implica que después de 15 años el stock total haya pasado de unas 8000 camas a poco más de 4000. Dado que no se cuenta con la información desagregada en forma anual, no es posible corroborar irrefutablemente la hipótesis de que este resultado ha sido la consecuencia del cambio organizacional aquí descrito. Lo que es sin embargo incontestable, es la asociación de dos fenómenos diferentes, el cambio de rol de la obra social y su conversión creciente en un intermediario financiero por un lado, y la desactivación de su capacidad instalada de camas por el otro.

b) *El Aumento del Loading Fee.*

La hipertrofia de la intermediación implica que los recursos destinados a la remuneración en la provisión de servicios crece menos de lo que potencialmente sería posible en un sistema basado en una organización donde cotizante y prestador estuvieran menos separados institucionalmente.

Ahora bien, al margen de la estructura institucional, existen problemas de ineficiencia por falta de competitividad suficiente y por la no ejecución del marco regulatorio. Ello se traduce en el aumento del loading fee el cual se manifiesta en la brecha creciente que existe entre la cotización per cápita a la obra social y la cápita en salud que se establece en los convenios pactados con los prestadores de servicios. En el caso de una obra social renombrada en Argentina, la cotización per cápita era de \$ 87 , el gasto por beneficiario era superior a \$ 100, las erogaciones por administración \$ 27 y los convenios con los prestadores reflejaban una cápita en salud de \$ 14.

En la medida que la lógica del seguro sea evitar la pérdida de utilidad que genera la enfermedad por el efecto riqueza (alteración de los ingresos y del stock de recursos poseídos), entonces la compra del seguro debe medirse no por la parte del precio que se paga acorde a los gastos esperados en atención del pool de riesgo respectivo, sino por la proporción correspondiente a los gastos de administración y al excedente que va a cubrir la ganancia. En el caso de las obras sociales, la salvaguarda a la espiralización ascendente

de esta parte del precio, estaba en el 8 % de los ingresos establecido en las leyes que regulan el sistema de seguro.

Sin embargo, la no aplicación de la ley por la autoridad jurisdiccional competente, y de sus sanciones previstas, ha conducido a la inversión de la lógica del sistema donde en algunos casos la cápita en salud, o sea la parte de la cotización individual que entra al prestador ha sido apenas una fracción menor del monto total aportado. Esto muestra hasta donde la falta de competencia que debe operar básicamente sobre el loading fee, ha permitido la ineficiencia en el sistema y el derroche institucional de recursos. La situación expuesta, parece también consolidarse mediante la caída de precios en la atención que se logra cuando la práctica del hospital autogestionado, lleva a que estas entidades que operan en base a presupuestos, cierren convenios por cápitales aún inferiores a las ya deprimidas en el sector privado. Como la caída en la cápita en salud, no se traduce en un menor impuesto al salario o cotización del titular de la obra social entonces la diferencia pasa a aumentar la cantidad asignada al loading fee. Este es el mecanismo que hace progresivamente regresivo el impuesto al salario que financia a las obras sociales.

1.3.- El Acceso y el Mito de la Solidaridad Total

La tercera razón que justifica el estudio financiero del sector salud, es el hecho de que si bien los recursos crecen, la cobertura y el acceso disminuyen. Como los distintos flujos que financian a la salud no son socialmente neutros, el incremento agregado del gasto no implica necesariamente el aumento de la cobertura. Esto ocurre por varias razones. En el caso de las obras sociales, por el criterio de pertenencia económico que ata la recaudación de las entidades al desempeño relativo de cada rama de actividad. En el caso del sector público por la restricción fiscal y el impacto del efecto “tequila” que hizo aparentemente caer la asignación presupuestaria a los hospitales, y en el caso del gasto privado por la elasticidad ingreso que muestra el gasto y la distribución regresiva del ingreso que parece haber ocurrido durante la hiperinflación y en los primeros años de estabilidad posteriores a la misma. Veamos en mayor detalle la cuestión.

El sistema de obras sociales se vio favorecido financieramente tanto por las elevadas tasas de crecimiento económico posteriores a la convertibilidad y el aumento de la recaudación consiguiente, como por las medidas específicas que se tomaron hacia fines de 1991, que impusieron una boleta única de aporte para las distintas finalidades de la seguridad social. Ello generó una caída en la evasión. Tal como se verá en detalle mas adelante, el efecto neto ha sido el aumento permanente de los recursos aunque a tasas que se han manifestado decrecientes desde 1993. En la actualidad, en consonancia con la fase de recuperación del ciclo económico, la recaudación muestra nuevamente signos de querer retomar el crecimiento aunque a tasas muy moderadas.

Lo que interesa destacar aquí son dos cosas. En primer lugar, el hecho de que Argentina ha vivido por años en una especie de mito³ sobre la solidaridad total que la caracterizaba. Se pensaba que había aproximadamente 11 millones de personas cubiertas por el sistema de obras sociales. Esto incluso se menciona en documentos oficiales como el del Programa PRESSAL financiado por el Banco Mundial. En la actualidad se sabe que la cifra es aproximadamente un 30 % inferior, rondando con familiares y adherentes la cifra de 8 millones de personas. Esta nueva realidad ha sido reconocida por el propio Ministro de salud Argentino al salir el reciente Decreto del Programa Médico Obligatorio. Ahora bien, la disponibilidad de datos generados por la reforma estructural del sistema jubilatorio permite observar que no solo el número de titulares, familiares y adherentes es menor al pensado, sino que ha habido un movimiento decreciente en la cobertura del sistema pese al aumento

³ Para el tema de los mitos en salud y la necesidad de su aparición ver Fuchs op. cit

de los recursos. Así entre Noviembre de 1994 y Noviembre de 1995, los titulares registrados pasaron de 3.762.350 a 3.309.555 lo que implica una reducción del 12 % en un año.

En el caso del sector público, si bien es difícil generalizar por la importancia de las Provincias en la oferta de servicios, hay provincias como Córdoba, donde el ajuste fiscal llevó al cierre de pabellones enteros en los hospitales, luego de la suspensión de los profesionales contratados y la emergencia dispuesta mediante la reducción de salarios y tiempo de servicios. Finalmente, en el caso del gasto privado de bolsillo, las cifras de las tablas siguientes sugieren que el gasto es elástico al ingreso, y que en consecuencia los efectos de la distribución deben haber ampliado la diferencia en las posibilidades de acceso a la salud. En un cuarto de siglo, el gasto privado de bolsillo, incrementó fuertemente la participación de gastos para la salud como porcentaje de la canasta de consumo. El cuadro que surge es el de una sociedad que va disminuyendo la proporción del gasto en alimentos y vestidos para aumentar el cuidado de su salud, la cohesión social (medidos por el contacto derivado de las comunicaciones y el transporte), el esparcimiento y la educación.

CANASTA DE CONSUMO PROMEDIO
En Porcentaje

	1960	1970	1985
Alimentos y bebidas	59,2	46,3	38,2
Indumentaria	18,7	10,93	9,38
Vivienda	7,0	11,27	9,03
Equipos y Func. del hogar	3,0	5,25	7,97
Gastos para la salud	1,5	4,49	7,92
Transporte y comunicación	2,5	8,66	11,55
Esparcim. y educación	3,5	6,44	10,08
Bienes y Servicios varios	4,6	6,66	5,92

Fuente: FIEL indicadores de coyuntura

A los efectos de observar como varía la estructura del gasto según el nivel de ingresos se presentan las canastas de consumo para cinco tramos de la población. El número I representa al tramo del 20 % de la población con menores ingresos, el V al 20 % de la población con mayor nivel de ingresos.

CANASTA DE CONSUMO SEGÚN TRAMOS DE INGRESOS 1985

	I	II	III	IV	V
Alimentos y bebidas	54,72	47,65	41,34	36,29	25,44
Indumentaria	7,55	9,01	9,11	9,10	10,19
Vivienda	8,31	9,04	9,06	8,12	9,75
Equipos y Func. del hogar	6,15	6,15	6,64	7,72	9,96
Gastos para la salud	4,83	6,86	7,40	8,87	8,78
Transporte y comunicación	7,31	8,18	10,72	12,77	13,59
Esparcimiento	3,26	5,44	6,36	8,53	13,77
Educación	2,10	2,27	2,39	3,23	2,47
Bienes y servicios varios	5,75	5,40	6,97	5,36	6,05

Fuente: FIEL indicadores de coyuntura.

El cuadro de FIEL muestra que los rubros con mayor elasticidad ingreso son esparcimiento, transporte y comunicaciones y gastos para la salud. En este último caso, no solamente los sectores de mayores ingresos gastan más en términos absolutos en salud, sino que también lo hacen como proporción del total de la canasta de consumo. Esto sugiere que en la medida que el ingreso se haya concentrado en Argentina, así también se han creado condiciones para el aumento del gasto en los sectores mas acomodados de la población. **El sistema de salud no sólo tiende hacia un esquema de múltiples fajas consumidoras de servicios de salud (multytier system), sino que la política de reducción de gasto pudiendo aplicarse solamente sobre el sector público, (en los seguros semipúblicos hay copagos, y el gasto privado solo puede intentar modificarse mediante estructuras de incentivos adecuadas), conduciría a una brecha creciente de las posibilidades de atención y acceso entre los sectores de mayores y menores ingresos.**

1.4.- Discontinuidad en la Cobertura y Subasegurados

El problema referido del costo y el acceso representa en realidad una única cuestión. Por un lado, el costo de la atención aumenta, mientras por el otro, el acceso a los servicios se mantiene constante y/o disminuye. Adicionalmente, al problema de **la falta de cobertura**, se suma el problema de la **continuidad de la cobertura y de los subasegurados**.

La falta de continuidad en la cobertura, se presenta en Argentina que organiza sus obras sociales en base al sector de actividad, en sectores con alta rotación de la mano de obra como la construcción. En la actualidad el marco legal que permite la cobertura tres meses posteriores al distracto, tiene tres problemas principales, a) no garantiza la continuidad de la cobertura mas allá de ese periodo, b) genera desequilibrios financieros a los seguros que deben afrontar egresos sin el concomitante ingreso de recursos y c) favorece abusos por parte de los empresarios que a los fines de evitar el aporte, hacen figurar una rotación en el empleo mas elevado que lo que las reales circunstancias del negocio impondrían.

La otra situación que da lugar a la falta de continuidad en la cobertura puede verse en el régimen de trabajadores a tiempo parcial que forma parte del proceso de flexibilización laboral en marcha. Según la normativa vigente, las personas que tienen un ingreso inferior a tres ampos (medida correspondiente al sistema de Previsión Social y que ronda aproximadamente los \$ 70) y que no aportan de su bolsillo la proporción que le correspondería al empleador quedan sin cobertura y sin acceso al fondo de distribución automático de subsidios establecido por el decreto 292/95.(discutido en detalle mas adelante) Esta situación legal ha permitido el reemplazo de trabajadores a tiempo total con empleados a tiempo parcial con la consiguiente caída de la cobertura. En otras palabras, un chofer de ómnibus que daba tres recorridos a tiempo total, ha sido reemplazado por tres trabajadores a tiempo parcial con un recorrido cada uno. Los nuevos empleados no obligan a la parte empresaria en lo relativo a sus aportes, y en el caso de que el propio trabajador no lo haga enteramente de motus propio pierde la cobertura. Esta flexibilización laboral que representa adicionalmente un proceso de precarización dado su impacto sobre el régimen de cobertura de salud que genera ha recaído sobre los segmentos de mas bajos ingresos, lo que implica una política de inequidad manifiesta. Es esa la razón que ha llevado al Gobierno a repensar recientemente el límite de los tres ampos para permitir la ampliación de la aplicación del subsidio automático desde el fondo de redistribución solidario.

La situación de los subasegurados o sea de aquellos casos en los que su seguro no cubre los costos de enfermedades graves, repone el problema de la necesidad de reasegurar las intervenciones de alta morbilidad (centrado en el paciente) y de alta complejidad (centrado en el tratamiento). En la actualidad el fondo de alta complejidad del

país no opera como un reaseguro propiamente dicho sino que es un mecanismo distribuidor de subsidios. Ese fondo, no cuenta con recursos adecuados a su finalidad a la vez que presenta un problema en la definición de las categorías que ameritan la entrega de los subsidios. En la práctica en el pasado se utilizó el mecanismo de la excepción para la autorización de coberturas que no se encontraban en la normativa vigente. Esos precedentes, han sido la base para la ampliación reciente de las coberturas mas onerosas como los trasplantes de médula ósea, renal, cardíaco, cardiopulmonar, hepático, de páncreas y masivo de huesos. En la actualidad con el proceso de globalización y apertura de la economía, la entrada de compañías aseguradoras internacionales que operan con grandes pooles de cápitas, se están redefiniendo las posibilidades para el sistema de salud en relación a los mecanismos de cobertura de enfermedades graves o tratamientos costosos.

En definitiva, **el sistema de salud de Argentina, presenta problemas de falta y de discontinuidad en la cobertura así como problemas de subaseguramiento en un contexto de transición epidemiológica y costos crecientes dado el progreso tecnológico.** Esta cuestión del costo y el acceso debe sin embargo ser tratada a la luz de la diferente naturaleza que tiene cada flujo financiero. En el caso del sector público, su desfinanciamiento se traduce directamente en reducción de la cobertura y pérdida de eficiencia (por la capacidad ociosa que genera) y de calidad. En el caso de las obras sociales en cambio, el problema es que el aumento de los recursos no llega a los aportantes. Adicionalmente en el caso de discontinuidad de la cobertura, el problema pasa por la articulación que existe entre los seguros y la actividad laboral así como el régimen de esta última. Para los subasegurados, el problema se centra en el marco regulatorio que presenta un vacío respecto a la necesidad del reaseguro. Finalmente en relación a los recursos privados, el problema deja de ser el acceso para entrar en el terreno del trade off entre precio y calidad de la atención. Como el gasto privado en salud es positivamente elástico al ingreso (es un bien superior en términos económicos), entonces el impacto macroeconómico sobre la distribución del ingreso que parece tener un sesgo concentrador, se reflejará en una situación de diferenciación creciente en las posibilidades de acceso o sea en una inequidad creciente donde pocos acceden a mucho y viceversa.

1.5.- La Sobreoferta Prestacional

Una de las características del sistema de salud Argentino, es la sobreoferta existente. Hace ya una década Jorge Katz y Alberto Muñoz, señalaban que los médicos crecían a una tasa muy superior a la de la población en general incrementando el número absoluto de los mismos en 5000 profesionales al año. Argumentaban asimismo que las camas crecían al 4 % y que había unos 350 nuevos fármacos al año. (Katz Jorge y Muñoz Alberto 1988) Por su parte un ex Secretario de salud, el Dr Canitrot, llamaba la atención al ingreso de aparatos médicos al país en la década del 80, de tal forma que había por ejemplo tomógrafos computados para unas 300 millones de personas.

Esa tendencia a sobreofertar el sector no parece haber disminuido. Desde la convertibilidad, con la apertura de la economía, el anclaje de la paridad cambiaria y la inflación inercial (desde abril de 1991 hasta el logro de tasas de crecimiento del índice general de precios a tasas internacionales), se generó un problema de poder de paridad de la divisa, lo que indujo el aumento de las importaciones de bienes de capital en salud. Esta situación recuerda la época de la tabla cambiaria durante el período Martínez de Hoz, donde junto a la sobrevaluación del peso, y la apertura económica se llevó adelante un proceso de reequipamiento acelerado. La tabla a continuación muestra el cambio del stock de bienes de capital importados en salud durante los cinco años previos y posteriores a la convertibilidad Argentina.

IMPORT. BIENES DE CAPITAL (Miles \$)

1986-1990	174 614
1991-1995	716 378

Fuente: Informe Económico 1995. Abril 1996. Año 5 No. 16
Ministerio de Economía de la Nación.

El escenario de la sobreoferta en Argentina, es visible en todo el territorio del país. Desde Santiago del Estero con exceso de tomógrafos y resonadores a Mendoza, donde en pocas cuadras a la redonda existen unos siete quirófanos para cirugía cardiovascular. Este trazo de la sobreoferta, ha sido en algunos casos explicado en base a las prácticas financieras de las obras sociales y al mecanismo de la captura pública por parte de los proveedores de servicios de las obras sociales provinciales así como al sistema de precios relativos instalado en el país a partir del arancel INOS 77 que premió el uso de tecnología en detrimento del saber clínico. En todo caso, la competencia por obtener los convenios prestacionales que adjudican las obras sociales, y la preparación para un futuro nomenclador para el Mercosur, pueden estar operando como incentivos para una inversión tecnológica acelerada. Máxime cuando Brasil, acaba de autorizar el ingreso de las empresas extranjeras al sector salud.

1.6.- Debilidad Regulatoria y Reforma Sectorial

Finalmente el sector salud aparece como un problema por la debilidad regulatoria que lo caracteriza. No por la falta de leyes o decretos, los cuales abundan, sino por la falta de su aplicación universal. El tema es importante por la desprotección que implica para las personas. En la medida que los problemas de imperfección de los mercados y la cuestión de la información asimétrica era abordado desde un modelo profesional con certificación de la matrícula por los grupos de pares médicos y que las instituciones prestadoras operaban en forma mayoritariamente como entidades sin fines de lucro, la cuestión de la regulación pública no tuvo la urgencia actual.

Con la oligopolización de los mercados, la privatización creciente de la oferta, la mercantilización de la medicina, la pérdida de funciones de las entidades intermedias, la sobreoferta y la puja distributiva, la pérdida de contención de la ética, y la globalización creciente de las redes de servicios, se hace necesario, que la protección de las personas provenga de un marco regulatorio que acredite, que ponga reglas de juego a la competencia, y que permita un marco previsible de comportamiento de los actores en un contexto de aplicación universal de las normas.

En ese sentido, todas las propuestas de reforma (como se verá posteriormente en este trabajo) plantean la necesidad de un marco regulatorio adecuado. Lo que parece ocurrir sin embargo, es que la debilidad institucional subyacente vuelve inoperante las normas (en muchos casos adecuadas) que existen, lo que hace que el problema sea no tanto de necesidad de legislación nueva como de aplicación estricta de lo que existe. Adicionalmente, las reformas deberían aclarar como las medidas que se toman van a mejorar el acceso y la calidad cuando como en el caso del Programa Médico Obligatorio reciente se fijan pautas de precio y cantidad lo que habrá de terminar ajustando por pérdida de calidad y formas diversas de bloqueo del acceso (por ejemplo penalizando con costos de traslado la obtención de los medicamentos).

La experiencia en Argentina indica que las medidas que se toman a veces no tienen el efecto deseado. En el caso de los hospitales cuando se ha intentado aumentar el gasto en salud para mejorar el acceso, se ha procedido a aumentar las horas de dedicación de los profesionales sin bloqueo de título. Aumentar el nivel de una recta de ingresos que es constante cualquiera sea el número de pacientes que se atiendan, no neutraliza la lógica de la curva de oferta de atención a ser lo mas reducida posible en número de pacientes atendidos. El pago por tiempo en un contexto en el que los profesionales buscan reducir la dedicación al sector público para maximizar el ingreso en la práctica privada, ha sido una medida que ha tenido efecto sobre los ingresos profesionales pero no ha cambiado el acceso.

En la medida que la forma de organización es lo que cuenta cuando se procede a hacer un cambio en el nivel del financiamiento, se debe explicitar como el mismo afectará la cobertura y la calidad. En ese sentido parece apropiado entender que es lo que propone en la actualidad tanto para la provisión de servicios como para la relación existente entre el financiamiento y la prestación. Quedan así flotando las preguntas, Cuales son las tendencias que existen en Argentina?, Como es que el cambio en la estructura de la oferta afectará el ritmo del cambio sectorial?, Que implicancias tiene la nueva realidad para la regulación?, Como se vincularán las partes financiadoras y prestadoras?. Que estabilidad tendrán esas nuevas formas asociativas?. En que medida se habrán de instalar o no barreras a entrada que luego paralizen la competencia? Como será el ejercicio de la libertad de elegir de los consumidores?.

Lo expuesto, sugiere que **el sector salud requiere que se lo estudie y reforme no tanto porque sea preciso un ajuste del nivel de sus recursos dado que alcanzan un determinado porcentaje del PBI, sino porque hay problemas referidos al método de análisis del mismo, al despilfarro institucional reinante, a problemas en el acceso, a discontinuidad en la cobertura, al subaseguramiento, a la sobreoferta que potencia la puja distributiva, a la debilidad regulatoria y a la falta de consistencia de las propuestas de reforma que se implementan en el sector.**

2.- LA OFERTA PÚBLICA Y PRIVADA

2.1.- El Gasto Global

Históricamente, el sector salud ha sido presentado como integrado por tres subsectores: público, privado y obras sociales. La participación de los mismos en una matriz de fuentes y usos de fondos para los años 1991 y 1993 ha sido descripta por Cristina Flood y otros (1994) y se reproducen a continuación al solo efecto de tener una idea de las magnitudes relativas de cada una.

En 1991 se gastaron unos 13 mil millones de dólares o sea una suma estimada entre el 7 y el 8 % del PBI. De ese total menos del 20 % correspondió al gasto público, siendo tres cuartas partes del mismo responsabilidad de las Provincias el 15 % a cargo de los Municipios y el resto o sea aproximadamente un 12 % a cargo de la Nación. El gasto público aumentó entre el 91 y el 93 en un 54 %. Este incremento fue debido al mayor gasto Provincial que creció en un 63 % y de los Municipios que lo hicieron en un 53 %. El Gasto Nacional en cambio, se mantuvo casi sin variantes con un incremento de sólo 1,9 %. **Estas cifras reflejan el proceso de Provincialización y Municipalización en marcha.**

Desde el punto de vista de la oferta y la organización de los servicios, dada la importancia que tiene la finalidad atención médica en el presupuesto público nacional y dentro de ella el funcionamiento de los hospitales, y puesto que dentro del gasto provincial en Salud, aproximadamente unas cuatro quintas partes se destinan al gasto hospitalario. (Pressal Doc. 1) estas cifras sugieren que aproximadamente **una quinta parte del gasto se concreta en Argentina mediante establecimientos cuya modalidad de pago es directo y cerrado. (Planta de personal público).**

Si el sector público dio cuenta en 1991 del 19,3 % del gasto, **las obras sociales con sus 4278 millones de dólares, lo superaron ampliamente llegando al 32,7 % del total del gasto. De ese financiamiento, el 89 % fue para la oferta privada de servicios.** Dos años más tarde, en 1993, el financiamiento de las obras sociales creció en un 37,5 %, manteniendo el referido porcentaje de gasto en el sector privado. Estos números son consistentes con los datos que se manejaban en la década de los 80 cuando el 85 % de los convenios de las obras sociales se realizaban con los efectores privados. **Arrojan adicionalmente, serios interrogantes sobre la posibilidad que tiene el sector público prestador de financiarse mediante el arancelamiento a las obras sociales para lograr convertir a los hospitales en autogestionados.**

MATRIZ FUENTES Y USOS SECTOR SALUD

1991 (Millones de pesos)

1993 cifras en paréntesis.

	USOS							
	Nación	Provinc.	Municip.	Subtotal	Ob. Soc.	Privados	Sub-Total	TOTAL
FUENTES								
Tesoro Nac.	311 (317)	0,87 (11)		311 (328)				311 (328)
Tesoro Prov.		1838 (2991)		1838 (2991)				1838 (2991)
Tesoro Mun.			377 (578)	377 (578)				377 (578)
GOBIERNO	311 (317)	1839 (3002)	377 (578)	2527 (3897)				2527 (3897)
Contribuc.a								
O.Soc-PAMI					467 (642)	3811 (5242)	4278 (5884)	4278 (5884)
Familias						6273 (n.d.)	6273 (n.d.)	6273 (n.d.)
TOTAL	311 (317)	1839 (3002)	377 (578)	2527 (3897)	467 (642)	10084 (n.d.)	10550 (n.d.)	13077 (n.d.)

Fuente: Flood Cristina y otros. El gasto público social y su impacto redistributivo. 1994
(n.d. significa no disponible)

A la luz de estas cifras, todo indica que los hospitales sólo pueden ambicionar captar una pequeña parcela de los recursos de las obras sociales que siguen prefiriendo la atención del sector privado. Si a este panorama se le agregan los elevados costos fijos de los Hospitales dada la concentración de camas existentes en el sector público (ver mas adelante), entonces el cuadro para implementar la política actual de introducir la competencia entre el sector público y privado aparece a prima facie como sin sustento objetivo tanto en lo que hace a las estructuras de los establecimientos como a los patrones de consumo en salud que prefieren dirigirse al sector privado. Altos costos de funcionamiento, junto a una demanda solvente deprimida en establecimientos sobredimensionados implica tanto un margen bajo de rentabilidad como una baja rotación. Una combinación semejante es seguramente la clave del fracaso de cualquier entidad que pretenda desprenderse del presupuesto para sobrevivir.

Si el Sector Público descentraliza su accionar mediante organización directa y cerrada, los seguros públicos y semipúblicos del país parecen haber profundizado sus mecanismos financieros tendientes a facilitar la privatización de la oferta en el país. Desde que en los seguros públicos Provinciales, como se verá oportunamente, la forma de contratación es mayoritariamente por acto médico, y como en el PAMI y en las obras sociales del ANSSAL la capitación parece haber cobrado fuerza en los últimos años, **la tendencia parece ser un cambio desde un sistema de pago indirecto y abierto a otro indirecto y cerrado, existiendo todavía una inercia en los seguros públicos provinciales para adaptarse a las nuevas formas de contratación que organizan la prestación de los servicios.**

Finalmente, los gastos de las familias, financiaron casi la mitad de las erogaciones en salud llegando al 48 %. No existen datos para ese gasto en 1993. Sin embargo, dada la

elasticidad ingreso del gasto sugerida anteriormente, y puesto que desde 1991, el país entró en una fase de crecimiento a tasas muy altas orillando el 9 % anual, el gasto privado de bolsillo, debe haber sido en 1993 al menos un 20 % superior al de 1991, o sea que debe haber superado los 7.5 mil millones de dólares. Esto hace pensar que en 1993, se debe haber gastado al menos 17.000 millones de dólares en salud, con lo cual para un producto orillando los 250.000 millones el gasto continúa cercano al 7 % de la producción total de bienes y servicios en el país. **Estos porcentajes de participación del gasto de las familias en el total muestran el potencial existente para el desarrollo de seguros privados de salud.** Más adelante se volverá sobre el tema al analizar la cobertura de los seguros y su estructura actual. Adicionalmente y como no se verifican desembolsos de las familias hacia el sector público, resulta evidente que **los flujos financieros en el país se canalizan crecientemente hacia el sector privado, con lo cual se refuerza la hipótesis de la improbabilidad del financiamiento público fuera del presupuesto y de la tendencia creciente a la privatización de los servicios.**

Si bien, la anterior caracterización del sector salud resulta adecuada en una primera aproximación es conveniente pensar al mismo en términos de oferta y demanda. Se abordan en consecuencia en el próximo apartado primero algunas cuestiones referidas a la **oferta** sanatorial pública y privada, así como al equipamiento en bienes de capital en salud. Posteriormente se discutirá la cuestión de la demanda y sus fuentes de financiamiento centrando la discusión sobre los seguros semipúblicos (obras sociales operando dentro del sistema de la Administración Nacional del Seguro de Salud. ANSSAL) y seguros públicos (PAMI y Obras Sociales Provinciales).

2.2.- Instituciones y Camas

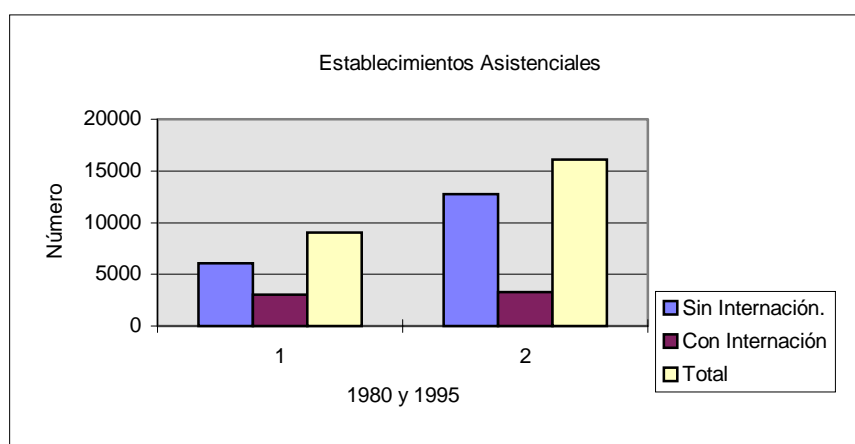
El Ministerio de Salud y Acción social, es el organismo que tiene a su cargo la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional, comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, asistencia y rehabilitación. Asimismo este Organismo es el encargado de llevar estadísticas epidemiológicas, las cuales indican que Argentina continua en transición, con casi el 60 % de las causas de defunción ubicadas en tres categorías principales, enfermedades del corazón, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares.

Recientemente, el Programa Nacional de Estadísticas de Salud, que opera en el Ministerio dentro de la Secretaría de Salud, completó un importante trabajo sobre establecimientos y camas en todo el país. (Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina. 1995) Del mismo se desprenden varias características de la oferta que pueden resumirse en cuatro grandes ítems:

- a) **Entre 1980 y 1995, hubo un crecimiento de establecimientos tanto de los que tienen capacidad de internación** (aproximadamente un 10 % en relación a 1980) **como aquellos de atención ambulatoria.** En el segundo de los casos, el crecimiento fue superior al 100 %, y refleja dos fenómenos diferentes. En el caso del sector público, la aparición creciente de centros primarios de atención , y en el sector privado la proliferación de un mayor número de entidades dedicadas al diagnóstico.

**CANTIDAD TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES
1980-1995**

Tipo de establecimiento.	1980	1995	Cambio %	Tasa anual Acumulativa
Sin Internación.	6038	12775	111,50%	5,10%
Con Internación	3013	3310	9,80%	0,62%
Total	9051	16085	77,70%	3,90%



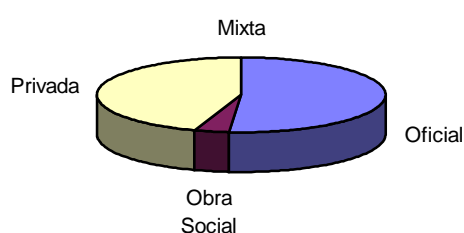
El crecimiento de los establecimientos asistenciales implica una tasa anual acumulativa del 3,9 % durante 15 años, lo que lleva la oferta total de los mismos a ser un 78 % superior en 1995 en relación a 1980. En el caso de los establecimientos sin internación, la tasa de crecimiento fue del 5,1 %. El hecho de que los establecimientos sin internación crecieran escasamente en algo mas que medio punto anual acumulativo, señala en realidad que estos establecimientos en el sector privado deben acompañar al crecimiento de la nueva oferta de profesionales, mientras que en el sector público los mismos reflejan la política de apoyo ambulatorio en la atención primaria de la salud.

Desagregando el crecimiento por dependencia, se observa que si bien hubo un crecimiento importante oficial (de 4648 a 6971) y una contracción en el número de establecimientos de las obras sociales (de 364 a 222), en realidad el mayor cambio ocurrió en el sector privado el cual mas que duplicó su cantidad, pasando de 4039 a 8873. De esta forma entre el sector público y el sector privado dan cuenta en la actualidad del 98,5 % de todos los establecimientos, correspondiendo el 55,2 % al sector privado. (Guía de establecimientos Op cit. pp 43). La importancia de lo expuesto es obvia. **Por primera vez en la historia del sector salud, la oferta de instituciones es mayoritariamente privada dentro de un contexto de creciente mercantilización de la práctica profesional.** Esto implica que la estructura asistencial se va flexibilizando y que podrá descontar los cambios en las reglas de juego a mayor velocidad que en el pasado. Para decirlo de otra forma, la nueva estructura de propiedad institucional del sector acelerará el ritmo del cambio en el mismo.

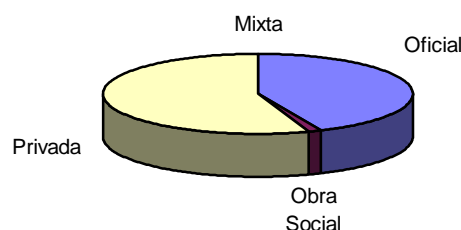
ESTABLECIMIENTOS POR DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

Año	Oficial	Obra Social	Privada	Mixta	Total
1980	4648	364	4039		9051
1995	6971	222	8873	19	16085

Establecimientos en 1980



Establecimientos en 1995



Cuando se relaciona la dependencia administrativa por tipo de establecimiento se observa que en **ambos casos sin y con internación el sector privado prevalece sobre el resto con más de la mitad de los establecimientos del sector. El mayor cambio sin embargo se da en la proporción que existe entre un tipo y otro de institución. Mientras en 1980 la relación total entre sin internación y con internación era del doble a favor de los primeros, quince años mas tarde esa diferencia se ha ampliado a cuatro veces.** Esto es particularmente notorio para el sector público que de una relación a favor de los establecimientos sin internación de aproximadamente 3 a 1 pasa a otra de casi 5 a 1 lo que sugiere **el paulatino retiro del sector público del mercado sanatorial y el fomento de los Centros Primarios de Atención.** Esta conclusión aparece avalada también por el hecho de que mientras el total de establecimientos públicos nacionales cae del 1.1 % del total al 0.2 % entre 1980 y 1995, y del 75.5 % al 66.4 % en los Provinciales, crecen los establecimientos sin internación de los municipios de 689 a 1766 o sea del 19.8 % al 30.8 % del total. (Guía Op cit. pp 49,50 y 51).

En realidad pese al incremento de establecimientos públicos en ambas categorías, su participación relativa cae del 57 % al 45 % del total para los casos sin internación y del 39 % al 37 % con internación. El sector privado muestra un comportamiento inverso, pasa del 38 % al 54 % en los casos sin internación y del 57 % al 61 con internación. **El cuadro que surge confirma la consolidación del proceso de privatización de la oferta. No sólo el sector privado ha ampliado las diferencias numéricas de establecimientos con internación en relación al sector público, creciendo a tasas mas grandes, sino que también lo ha desplazado en el liderazgo cuantitativo de instituciones ambulatorias.** Dicho de otra forma, la composición de la estructura sanatorial, ambulatoria y jurisdiccional de los establecimientos muestran que **el proceso de provincialización y municipalización del sector público va acompañado de una pérdida relativa de participación global en el sector.**

Existe adicionalmente otra característica importante en relación al tipo de establecimientos que predominan en el sector oficial y el privado según sean de atención general o especializado. Si bien los primeros son un 80 % de la totalidad, se observa una importante asimetría en su distribución. Mientras en el sector público para la atención ambulatoria sólo 212 de un total de 5713 o sea el 3,7 % son especializados, en el caso del sector privado se detectaron 1252 sobre un total de 1953 relevados esto es el 64 % del total. En el caso de los establecimientos con internación también predomina el sector privado en la proporción de entidades especializadas. Mientras el sector público tiene el 18 % de sus establecimientos para atención especializada, el sector privado tiene el 23 % del total. En el caso de las obras sociales las entidades de atención especializadas son negligibles, apenas un 3,6 % para internación y un 7 % para atención ambulatoria.

Según las palabras del informe del Ministerio de Salud, "Los datos del relevamiento señalan la existencia de una elevada concentración de establecimientos especializados sean ambulatorios o tengan internación en el subsector privado. Esta característica también estaba presente en 1980, pero en la actualidad se acentuó notablemente" (Guía Op cit. pp 73). El documento citado aclara asimismo que en la mayoría de los establecimientos radicados en la Capital Federal, no se ejercía la totalidad de la especialidad sino solamente una parte de la misma por ejemplo cirugía de la mano, esterilidad masculina, alergia infantil, cirugía plástica para quemados etc. A los fines de dar cuenta del sesgo especializador del sector privado se agrega a continuación el cuadro respectivo.

**PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS CON Y SIN INTERNACIÓN
GENERALES Y ESPECIALIZADOS SEGÚN DEPENDENCIA**

CLASE	Total	Oficial	O. Social	Privado	Mixtas
Ambulatorio	100	72,8	2,1	24,9	0,2
General	100	86,4	2,4	11	0,2
Especializ.	100	14,3	0,8	84,7	0,2
Con Internac.	100	37,2	1,7	61	0,1
General	100	40,6	2	57,4	0
Especializ.	100	22,3	0,3	77	0,3

Fuente: Guía de Establecimientos Asistenciales de la Rep. Argentina 1995.

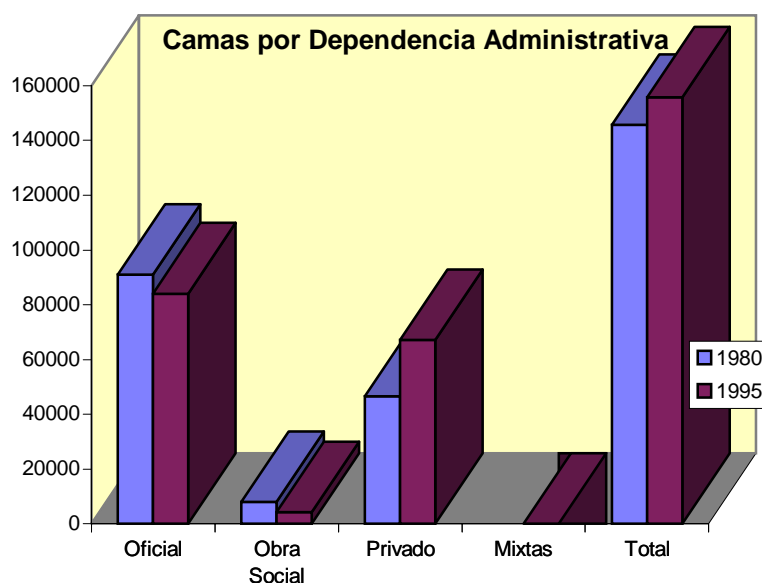
- b) Entre 1980 y 1995, **el número absoluto de camas creció en unas 10.000 unidades** pasando de 145.690 a 155.749. En términos relativos al crecimiento poblacional sin embargo, el movimiento significa una caída de la razón cama por habitante al pasar de 5,21 camas disponibles por cada 1.000 habitantes en 1980 a 4,55 en 1995. **Este crecimiento de camas, se dio solamente en el sector privado puesto que las camas públicas y de las obras sociales decrecieron en forma sostenida, especialmente dentro de los seguros semipúblicos.**

Un ejemplo de la retracción del sector público lo constituye la ciudad de Rosario. Allí el Hospital Nacional del Centenario que llegó a tener 800 camas redujo su capacidad a 200. Sin embargo, esta ciudad es también un ejemplo contradictorio en relación al comportamiento de la Seguridad social. En efecto, al abrirse el establecimiento Julio Corzo financiado aparentemente con fondos de la Administración Nacional del seguro de Salud, el mercado quedó dividido aproximadamente de la siguiente forma, unas 60.000 personas son atendidas por los Policlínicos de PAMI, (hoy en proceso de terciarización en virtud de la reforma del Banco Mundial), otras 50.000 por la asociación privada de clínicas y sanatorios y unos 25.000 adicionales por el Julio Corzo y el establecimiento de la UOM. La implicancia

para el sector privado radica en que a medida que avanza la celebración de convenios cerrados y el nivel de la cápita cae en virtud de los déficits crónicos de los seguros públicos, y la fuerte vinculación entre estos y la oferta privada (casi la totalidad de asegurados del IAPOS la Obra social provincial se atiende fuera del sector público), entonces no cabe otra alternativa para alcanzar el punto de equilibrio que aumentar el volumen de pacientes o reducir drásticamente costos. Como la cantidad de cápitas cae por la aparición del nuevo actor de la seguridad social, y la rotación media por cama para el sector cae por la nueva capacidad instalada, entonces en lo inmediato y hasta cambiar el comportamiento de las curvas de costo, se ajusta por calidad y acceso.

CAMAS DISPONIBLES SEGÚN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

Año	Oficial	Obra Social	Privado	Mixtas	Total
1980	91034	8045	46611		145690
1995	84094	4375	67198	82	155749
Tasa anual	-0,53%	-3,9 %	2,4 %		0,44%



Existen varias hipótesis para el movimiento de las camas en el sentido descrito. En primer lugar, como dice el informe del Ministerio de Salud, el concepto de cama supone los recursos humanos profesionales y de mantenimiento. En épocas de dificultades fiscales, las camas varían. Adicionalmente las oscilaciones pueden ser causadas por demanda estacional, emergencias, desinfección, reparación o porque la infraestructura complementaria como sanitarios han sido desactivados. Tampoco puede descuidarse el impacto que tiene el progreso técnico sobre los procesos terapéuticos con la consiguiente alteración de la función de producción. Así las prácticas de laparoscopia han disminuido los tiempos de internación. En el área de la oftalmología, la cirugía refractiva al igual que las cirugías plásticas han bajado la internación a sólo unas horas. Esta explicación sin

embargo, no parece convincente, puesto que es en el sector privado donde ellas han sido incorporadas y es el propio sector privado el que aumenta su número de camas.

Lo expuesto no quita que el sector público incorpore también los nuevos procesos terapéuticos. Simplemente se señala aquí que la innovación es incorporada en el sector privado adicionalmente como una forma de optimizar costos, y tiene entonces no solamente una mayor flexibilidad para adaptarse sino también los incentivos adecuados. En ese sentido vale recordar aquí que una de las formas eficaces en la reducción de costos en las Health Maintenance Organizations de los Estados Unidos ha sido casualmente la reducción del tiempo de internación y su reemplazo por la internación domiciliaria con la instalación de medios de traslado para dar cuenta de las emergencias.

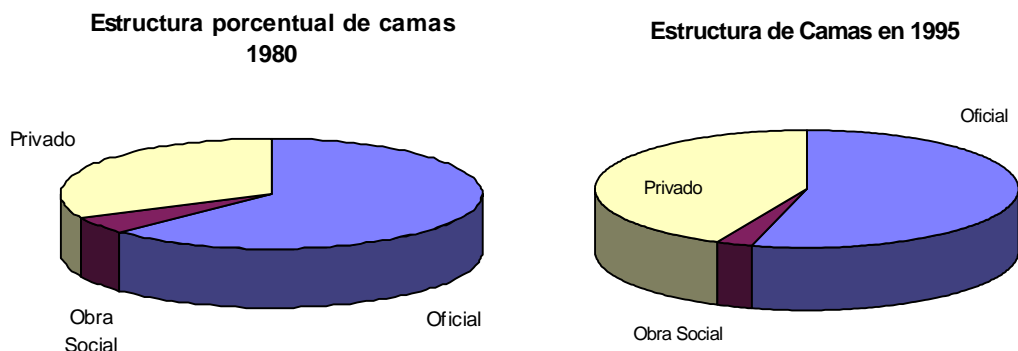
En todo caso, el comportamiento de las camas se debe a factores múltiples. En el sector público, ha habido una tendencia al alejamiento del área sanatorial por su énfasis en atención primaria. Adicionalmente cabe mencionar:

- a) *El deterioro que a lo largo de 15 años transcurridos entre 1980 y 1995 sufrieron los recursos fiscales y por ende los presupuestos sectoriales como consecuencia de la crisis en que entró el modelo de estado vigente hasta fines de la década del 80*
- b) *La preferencia que desde que se puso en vigencia la ley de Obras Sociales, mostró este subsector por la contratación de prestaciones del subsector privado.*
- c) *Las políticas de salud implementadas desde el estado en la década del 80, que estuvieron orientadas preferentemente a la organización y puesta en funcionamiento de un sistema de financiación de la atención de la salud, y no al incremento del número de camas.*
- d) *Las tendencias propias del campo de la salud pública, que comenzaron a cuestionar la eficiencia de una organización hospitalaria compartimentada en servicios, que da lugar a la posibilidad de contar con camas desocupadas en una especialidad, y registrar simultáneamente, pacientes en lista de espera en otras”(Guía op cit. p.69).*

Por el lado de las obras sociales es posible arriesgar la hipótesis que las mismas no tienen ya incentivos para tener capacidad instalada dado que las formas de intermediación que han surgido para administrar el riesgo en condiciones de estabilidad macroeconómica las han liberado de la puja con el sector prestador. En la medida que las obras sociales transfieren cápitas a entidades pre-pagas o a administradoras de prestaciones, entonces, la capacidad propia deja de ser funcional a la defensa de su excedente y se convierte en un costo fijo indeseable. En ese contexto el sector privado ha ocupado espacios en el mercado sanatorial, aprovechando la decrepitud de lo público y su nueva orientación y los cambios organizacionales dentro del esquema reinante de financiamiento de la salud.

Cualquiera sean las razones, lo cierto es que tanto **los establecimientos públicos como las entidades de las obras sociales, han tenido como común denominador un promedio de camas disponibles por establecimientos que duplica al del sector privado.** En un contexto de economía abierta, transnacionalización de la competencia, sobreoferta que obliga a la reducción de costos y la rápida modernización de los procesos terapéuticos, ello implica un severo obstáculo para alcanzar el equilibrio operativo. Si bien es cierto que desde 1980 cuando tenía un promedio de 77 camas por establecimiento el sector público empezó un proceso de achicamiento que lo llevó a tener 68 camas promedio quince años después, ello todavía lo coloca demasiado lejos del sector privado que aumentó su tamaño relativo de 27 a 33 camas promedio por entidad. Es este un elemento adicional de juicio que arroja dudas sobre la posibilidad de instaurar competencia entre lo público y privado. Todo indica al contrario, que los hospitales fueron diseñados con otra lógica, que tienen excesivos costos fijos y que sin un redimensionamiento que se precie, hablar de introducir eficiencia en estructuras sobredimensionadas mediante la competencia con el sector privado tiene poco sentido.

La nota curiosa es finalmente el comportamiento de las obras sociales que luego de reducir a la mitad su número de camas en el período bajo discusión, han aumentado sin embargo el tamaño medio de sus establecimientos de 71 a 79 camas promedio. La nueva estructura de camas disponibles por dependencia administrativa se observa en la comparación gráfica que sigue:



Antes de concluir esta discusión sobre el número promedio de camas de las instituciones es preciso hacer una referencia nuevamente a la clasificación de establecimientos según sean para tratamientos generales o especializados. Tal como se vio anteriormente, **el sector privado concentra fuertemente los establecimientos especializados. No ocurre sin embargo lo mismo con las camas. En este caso es el sector público que concentra la mayoría de las mismas.** Sobre un total de 155.749 camas del país el 74 % corresponde a establecimientos de atención general. De las 40.841 camas en establecimientos especializados, 25.494 o el 62 % se encuentran en dependencias del sector público y solamente 15.065 o sea algo así como una tercera parte del total en el sector privado.

Tanto para el caso del sector público como del privado el 60 % de las camas para atención especializada corresponden a salud mental. Luego vienen el resto de las especialidades como pediatría, materno infantil, oftalmología, otorrinolaringología, maternidad, enfermedades cardiovasculares, geriatría, oncología, rehabilitación física etc, que en ningún caso absorben mas allá del 6 % de las camas en el sector privado ni del 10 % en el sector público. Bajo la denominación de salud mental se agrupa a la atención psiquiátrica, alcoholismo, drogadependencia, bulimia, anorexia y la rehabilitación mental entre otras.

Esta segmentación del mercado donde el sector privado busca la especialidad ambulatoria pero no la internación, tiene implicancias para el promedio de las camas. Para el caso del sector oficial el promedio de camas en establecimientos de atención general es de 53 mientras que en las entidades de atención especializada llega a 186 camas por establecimiento. En el caso del sector privado en cambio, el promedio de camas alrededor de 33 por establecimiento es casi invariable tanto para la atención general y la especializada con una cifra levemente inferior en esta última. (31,8 %). **La importancia de Salud mental desde la perspectiva de la organización de los servicios radica en que mientras las unidades oficiales registran un promedio de 376 camas por establecimiento, las privadas apenas alcanzan las 49,5 camas. “Esto refleja el distinto abordaje de la cronicidad en cada subsector, las diferencias de patologías atendidas por uno y otro así como las distintas condiciones de vida y nivel de ingresos de los pacientes que acceden a cada uno de ellos.”**(Guía op cit. pp 77)

La comparación anterior explica la curva de mayor concentración de camas que tiene el sector público donde sólo el 9 % de los establecimientos dan cuenta del 50 % de las

camas. Para el sector privado, la cifra es de 17 % de establecimientos para la mitad de las camas. Esta concentración se debe en el sector público al hecho de que la organización hospitalaria tiene funciones que trascienden la atención de la salud para internarse en la asistencia social, así como las prácticas de tratar como agudos pacientes que son en realidad crónicos. Esta situación demarca claramente que la posibilidad de un hospital de autogestión en un escenario de competencia, sólo podría estar reservado para una pequeña parcela de establecimientos, pero que como política general oficial para todo el sector público resulta inviable.

c) La tercera característica que el estudio del Ministerio de salud, ha detectado es la **aparición de nuevas modalidades de atención y prestación** que van desde los servicios de traslado y de emergencia, pasando por el hospital de día, a la internación breve, los servicios vacunatorios y la atención domiciliaria. Estas modalidades de atención son en realidad nuevas formas de organización del trabajo médico a partir del cambio tecnológico y la aparición de procesos de intervención que reducen la internación. Así hay una creciente combinación de la atención ambulatoria junto a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento. En términos de su distribución regional, fuera del caso de los servicios de traslados cuya presencia se registra en todas las capitales y ciudades mas grandes del país, las otras modalidades se encuentran concentradas en el área metropolitana y en muy pocas ciudades del interior. Capital federal cuenta con 4 de los 8 vacunatorios que prestan atención en forma exclusiva y las restantes se distribuyen en las Provincias de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza. Los centros de Capital y Buenos Aires son privados, mientras los restantes son públicos. En el caso de los establecimientos que prestan servicios de atención domiciliaria la totalidad de ellos son privados y se encuentran en Capital federal.

Dentro de estos establecimientos sin internación, se observa que la mayoría se centra en el diagnóstico exclusivamente, dejando el tratamiento para otras entidades. Estos centros se caracterizan por aglutinar varios procedimientos o técnicas propias del diagnóstico y se centran en la Capital federal, y escasamente en Gran Buenos Aires y en Córdoba y Rosario. En el resto del país es común la presencia de establecimientos unipersonales dedicado a una sola práctica diagnóstica, preponderantemente los laboratorios de análisis clínicos. (Guía op. cit. pag 57 y 58). Este último caso sin embargo, también está en una fase de plena transición. Reuniones varias con las Asociaciones de Bioquímicos de La Plata, Buenos Aires, Santiago del Estero, Mendoza, Salta y el Sur de Córdoba, llevadas a cabo para esta investigación dejan claro que el sector de análisis de laboratorio se encuentra en los rápidos del cambio. Mas adelante, al discutir algunas de las nuevas formas organizacionales que ha traído la estabilidad se hace referencia al fenómeno de los megalaboratorios que han empezado a aparecer en el país. Los mismos como en el caso de Salta dejan claro como el progreso técnico ha cambiado las formas organizacionales de la práctica profesional. En realidad la nueva división del trabajo derivada de la automatización de los procesos (autoanalizador, analizador de hormonas etc) va redefiniendo el rol bioquímico, al tiempo que abre posibilidades para la disminución de costos y el aumento en el control de calidad sistemático de los insumos. Estas nuevas formas de organización se están expandiendo también en Córdoba, y en Mendoza.

En la periferia de las grandes urbes, se han registrado adicionalmente las denominadas unidades móviles o centros primarios de atención que funcionan sobre transportes rodantes o flotantes. Entre Buenos Aires, Santa Fé y Córdoba, el estudio estadístico Ministerial registró 35 de ellas. En relación a las modalidades de atención breve y de internación de día, las mismas representan una nueva forma organizacional que reduce costos. La característica que los distingue es que los cuidados permanentes requeridos por el paciente (enfermería, lavandería, mantenimiento etc) son organizados de

tal manera de no tenerlos en actividad continuamente a lo largo de las 24 horas del día todos los días de la semana. En el caso del hospital de día es una forma de atención utilizada frecuentemente en el ámbito de la salud mental, mientras que la internación breve, aparece en la microcirugía ocular, la cirugía plástica y en algunos procedimientos diagnósticos. (Guía Op cit. pag. 61)

En relación al sector público, el aumento de los establecimientos que brindan exclusivamente consulta externa, se debe al crecimiento de los Centros Primarios de Atención, por lo que la modalidad debe ser interpretada como una política de aumento de la cobertura a través de la estrategia de desarrollo del primer nivel de atención. Algunos resultados preliminares de una investigación (realizada en la Universidad Nacional de Río Cuarto) sobre la atención primaria pública y la cobertura de vacunación en esa ciudad llaman la atención sobre los riesgos de adoptar visiones parciales en relación a los determinantes de la demanda. La encuesta sugiere que la cobertura es desigual y varía entre las distintas zonas de la ciudad. El gobierno municipal se ha concentrado en las zonas de mas bajos ingresos (Barrio Alberdi) donde se verifica la mayor cobertura mientras que otra área con una estratificación social mas variada como Banda Norte, presenta la menor cobertura, situándose la zona centro de la ciudad entre ambas.

La diferente cobertura puede responder al hecho de que la demanda tiene un comportamiento inverso a la distancia del centro de atención, y a la proactividad de la oferta pública de vacunación (distribución de los centros de atención, presencia o no de efectores móviles, rigurosidad del control desde el centro de diagnóstico de la población etc). La madre trabajadora invoca falta de tiempo para la adquisición del bien público, lo cual confirma aquello de que el racionamiento por cola y tiempo de espera en el efector público puede distorsionar la asignación de los recursos al no llegar estos a quienes lo necesitan sino a quienes pueden afrontar los costos respectivos. Esta evidencia preliminar sugiere que existen múltiples factores que determinan la demanda y que en el caso de los bienes y servicios preventivos en salud, aquella está inversamente relacionada con el tiempo de espera, la distancia de la oferta y es afectada en consecuencia por el carácter sesgado que tiene la política pública al asumir que la simple condición de tener un área una menor concentración de hogares de menores ingresos o una estructura social mas diversa provoca por sí la conducta sanitaria deseada en forma automática en la población. Dadas las externalidades negativas de la incidencia de enfermedades infecto contagiosas, descuidar la cobertura de vacunación en un área simplemente por la distribución de hogares de diferente rango de ingreso no parece una política adecuada.

Adicionalmente, el estudio arroja algunos interrogantes importantes para viabilizar la atención primaria. Por ejemplo en relación al problema del crecimiento del niño, la captación de los mismos y la entrega de raciones de leche se han encontrado barreras culturales enraizadas en los hábitos de la población que no induce la injerencia de la misma a sus hijos. Estas barreras operativas, como en otros casos tales como la visita preventiva dental donde una proporción inferior a la tercera parte de la población las practica (relevamiento en la ciudad de Mendoza) requieren una política comunicacional o educativa específica que viabilice la ejecución de los proyectos. Finalmente, tal como ocurre a nivel nacional, el sector salud, a nivel Municipal parece tener todavía deficiencias institucionales importantes. En el caso investigado no se cuenta con un padrón de niños a los cuales se debe dar cobertura. En esas circunstancias, al desconocerse la demanda, la asignación presupuestaria es ineficiente dado que la compra de leche (oferta) debe estar estrechamente vinculada al número de beneficiarios por el carácter perecedero del producto en cuestión.

- d) La cuarta característica de la oferta es la existencia de **nuevas características en los establecimientos**, por un lado aparece una acentuada fragmentación del recurso físico y por el otro emergen nuevas formas de complementariedad entre lo público y lo

privado. En relación a la fragmentación, esto ocurre por la existencia de distintas empresas en un mismo establecimiento. Por ejemplo la instalación de la terapia intensiva pediátrica en una clínica. Los propietarios de la subunidad, hacen la inversión en tecnología, gestionan la unidad mediante contabilidad separada y comparten costos con la clínica mayor en la que se encuentran insertos. Situaciones similares se registran con unidades de diálisis, terapia intensiva y servicios especializados neonatológicos.

Estos esquemas sin embargo no siguen una dirección hacia la atomización. Al contrario, si bien existe esa fragmentación y segmentación de los servicios hacia el interior de las instituciones, hacia afuera y a los fines de negociar con las obras sociales, las clínicas están recurriendo cada vez más a entidades que las asocian sin perder cada una de ellas su identidad. Son formas organizativas que no llegan todavía a la fusión pero que intentan fortalecer una oferta oligopólica. La duda que surge es si esas instituciones que no renuncian a su capacidad instalada para ganar sinergias operativas pueden mantenerse en el tiempo simplemente mediante la unión para obtener convenios.

En Capital federal el fenómeno de la fragmentación se extendió al subsector público lo que genera una relación de complementariedad con el sector privado. Adicionalmente esta explicitación de la relación público privado se lleva adelante en establecimientos con pocas camas, en localidades de escasos habitantes en el interior del país. Cuando se ha detectado una situación como la descripta los establecimientos han sido denominados de dependencia administrativa mixta. Adicionalmente se encuentra la situación inversa, el sector público opera dentro de un ámbito privado. Se trata en general de centros primarios de salud, provinciales o municipales, cuyos edificios pertenecen a sociedades vecinales, centros comunales y diversas entidades sin fines de lucro. (Guía, op cit. pp 45). En otras palabras, así como en algunas localidades los prestadores privados empiezan a atender dentro del sector público reduciendo sus costos fijos, en otros casos es el sector público que opera dentro de infraestructura privada.

La búsqueda de complementariedad entre lo público y lo privado se ha detectado también en Rosario donde han habido atisbos de negociación para ciertas prácticas de saneamiento como la incineración de residuos patológicos. La Ley Nacional 24051 y el Decreto 831/95 regulan la situación. se establece allí un régimen general que abarca desde la generación hasta la disposición final de los desechos. Hay adicionalmente una ordenanza municipal donde se hace la opción por uno de los métodos posibles, el horno pirolítico (lavado de humo). Se ha pensado que sería beneficioso la posibilidad de crear una sociedad mixta que pudiera evitar el uso de la incineración exclusivamente para aplicar métodos diferentes como la esterilización y el uso de autoclaves).

Otra segmento posible de complementación sería en la instalación de un lavadero común. En la actualidad, no se observa el cumplimiento estricto de los procedimientos y es posible que un emprendimiento mixto permitiera el aprovechamiento de economías de escala. En lo referente a la actividad prestacional el mercado de Rosario, sugiere que el 80 % de los agudos se atiende en la parte privada, inclusive en el caso de atención psiquiátrica. La atención crónica psiquiátrica se realiza en cambio en el sector público. Lo mismo ocurre con la atención aguda al norte de Santa Fé donde la actividad privada casi desaparece.

Finalmente en el área regulatoria habría espacios de colaboración. En la actualidad la ley de habilitación 9847 tiene aspectos categorizantes. Se hace allí evaluación de personal e instalaciones, es decir el abordaje de la parte estática del funcionamiento de los servicios. No se ha avanzado en cuestiones más dinámicas como el control en base al número de pacientes, la diferenciación de procesos y resultados, el giro cama, las tasas de

mortalidad etc.⁴ Si bien se puede argumentar que un emprendimiento mixto en este ámbito puede dar lugar al fenómeno de la captura regulatoria (o sea la apropiación privada de los espacios regulatorios por motivos de interés particularista), no es menos cierto que en el pasado la Provincia de Santa Fé como en otras como la de Salta, el Estado ha tendido a delegar en las corporaciones profesionales aspectos regulatorios como la otorgación de la matrícula, la recertificación de las especialidades y en algunos casos inclusive el control sobre el funcionamiento de las entidades de medicina prepagas.

De lo que se trata en definitiva es de demarcar un área posible de un emprendimiento mixto para permitir el inicio de la negociación y la explicitación de la división del trabajo entre lo público y lo privado. Es obvio que la propia realidad indica que **existen pautas referidas a la protección del medio ambiente, los servicios de apoyo, las prácticas prestacionales, la distribución regional, y la regulación donde se podría avanzar con emprendimientos mixtos, en la medida que se acepte que lo importante es ganar sinergías operativas para el sistema de salud en general a partir de las distintas lógicas de funcionamiento existentes, la mercantil en el sector privado, y la maximizadora de producción en el sector público.**

Como resumen final de todo este cuadro de **aumento de establecimientos y de camas, privatización de la oferta, división del trabajo, nuevas formas de organización, fragmentación institucional, y complementariedad entre lo público y lo privado** puede decirse al menos cuatro cosas:

- 1) Que es **un escenario que va surgiendo a medida que avanza el progreso tecnológico y cambia en consecuencia la división del trabajo.** Es el cambio en la función de producción de los distintos servicios de atención lo que todas estas nuevas modalidades de organización e incorporación tecnológica reflejan.
- 2) El sector privado incorpora las innovaciones más rápidamente que el sector público. Como en la actualidad representa mas de la mitad de los establecimientos, y las camas parecen no ser un indicador adecuado de cobertura por las nuevas formas de atención domiciliaria y servicios de traslado que paulatinamente las desplazan, todo indica que **en el futuro el ritmo de cambio se habrá de acelerar, con lo cual la propia privatización de la oferta será aun mayor.**
- 3) En tercer lugar y **desde el punto de vista de la distribución regional de la modernización de las modalidades de atención de los servicios, el cuadro que surge es el de un corredor que atraviesa el país desde la ciudad de Mendoza, pasando por Córdoba, Rosario y Capital Federal.** Es probable que el interior del país empiece crecientemente a operar a través de corredores de referencia hacia esos centros con lo cual la propia estructura de servicios podría tender a una concentración espacial.
- 4) Cuarto, es preciso añadir que **ha sido la estabilidad y la competencia lo que ha inducido en gran medida estos cambios que traen aparejado reducción de costos y en algunos casos mejora de la calidad de la atención. Curiosamente la necesidad de sobrevivir en un contexto de rápido cambio, ha llevado también a la explicitación de la relación público privado que durante mucho tiempo existió en la asincronía del rol del funcionario público sin bloqueo de título que trabajaba a la tarde en su establecimiento privado obteniendo de lo público sinergías operativas de diferente tipo.**(Ver mas adelante sobre el hospital de autogestión)

⁴ Estas sugerencias fueron obtenidas de parte de las autoridades de la Asociación de Clínicas y Sanatorios de la ciudad de Rosario Abril 1995.

2.3.- Importación de Bienes de Capital

Si la innovación tecnológica genera nueva división del trabajo y modifica la estructura y el comportamiento de la oferta, se hace necesario observar como ha reaccionado la importación de bienes de capital en salud con la estabilidad y la apertura económica. Hay al menos tres razones teóricas que justifican detenerse en el tema, primero porque puede arrojar luz sobre el futuro comportamiento de la oferta mas allá de la evolución del perfil epidemiológico de la población. Segundo por la aparente contradicción que existe entre un mercado de alta tecnología que habría entrado en una fase de saturación (Katz Jorge 1995) y que muestra sin embargo un comportamiento correspondiente a una curva exponencial en la importación de bienes de capital. En tercer lugar porque si este crecimiento se da sobre una base sobredimensionada de la oferta, entonces el sector está en la antesala de la agudización de la puja distributiva y de un cambio de dimensiones aún mayores a las que en la actualidad se enfrenta.

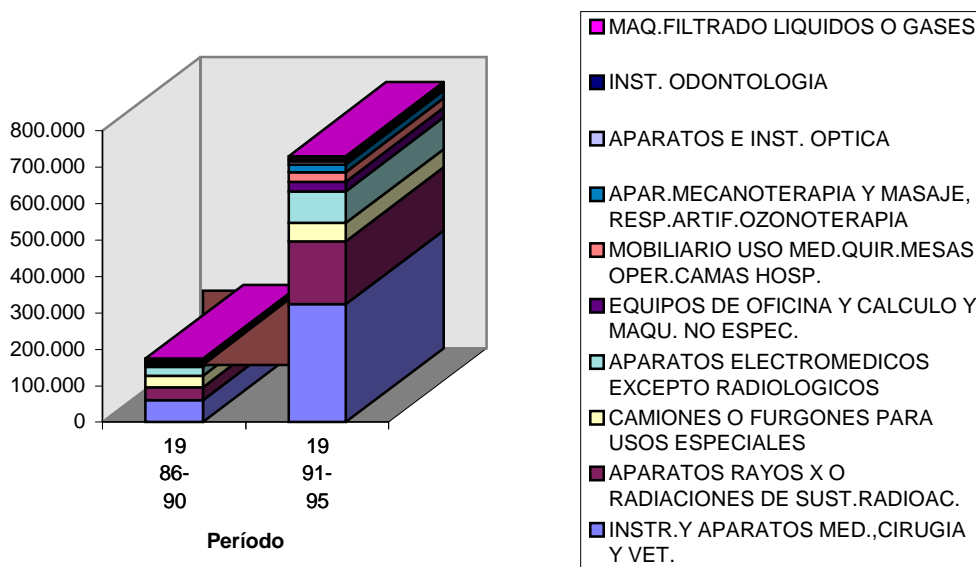
Friedrich Hayec en su libro la Teoría Pura del Capital (1946) enseña que **para entender el comportamiento de la producción es preciso observar la estructura del capital, esto es la composición de las piezas del mismo y las relaciones que se establecen entre los dueños de los mismos**. Criticando el desastroso efecto que tuvo para la comprensión del proceso dinámico económico el examen del capital como una magnitud única y homogénea nos dice:

*“Los problemas que suscita cualquier intento de analizar la dinámica de la producción, son problemas entrelazados con las interrelaciones entre las distintas partes de la complicada estructura del equipo productivo que el hombre ha construido para atender a sus necesidades. Pero las diferencias esenciales entre estas partes quedan oscurecidas por el esfuerzo que supuso incluirlas en una amplia definición de las existencias de capital. El hecho de que **esta existencia de capital no sea una masa amorfa, sino que posea una estructura definida, que esté organizada de una manera definida**, y el de que su composición de partes esencialmente diferentes sea mucho mas importante que su “cantidad” total fueron sistemáticamente desatendidos”.*

Mas adelante agrega:....hay por lo menos dos clases de magnitudes importantes o, mas bien proporciones... la primera es la de las dimensiones de la estructura real del equipo productivo, y comprende la **descripción de cómo ha de estar organizado para ser capaz de obtener diversas cantidades de producción en diferentes fechas**. La segunda, la de las demandas proporcionales o precios relativos que se espera que rijan para estas diferentes cantidades de producción en fechas diferentes. La primera de estas dos relaciones cuantitativas describe las proporciones entre las cantidades existentes de los recursos concretos, expresadas en sus costos relativos, en tanto que la segunda describe la demanda relativa de las dos clases de recursos. Pero sólo unidas determinarán estas dos series de relaciones cuantitativas o proporciones lo que normalmente se considera como oferta de capital en términos de valor”. (Op cit. pag. 6 y 7)

El gráfico siguiente da una idea del crecimiento del stock de bienes de capital importados, y de sus proporciones relativas. Se observa que los instrumentos y aparatos de cirugía así como de diagnóstico de rayos electromédicos tuvieron un cambiosignificativo.

STOCK DE BIENES DE CAPITAL

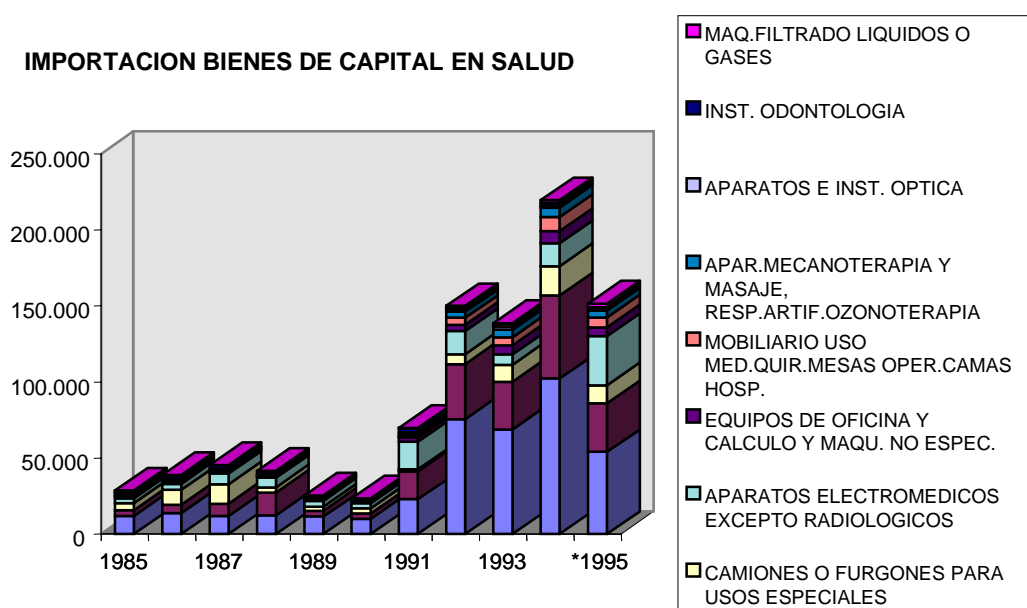


Este crecimiento en el monto acumulado de bienes de capital, representa un indicador incompleto de los procesos en marcha. Sería preciso entender como se están realineando los actores y que lazos de referencia y contrareferencia se están estableciendo para tener una mejor idea de la estructura del capital sanitario y la futura producción del mismo. En la actualidad con la aparición de la ley de accidentes de trabajo y la necesidad de constituir redes Provinciales para la atención, el proceso se debe estar acelerando.

Lo que interesa destacar adicionalmente es que algunos empresarios que poseen parte de la alta tecnología médica en el país argumentan que hay que distinguir entre alta y baja tecnología, fijando la barrera entre una y otra en el orden de los 150.000 a 200.000 dólares por equipo. Sugieren además que dentro del país no se ha instalado todavía en el grado posible la alta tecnología (resucitadores, hemodinamia, resonadores de última generación etc.) y que los equipos incorporados corresponden mayoritariamente a la baja tecnología (ecógrafos, rayos, etc).

En parte, este proceso se da por los propios límites económicos que fija el mercado. Según esos empresarios, las cinco grandes proveedoras de equipos que operan en el país han registrado atrasos en sus cobros, por lo cual estarían cambiando la práctica de la venta hacia el leasing de equipos. En el caso de los megalaboratorios, ha habido incluso algún ejemplo de donación del autoanalizador previo muestreo durante algún tiempo del consumo de reactivos. De esa forma, el cambio en el país tiene también una causa exógena vinculada a la supuesta pérdida de rentabilidad que estarían enfrentando esas firmas en los Estados Unidos ante los cambios en ese país en relación a la utilización de alta tecnología. La estrategia entonces sería no sólo recuperar la tasa de ganancia en base a la venta de equipos en país en desarrollo sino también mediante la provisión de bienes intermedios dado el proceso continuo de dependencia en la compra de insumos que se establece una vez instalado el equipamiento en el país.

El ritmo al cual se han ido incorporando los bienes de capital en salud ha sido francamente acelerado. El gráfico siguiente muestra la importación en valores absolutos en los últimos diez años. Piénsese que hacia fines de la década de los ochenta, el ex secretario de Salud, Dr Canitrot advertía que existían en Argentina tomógrafos para 300 millones de personas con lo que implícitamente quedaba planteado el problema de la presencia de cronogramas de amortización que exigirían un uso exagerado de los equipos.



La presencia de esta curva exponencial, en un contexto de mercados saturados con bajas tasas de retorno a la inversión no es una contradicción. Como a cada fase de saturación le corresponde un patrón de conducta defensiva de los prestadores (Katz J. 1995), lo que ocurre es un doble fenómeno. Por un lado existe **un ciclo de catch up como lo ha señalado Daniel Titelman ante la apertura de la economía que permite un acercamiento a la frontera tecnológica, por el otro la inversión en alta complejidad viene a representar justamente el ajuste defensivo del prestador ante la saturación.** De esta forma este ciclo de corto plazo no debe ser confundido con la tendencia hacia la saturación y la puja distributiva que en todo caso no desaparece sino que se posterga temporariamente. En realidad lo que ocurre es que **el comportamiento defensivo de los prestadores toma la forma de profundización del capital, aumentando el equipamiento por prestador.** Así saturación, ajuste defensivo e inversión acelerada son diferentes caras de un mismo fenómeno.

La saturación no impide la aceleración del progreso tecnológico sino que en si misma lo potencia. Es aquella frase de un prestador equipado que definía la situación diciendo: *"no es verdad que exista saturación, ello puede ocurrir con la instalación de quirófanos cardiovasculares, nosotros tenemos en realidad otro producto. Nuestro resonador tiene mejor resolución y menos tiempo de espera. No es lo mismo para la*

gente⁵ En otras palabras lo que ocurre es que la estrategia de diferenciación de producto que busca recomponer la tasa de retorno identificada por Katz, toma la forma de nueva inversión en equipos médicos. Hay así un estímulo permanente a salir de la curva de saturación con su comportamiento inverso a la tasa de retorno, y a reiniciar la actividad desde un nivel de menos competencia y mayor diferenciación de producto. Hay una búsqueda permanente de la oligopolización.

Si esta hipótesis fuera plausible, entonces es dable esperar que la puja distributiva se agudice en un contexto de menor crecimiento del financiamiento y de la demanda como se verá mas adelante, salvo que se ajuste por el lado del mayor gasto privado, o la organización de seguros masivos con primas razonables. Esto implicaría una desregulación mayor que la actual y un protagonismo de las compañías de seguro que aun no se visualiza. Si ello no ocurre entonces lo que habrá de suceder es la reposición de la saturación a un nivel de complejidad mas elevado y con una estructura de capital que hará de los lazos interpersonales la clave del ajuste. No sólo habrá formalización de acuerdos de cartera cerrada, sino que los mismos se habrán de dar entre organizaciones cada vez más grandes y complejas.

En el fondo el panorama recuerda la vieja discusión de los economistas clásicos sobre la cuestión de la tasa de ganancia y el progreso técnico. En la medida que aumenta la inversión y la competencia, la ganancia cede. En ese contexto la clave pasa a ser la propia tasa de progreso técnico que debe ser creciente para evitar la crisis de rentabilidad. En el contexto Argentino, el ritmo en la importación de equipos puede ser asimilado al cambio en la tasa de progreso técnico. En la primera fase posterior a la apertura de la economía, el progreso técnico pasa a estar determinado por la capacidad financiera de los prestadores. Cuando esa capacidad se debilita, entonces aparece la opción del leasing. El problema sin embargo, surge cuando el sector se acerca a la frontera tecnológica reinante, y la tasa de progreso técnico no está determinada solamente por la apertura de la economía y la capacidad de adquirir la tecnología sino por la propia tasa de innovación exógena. De esa forma, el equilibrio en el mercado parece depender de dos cuestiones que son independientes y que sólo por casualidad habrán de coincidir, por un lado el ritmo de la inversión y crecimiento de la saturación y por el otro la renovación en el equipamiento que simboliza una tasa de progreso técnico determinada, la cual depende de factores exógenos y no controlables. Esto es posiblemente lo que explica que las tasas de cambio del crecimiento en la importación de los bienes de capital, hayan comenzado a ser negativas como se detalla en el gráfico y las tablas a continuación. Ello sería un indicio de que en realidad nos encontramos ante un ciclo de recuperación de la distancia tecnológica pero que la misma no se sustenta en el tiempo y tiende a perder intensidad. Alternativamente, una explicación plausible podría ser que el equipamiento es simplemente una función del ciclo económico general que parece acompañar bastante bien el ciclo del equipamiento técnico del sector salud.

⁵ Fundación Libertad, Rosario. Seminario de Economía Sanitaria. Mayo de 1995.

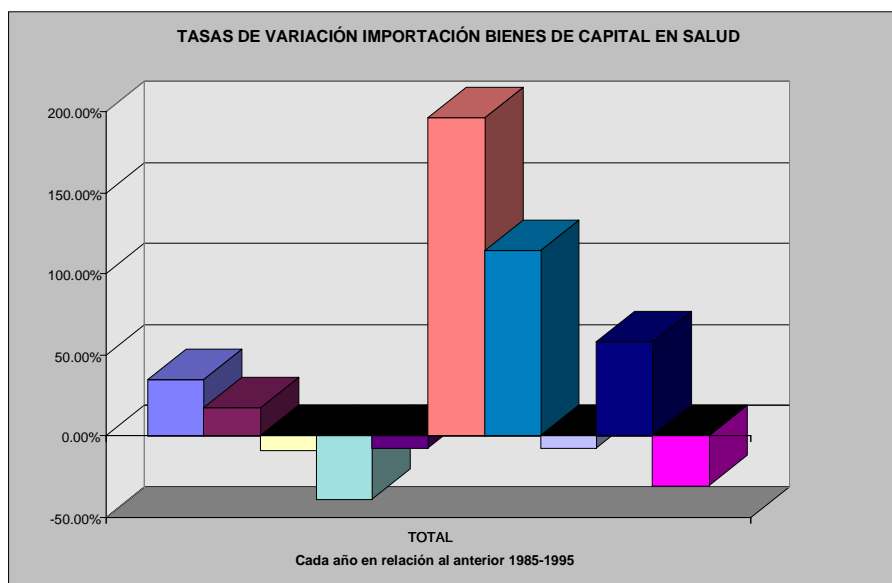
IMPORTACIÓN DE BIENES DE CAPITAL CLASIFICADOS POR DESTINO
SECTOR SALUD (MILES DE \$ VALOR CIF)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
1 INSTR.Y APARATOS MED.CIRUGÍA Y VET.	11,902	13,785	11,960	12,520	11,380	10,178	22,897	75,542	68,814	102,351	54,003
2 APARATOS RAYOS X O RADIACIONES DE SUST.RADIOAC.	3,887	5,525	8,202	14,959	4,091	3,320	18,145	36,265	31,364	54,844	32,110
3 CAMIONES O FURGONES PARA USOS ESPECIALES	4,768	9,784	12,665	3,238	2,735	3,517	1,483	6,506	11,132	19,101	11,816
4 APARATOS ELECTROMÉDICOS EXCEPTO RADIOLÓGICOS	3,059	4,096	7,006	6,392	3,863	3,202	18,255	15,112	6,745	15,043	32,230
5 EQUIPOS DE OFICINA Y CALCULO Y MAQU. NO ESPEC.	1,481	1,237	1,230	954	987	829	2,502	4,075	5,985	8,009	5,888
6 MOBILIARIO USO MED. QUIR.MESAS OPER.CAMAS HOSP.	178	35	7	22	4	109	354	4,749	5,504	9,100	6,338
7 APAR.MECANOTERAPIA Y MASAJE, RESP.ARTIF.OZONOTERAPIA	1,469	1,312	1,369	675	719	1,173	1,824	3,834	4,634	6,053	4,787
8 APARATOS E INST. ÓPTICA	415	716	415	361	283	299	1,370	1,795	2,002	1,323	1,114
9 INST. ODONTOLOGÍA	1,469	2,123	2,353	1,995	1,110	740	2,606	1,276	1,488	1,879	1,138
10 MAQ.FILTRADO LÍQUIDOS O GASES	86	116	279	296	240	208	439	775	1,095	1,746	2,390
TOTAL	28,714	38,729	45,486	41,412	25,412	23,575	69,875	149,929	138,763	219,449	151,814
RUBRO 1 SOBRE TOTAL	0.41	0.36	0.26	0.30	0.45	0.43	0.33	0.50	0.50	0.47	0.36
RUBRO 1,2,3,Y 4 SOBRE TOTAL	0.82	0.86	0.88	0.90	0.87	0.86	0.87	0.89	0.85	0.87	0.86
RUBRO 6 SOBRE TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03	0.04	0.04	0.04

Fuente: Informe Económico 1994. Ministerio de Economía,

IMPORTACIÓN DE BIENES DE CAPITAL CLASIFICADOS POR DESTINO
SECTOR SALUD. TASAS DE VARIACIÓN

	86\85	87\86	88\87	89\88	90\89	91\90	92\91	93\92	94\93	95\94
1 INSTR.Y APARATOS MED.CIRUGÍA Y VET.	15.82%	-13.24%	4.68%	-9.11%	-10.56%	124.97%	229.92%	-8.91%	48.74%	-47.24%
2 APARATOS RAYOS X O RADIACIONES DE SUST.RADIOAC.	42.14%	48.45%	82.38%	-72.65%	-18.85%	446.54%	99.86%	-13.51%	74.86%	-41.45%
3 CAMIONES O FURGONES PARA USOS ESPECIALES	105.20%	29.45%	-74.43%	-15.53%	28.59%	-57.83%	338.71%	71.10%	71.59%	-38.14%
4 APARATOS ELECTROMÉDICOS EXCEPTO RADIOLÓGICOS	33.90%	71.04%	-8.76%	-39.57%	-17.11%	470.11%	-17.22%	-55.37%	123.02%	114.25%
5 EQUIPOS DE OFICINA Y CALCULO Y MAQU. NO ESPEC.	-16.48%	-0.57%	-22.44%	3.46%	-16.01%	201.81%	62.87%	46.87%	33.82%	-26.48%
6 MOBILIARIO USO MED. QUIR.MESAS OPER.CAMAS HOSP.	-80.34%	-80.00%	214.29%	-81.82%	2625.00%	224.77%	1241.53%	15.90%	65.33%	-30.35%
7 APAR.MECANOTERAPIA Y MASAJE, RESP.ARTIF.OZONOTERAPIA	-10.69%	4.34%	-50.69%	6.52%	63.14%	55.50%	110.20%	20.87%	30.62%	-20.92%
8 APARATOS E INST. ÓPTICA	72.53%	-42.04%	-13.01%	-21.61%	5.65%	358.19%	31.02%	11.53%	-33.92%	-15.80%
9 INST. ODONTOLOGÍA	44.52%	10.83%	-15.21%	-44.36%	-33.33%	252.16%	-51.04%	16.61%	26.28%	-39.44%
10 MAQ.FILTRADO LÍQUIDOS O GASES	34.88%	140.52%	6.09%	-18.92%	-13.33%	111.06%	76.54%	41.29%	59.45%	36.88%
TOTAL	34.88%	17.45%	-8.96%	-38.64%	-7.23%	196.39%	114.57%	-7.45%	58.15%	-30.82%



2.4.- La Desregulación de la Oferta Privada

La oferta privada no es homogénea. Puede dividirse al menos en tres grandes grupos: a) los profesionales individuales, b) las clínicas y sanatorios privados y c) los hospitales sin fines de lucro de las mutualidades, generalmente creadas y administradas por las diferentes colectividades extranjeras.

Los profesionales individuales atienden fundamentalmente en sus consultorios que, en número no menor de 90.000 están distribuidos geográficamente en general de acuerdo a la demanda. Constituyen así, una importante boca de entrada al modelo prestador, dada esta distribución y su accesibilidad generada por la financiación por la seguridad social de las consultas y prácticas especializadas.

Las clínicas y sanatorios privados han sido discutidos en páginas anteriores. Este segmento privado de la oferta de servicios es muy heterogéneo y en muchos casos enfrenta una crisis derivada de su expansión en el pasado y de la desfinanciación relativa de las obras sociales. Operan en un contexto de ausencia regulatoria y de normas de calidad. Como se dijo, en los últimos años, la oferta privada de servicios, ha intentado disminuir la edad promedio de sus instalaciones de bienes de capital mediante la importación de equipos que han acortado en alguna medida la brecha tecnológica con el resto del mundo. En un escenario de rápida globalización esta modernización es posiblemente un imperativo de sobrevivencia, que habrá de generar sin embargo, problemas de escala de producción dada la excesiva capacidad instalada.

Los profesionales, se encuentran agremiados en las instituciones que nuclean a cada una de las profesiones intervinientes. Paralelamente al desarrollo de la seguridad social, e inducida por ella, estas instituciones desarrollaron una importante capacidad de defensa de los intereses profesionales y de salvaguardia de los requisitos de su ejercicio. Las clínicas y sanatorios privados, se encuentran también agrupadas en asociaciones que las representan. En el pasado reciente estas entidades constituyeron poderosas corporaciones contratando con las obras sociales en representación de todos sus

miembros para realizar las prestaciones a través de un sistema de libre elección y pago por prestación. Al consolidar a través de ellas la facturación de las prestaciones realizadas, se transformaban en el único interlocutor válido para las obras sociales dentro de este régimen.

En los últimos años sin embargo, dada la pugna distributiva estas corporaciones profesionales abandonaron progresivamente la política de reconocer a las obras sociales como su principal fuente de financiación en un sistema solidario e impulsaron políticas de cargar directamente sobre los usuarios a través del plus y de nomencladores propios el cobro adicional de prestaciones que pudiesen compensar la caída de sus niveles habituales de ingresos. Tal estrategia condujo a la fragmentación y pérdida de poder de negociación de las corporaciones profesionales, la quiebra ética del sistema solidario y al desgaste social de las profesiones frente a la población.(Jouval H. 1993) Esta situación fue agudizada por dos decretos emanados del poder ejecutivo en 1991 y en 1993, por los cuales, se introdujeron mecanismos de competencia al interior del sector prestador inviabilizando simultáneamente la posibilidad de la contratación a través de las entidades profesionales.

Por un lado **el decreto de desregulación del 31 de octubre de 1991 alteró las condiciones de negociación al prohibir a las entidades profesionales negociar el pago y los precios colectivamente. De esta forma se quebró el frente oligopólico prestacional pero terminó por diferenciar socialmente a los prestadores en aquéllos que por su capacidad de internación pudieron constituir Uniones Transitorias de Empresas y los que quedaron como simples productores de servicios independientes con menor poder de mercado que el resto.** En algunos casos, los profesionales independientes agrupados en las entidades gremiales fundaron una Sociedad Anónima, para no caer en la atomización total. Ese fue el caso de Salta, Mendoza y Córdoba con los bioquímicos.

Posteriormente el **Decreto 9-93, prohibió la celebración de contratos prestacionales con entidades de control de matrícula profesional y estableció la contratación directa no regulada por nomenclador de aranceles o tarifas prefijadas de prestadores.** En general, la ejecución de estos decretos fue desigual. Existen todavía entidades gremiales que siguen participando como antes en el proceso de negociación, y hay ejemplos de la división de tareas entre las entidades gremiales y las nuevas asociaciones creadas para adaptarse a la letra de los decretos.

Las normas sin embargo impactaron al sector. **Por un lado se estableció una situación de competencia en precios entre los prestadores, los cuales al realinearse en nuevas formas de organización erosionaron su capacidad de operar en un frente único a través de sus entidades profesionales. Por el otro, se creó en relación a las obras sociales una situación de desregulación asimétrica, puesto que estas últimas no fueron inducidas también a competir.** De esta manera se estableció una situación conocida en la teoría económica como Second Best, que implica que en una situación de regulación la alteración de sólo algunas normas, reacomoda el poder de la situación a favor de una parte y en contra de la otra.

En el caso de FEMEBA, (Federación Médica de Buenos Aires) su rol parece haberse transformado crecientemente hacia una entidad que busca trabajo a sus asociados, celebrando convenios de adhesión voluntaria, y con mayor flexibilidad de precios que en el pasado, lo cual sugiere que la desregulación operó para los prestadores pero no para el sector financiador. Mas recientemente esta organización se asoció a su contraparte de Clínicas y Sanatorios a los fines de administrar el convenio de PAMI, la obra social de Jubilados en la Provincia de Buenos Aires.(EQUISAL) El cambio de modelo prestacional con médico de cabecera, contratación modulada y la selectividad con que trata a sus propios integrantes, sugieren que la entidad ha dejado de ser exclusivamente una organización gremial, para funcionar como una administradora de cápitales. **La oferta privada ha sido así parcialmente desregulada. Esto implica la pérdida de**

protagonismo de las entidades gremiales por un lado y el surgimiento de asociaciones comerciales menos comprometidas con la solidaridad de sus miembros y mas preocupadas por la adaptación a las nuevas de reglas de juego del mercado por el otro.

3.- LA DEMANDA EN SALUD

Se vio en las introducción de este trabajo que la demanda en salud tiene elasticidad ingreso positiva. Esto implica que a medida que aumentan los recursos disponibles de las personas, las mismas están dispuestas a gastar en salud en una forma mas que proporcional al acrecentamiento de sus ingresos. Hay adicionalmente otros determinantes que condicionan la demanda como el sexo. Las mujeres gastan mas que los hombres, aunque esto varía en el tiempo. Hasta los 40 años por la edad fecunda de las mujeres, su gasto es superior, luego, debido a la incidencia de las afecciones cardiovasculares y las de próstata, los hombres consumen mas atención que las mujeres. El gasto en salud, también varía con la edad, decrece inicialmente para acelerarse exponencialmente en las últimas dos décadas de vida. Asimismo la demanda tiene una relación directa con la educación, la gravedad de las afecciones y la urbanización y una relación inversa con la mayor distancia de los centros de atención, el tiempo de espera el costo global y el precio. En este último caso la reducción en el consumo por ejemplo por la aplicación de copagos, puede influir negativamente en el estado de salud posterior. En California, menos consultas y tests de diagnóstico generaron mayores tasas de hospitalización posteriores. En algún caso centroamericano, (Nicaragua) parecería haber indicios de que la demanda sobre los efectores públicos varía con el abastecimiento hospitalario. Cuando la gente percibe que no obtendrá los medicamentos para el tratamiento, disminuye su demanda por atención. Asimismo, en ciertos servicios como odontología la imposición de un pequeño copago, disminuía drásticamente el consumo, lo cual sugiere que la elasticidad precio podría no ser homogénea para todos los servicios.

Hay también otras particularidades específicas en la demanda en salud. En casos de urgencia, (infarto, accidente grave, los sustitutos tienen poca importancia y la demanda se vuelve vertical pues se paga cualquier precio posible. Sin embargo, estos casos son minoría y frecuentemente hay tiempo para reaccionar y cursos alternativos de acción. La pauta parece ser, menor la emergencia y mayor la relevancia de sustitutos menor inclinación tendrá la curva de demanda como por ejemplo en los chequeos dentales periódicos.

La suma de las demandas propias por otra parte, (demanda interna o privada) puede no ser equivalente a la demanda total en atención. En salud hay individuos que estarían dispuestos a pagar para que otros consuman (demanda externa) como en el traslado ante un ataque cardíaco o de sociedades de caridad para la atención médica. La inmunización gratuita es un caso de financiamiento público que viabiliza la demanda externa. El efecto que tiene la demanda externa es la de aumentar la cantidad demandada a un precio dado. En ese sentido **el programa médico obligatorio implementado recientemente en Argentina que afirma un mínimo de atención para todos los pacientes de los agentes del seguro de salud es un ejemplo de demanda externa.**

La demanda en salud también parece variar positivamente con la calidad. de la atención. Los atributos de la calidad son evaluados subjetivamente por el consumidor. Dos de ellos son centrales: en primer lugar el nivel de la excelencia médica que se asocia con la precisión del diagnóstico y la efectividad del tratamiento en restaurar la salud y segundo, el

confort y el lujo asociado a los modales del médico, las amenidades etc. Un mayor nivel de calidad aumenta la importancia del cuidado médico en relación a otras mercaderías a todo nivel de consumo. Más calidad mueve la curva de la demanda hacia afuera. La excepción a esta regla es que si la baja calidad resulta en más enfermedad también habrá mas demanda pero por una cuestión no de aumento del bienestar sino por deterioro de la calidad de vida.

Cuando existe oferta pública gratuita de servicios, las variaciones en la cantidad demandada se determinan por las variaciones en costos de tiempo y monetarios. Los que pagan los menores costos de tiempo demandan mayores cantidades. Los que pagan menores costos de tiempo sin embargo, pueden no ser los mismos que tienen su condición de salud afectada. La atención se raciona entonces hacia aquellos que pueden esperar y no a los que están enfermos.

Finalmente la atención es afectada por la ignorancia del consumidor. El médico actúa como consejero y ejecutor del tratamiento. Puede cambiar la demanda si provee información inductora de demanda. La información asimétrica implica que la unidad adicional de cuidado médico tiene una utilidad adicional que se expresa como el producto de la salud adicional generada por el acto médico y la utilidad marginal de la salud adicional. El esquema supone que el médico conoce el estado de salud y el impacto que la unidad adicional de cuidado médico tendrá sobre la salud. La forma de inducir demanda es falsear la condición de salud original, agravándola artificialmente en la retórica. Esa exageración de la gravedad en la condición, aumenta luego en la percepción del paciente la utilidad de la atención. Es preciso aclarar aquí que la cuestión de la información asimétrica ha sido a veces exagerada por los analistas. En realidad hay límites a la inducción a la demanda, los pacientes ganan información, y por otro lado en el diagnóstico y el tratamiento hay incertidumbre lo que en muchos casos impide probar si hay inducción artificial o un ensayo honesto.

El siguiente cuadro muestra el perfil de la demanda durante un lustro en un Hospital público de alta complejidad de la Provincia de Córdoba que el autor investigara como observador participante durante dos años).

Se observa en el mismo el promedio anual de consultas y el promedio para el lustro. Cuatro comentarios básicos se desprenden de los datos. En primer lugar **la estabilidad en el tiempo del perfil de la demanda**. Daría la impresión que el Hospital Público tiene posibilidades de hacer pronósticos financieros y un buen control de gestión dada la previsibilidad de la demanda. En segundo lugar, se observa que hay **tres tipos de prestaciones en base a su nivel cuantitativo de atención, las de emergencia o la guardia, las correspondientes al cuidado de la madre y el niño (Tocoginecología y pediatría) y el resto** de las cuales si se excluye clínica médica, traumatología y O.R.L. tienen un peso negligible en el total. En tercer lugar, **entre la atención de emergencia y la de materno infantil este hospital de alta complejidad de unas 170 camas, da cuenta aproximadamente de dos terceras partes de la atención**. Cuarto, se observa que existe **un progresivo deterioro en el nivel general de atención a partir de 1991, cayendo la atención en un 16 % desde 1990 y en más de un 20 % desde 1991, lo que resulta consistente con el cuadro de retiro gradual del sector público del mercado sanatorial**.

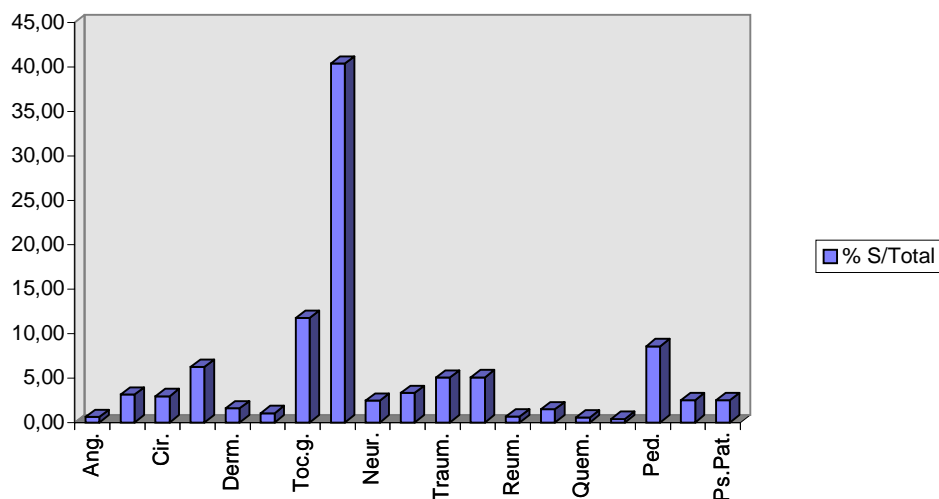
CONSULTAS HOSPITAL CENTRAL RÍO CUARTO. 1990-1994

SERVICIO	% S/Total	90-94	1990	1991	1992	1993	1994
Angiología	0,62	45	57	47	40	39	42
Cardiología	3,12	228	259	298	214	153	216
Cirugía	2,93	214	251	250	194	199	176
Clin.Médica	6,23	455,4	510	542	435	416	374
Dermatolog.	1,58	115,2	91	106	94	118	167
Endocrinol.	1,03	75,2	56	89	73	77	81
Tocoginec.	11,76	859,8	956	964	842	767	770
Guardia	40,38	2952,8	2956	3192	3182	2910	2524
Neurocirug.	2,42	176,8	234	179	126	108	237
Oftalmolog.	3,28	239,8	260	286	246	198	209
Traumatol.	5,04	368,2	382	369	362	370	358
O.R.L.	5,05	369,4	410	459	379	292	307
Reumatol.	0,67	49	0	33	78	51	34
Urología	1,47	107,8	126	101	84	106	122
Quemados	0,53	38,4	27	32	17	36	80
Nefrología	0,40	29	28	28	22	21	46
Pediatría	8,56	625,8	764	864	618	656	227
Fonaudiol.	2,48	181,6	162	67	0	0	316
Psicopastol.	2,48	181,6	41	32	0	0	7
		7312,8	7570	7938	7006	6517	6293

Fuente: Servicio de Estadísticas y Centro de Cómputos Hospital central Río IV

El gráfico ilustra la participación relativa de cada servicio en el total, y revela como un Hospital de alta complejidad es en realidad un establecimiento de emergencias y materno infantil. Esta descaracterización arroja dudas sobre la eficiencia asignativa de recursos en el hospital público.

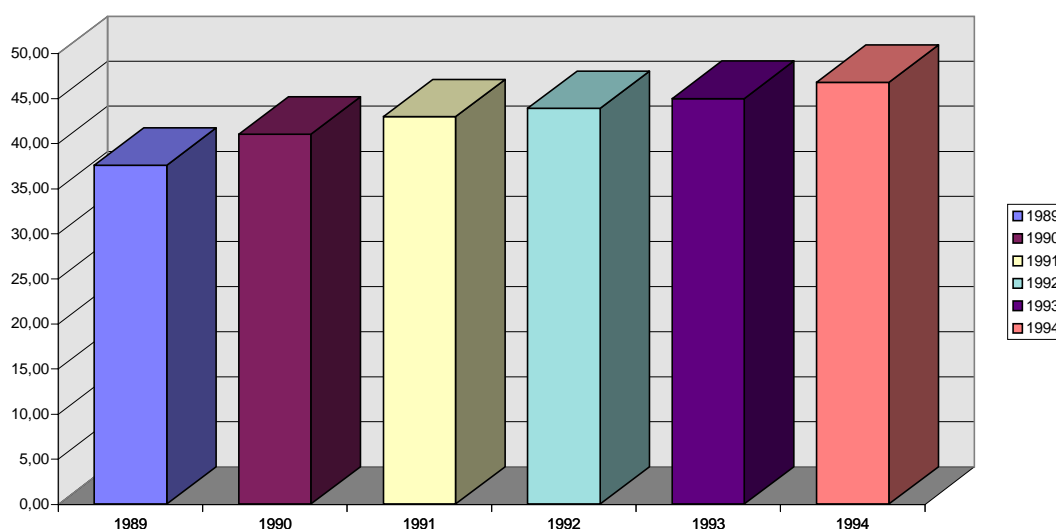
Consultas Hospital Central Rio IV 1990-1994



Datos adicionales que confirman la estabilidad de la demanda sobre el sector público provienen de Mendoza. En el siguiente gráfico y cuadro se ilustra la situación para la totalidad de los establecimientos de la Provincia. El cuadro que surge es uno de leve incremento de las consultas externas hospitalarias, pero de marcado aumento en los centros de salud, lo que estaría indicando un mayor énfasis en la atención primaria y una asignación mas racional de los recursos a medida que pasa el tiempo. Asimismo, las cifras denotan una mayor presión por cobertura en el sector público.

Resulta interesante además notar que esta Provincia, no sólo ha encaminado la consulta externa hacia el primer nivel sino que también logra aumentar los egresos en un 10 % entre 1989 y 1994 con un 9 % menos de camas disponibles. Este cambio se manifiesta en el aumento del giro cama que pasa de 26,5 a 32,2. y en una disminución de la permanencia en internación. Con una disminución importante de los días camas disponible, se logra mantener el mismo porcentaje ocupacional a lo largo del tiempo. Adicionalmente se nota también el aumento de los partos, las prestaciones odontológicas, los exámenes de laboratorio y los estudios radiológicos que casi se duplican en el período. En general el panorama que surge es la de una mayor racionalidad y eficiencia en esa Provincia y señala que el comportamiento del sector público no es homogéneo dependiendo en parte de la política jurisdiccional que se aplique.

**Total Consultas Centros de Salud Sobre Total Consultas
Sector Público Pcia de Mendoza**



SERIE CRONOLÓGICA HOSPITALARIA DE MENDOZA 1989-1994

	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Cent.Salud/Total Consultas	37,59	41,06	43,01	43,92	45,02	46,81
Total Consultas	2.031.493	2.254.015	2.405.097	2.441.079	2.547.794	2.625.017
Cons.Ext.Centros Salud	763.659	925.556	1.034.322	1.072.037	1.147.099	1.228.769
Consulta Externa Hosp.	1.267.834	1.328.459	1.370.775	1.369.042	1.400.695	1.396.248
Egresos	73.944	77.319	79.164	78.621	78.605	81.497
Camas Disponibles	2.788	2.683	2.646	2.576	2.544	2.533
Giro de Camas	26,5	28,8	29,9	30,5	30,9	32,2
Permanencia Internación.	9,3	8,8	8,5	8,4	8	7,7
Pacientes Días	690.201	681.766	675.636	656.626	630.940	627.000
Días Camas Disponible	1.018.638	979.608	965.699	942.547	928.899	924.852
Porcentaje Ocupacional	67,8	69,6	70	69,7	67,9	67,8
Número de Partos	17.170	19.238	20.914	19.990	18.669	18.640
Prestación Odontológica	110.780	121.242	116.126	109.719	118.551	129.439
Prestaciones Laboratorio	1.633.296	1.863.426	1.884.886	1.986.445	1.801.861	2.012.720
Laboratorio Internación	781.134	857.821	849.201	897.155	797.328	866.089
Laboratorio Cons.externo	852.162	1.005.605	1.035.685	1.089.290	1.004.533	1.146.631
Prest.Lab./Cons.externo	0,67	0,76	0,76	0,8	0,72	0,82
Pres.Lab por Pac. Día	0,13	0,11	0,14	0,12	0,12	0,12
Estudios Radiológicos	118.181	128.498	153.946	158.866	178.901	211.133
Est.Radiol. a Internación	31.752	31.750	34.057	35.416	37.011	48.240
Est.Radiol. a Cons.Ext.	86.429	96.748	119.889	123.450	141.890	162.893
Est.Radiol.por C.Externa	0,07	0,07	0,09	0,09	0,1	0,12
Est.Radiol.por Egreso	0,43	0,41	0,43	0,45	0,47	0,59

Fuente: Serie Cronológica Hospitalaria. Dirección de Estadística e Informática. Dto Bioestadística. Mendoza.

3.1.- Los Seguros de Salud y el Impacto sobre la Demanda

En Argentina, existe para el trabajador en relación de dependencia tanto en el sector privado como en el público la obligación de aportar para un seguro de salud. Esto implica que los supuestos de la demanda por seguros por los cuales el consumidor decide si se asegura o no es válido pero sólo para una parcela de la población como los autónomos por ejemplo. En general la lógica del seguro implica la existencia del pago de una prima seguida por reducidas erogaciones si ocurre la enfermedad. Por definición entonces un seguro implica una cobertura parcial. En Argentina, esta cuestión ha sido negada en el funcionamiento operativo de sus seguros tanto en el sistema de la Administración Nacional del Seguro de Salud, (obras sociales) como en los Seguros Públicos sean los de Jurisdicción Provincial como el correspondiente a los pasivos de la población, donde no se ha reconocido la restricción presupuestaria y en consecuencia se ha verificado una historia de déficits crónicos recurrentes. Esta situación ha llegado al extremo actual donde el seguro público de Jubilados con un déficit diario superior al millón de dólares, tiene ya patrimonio neto negativo o sea virtualmente no existe (Banco Mundial 1995). Los seguros semipúblicos y públicos Argentinos entonces tienen la particularidad de ser solidarios, pero esa solidaridad se hace con recursos de terceros.

Según la teoría la decisión de asegurarse debería depender de factores varios como los gustos, la riqueza, el precio, la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad y la pérdida resultante de la misma. Los gastos de atención médica son una pérdida de riqueza

para el individuo. lo que implica caracterizar el bienestar en niveles alternativos de riqueza. Es el concepto de utilidad. A cada nivel de riqueza se asocia un nivel de utilidad. El cambio en la riqueza por la enfermedad genera un cambio negativo en la utilidad. Se supone asimismo que hay rendimientos decrecientes en ella puesto que cada aumento de riqueza resulta en menor utilidad marginal. Si la riqueza tiene utilidad marginal decreciente para un individuo, entonces esa persona tiene aversión al riesgo. La conclusión lógica es que a cierto nivel de riqueza la pérdida de un monto dado es de mayor importancia subjetiva que el ganar un monto igual. Desde esta perspectiva, la utilidad es el índice subjetivo de la relativa importancia de la riqueza. El individuo probablemente quiere maximizar su nivel de utilidad.

Si hay seguros de salud disponibles entonces el individuo los comprará para reducir la variabilidad de su ingreso (riesgo financiero) y aumentar su utilidad. Al aumentar la pérdida esperada debido a los costos crecientes médicos, el monto que se está dispuesto a pagar para evitar la pérdida es mayor. Este factor llamado de vulnerabilidad financiera que describe el tamaño de la pérdida en relación a la riqueza junto a la percepción del riesgo del evento catastrófico (con costos aplastantes) fomentan la demanda de seguros. **Si tanto los costos crecientes como la mayor probabilidad de enfermar aumentan la voluntad de pago de una prima mayor, con la transición epidemiológica hacia una mayor incidencia de las enfermedades crónico degenerativas y el progreso tecnológico actual el escenario para demandar seguros es de positivo crecimiento.**

Adicionalmente hay factores como la globalización, la necesidad de reducir costos y el ajuste fiscal que sugieren que hacia el futuro, se habrá de pensar no tanto en un seguro nacional de salud sino algo menos que asegure contra accidentes, enfermedades graves y hospitalización prolongada. (llamado el seguro catastrófico). En Argentina lo que parece estar ocurriendo en realidad es la segmentación de esta idea, mediante cobertura de distintos regímenes que operan simultáneamente. Así la nueva ley de accidentes de trabajo, ha contemplado una de las dimensiones del seguro catastrófico referido únicamente a un criterio de pertenencia económico, esto es la cobertura por ser trabajador y en el ámbito de su tarea diaria o en el trayecto de ida y vuelta hacia la misma. En el caso de enfermedades graves, han habido modificaciones recientes en el fondo de alta complejidad que opera en sede de la Administración del seguro Nacional de Salud, pero nada que contemple un régimen de reaseguro de alta morbilidad para todas las personas.

Esta segmentación sugiere que el mercado de seguros está subdesarrollado en Argentina en parte debido a la regulación existente que ha bloqueado el mayor crecimiento de la iniciativa privada y en parte debido al cierre de la economía que no permitió una adecuada transnacionalización del sistema de reaseguro para la alta morbi-complejidad. El escenario para una estructura mas simple de beneficios por la que los gastos médicos por encima de cierto umbral de pesos se pagaría totalmente para todas las enfermedades y todas las condiciones parecería ser un escenario probable en el país. Lo que no existe sin embargo, en Argentina es evidencia sistemática como en otros países sobre la enfermedad de alto costo.

En los Estados Unidos por ejemplo, se sabe que los costos del tratamiento de la enfermedad de costos aplastantes representan una parte mucho mayor de lo que suele creerse de los costos totales de la atención médica. Que las características de la enfermedad e implicancias financieras varían mucho entre los grupos de pacientes. Que a menudo la enfermedad de alto costo es de largo plazo y repetitiva (longitudinal y consumidora de muchos recursos habituales antes que repentina y explosiva en el consumo de alta tecnología). Que algunos costos de la atención médica parecen ser en parte controlables con incentivos apropiados (por el impacto de los hábitos potencialmente dañinos para la condición de salud), y que las complicaciones inesperadas son un factor importante en el aumento de los costos de la enfermedad catastrófica. En otras palabras, la evidencia Americana sugiere que no sólo existe una alta concentración de los costos

médicos, sino que la enfermedad de alto costo rara vez es un episodio singular, la tecnología no es la fuente principal del aumento de los costos, las complicaciones inesperadas cobran relevancia y los hábitos nocivos provocan altos costos.(Zook C. y otros 1981).

Para los seguros las implicancias son múltiples. Información como la descripta sugiere cursos de acción determinados. Si las enfermedades de alto costo difieren en términos de opciones clínicas, capacidad de control en la utilización de los recursos y se concentran en un pequeño número de pacientes de largo plazo, entonces los planes de los seguros debieran reflejar esas diferencias. Se debe prestar atención a la potencialidad para la identificación de los reincidentes crónicos. Para la utilización de ambientes de intensidad menor (hospitalización domiciliaria para alcohólicos y enfermos mentales) para las intervenciones tempranas que permiten reducir la probabilidad de hospitalizaciones posteriores, para la regionalización de cirugías mayores, para la educación y la sustitución adecuada de los servicios ambulatorios, para incentivar la prevención de hábitos perniciosos etc.

La teoría sobre seguros hasta aquí expuesta tiene sin embargo sus limitaciones. La función de utilidad incorpora la aversión al riesgo. A mayor aversión, mayor demanda por seguros. Sin embargo, el modelo focaliza en los beneficios de la reducción del riesgo y no en la salud o la atención médica de las cuales también depende el bienestar. Para decirlo de otra forma, la reducción de riesgo es un bien económico distinto de la salud y la atención médica. En el caso de Argentina, se suma otro objetivo que ha sido la solidaridad grupal cerrada o sea un sistema de perfecta equidad hacia el interior de cada seguro con diferencias institucionales entre ellos. En la medida que los objetivos han sido múltiples, (dar todo a todos en todas las regiones del país como decía un alto directivo de una obra social), así también se montaron sistemas imposibles de financiar.

Lo que si es indudable es que el sistema de seguros al bajar el precio directo (el que paga el paciente) incrementó la demanda por atención médica y con ella se generó un incentivo al desarrollo de la oferta privada de servicios. Esto se potencia en los casos como en Argentina, en que el individuo no paga la prima entera, por aportar el empleador parte de la misma. Si la afiliación al seguro es por actividad como es asimismo en este país, esto evita la afiliación oportunística y permite que el pool cuya función es convertir el riesgo individual en riesgo promedio opere sin sesgos hacia una sobrerrepresentación de individuos con alta concentración de costos. En otras palabras, el sistema de reclutamiento por actividad tiene como consecuencia el generar mayor certidumbre y el asignar un riesgo a cada beneficiario evaluando su pérdida esperada en términos del grupo el cual no se ha conformado en función de la situación clínica sino por razón de la línea de actividad económica lo que garantiza la representación aleatoria de los riesgos médicos altos.

En la medida que se lleva adelante en la actualidad un proceso de fusión de obras sociales, se refuerza la lógica del pool, la conversión de riesgos individuales en promedio y se gana en certidumbre. En esas condiciones de seguros cada vez mayores, dadas las tasas de uso que parecen ser estables (según sugiere la demanda pública), y los precios de las prestaciones, los cuales caen debido a la competencia que los propios seguros inducen en los prestadores desregulados a través de la licitación de descuentos sobre los precios de referencia, entonces el mayor pool permitirá obtener ventajas de escala y reducir el costo final del seguro.

Esto no implica directamente que el beneficiario de estas transformaciones será el aportante. En realidad el precio del seguro es el loading fee y no la prima. Esto es así pues el producto que se compra es la protección contra el riesgo y no la provisión de atención médica.(Jacobs P. 1991) En la medida que el nivel del loading fee sea mayor, entonces la compra de seguros será menor. En el caso Argentino, esta es la mayor distorsión que existe puesto que no hay ni libertad de elegir seguros, ni la posibilidad de cambiar de obra social en caso de disconformidad del afiliado. De esa forma las obras sociales han utilizado

en el "loading fee" una porción que sería insustentable en condiciones de libertad y competencia.

Los actores del sistema, intercambian los argumentos, pues en el nombre de la selección no oportunística (que es un mérito del sistema) lo cierran con lo cual se bloquea la posibilidad de una gestión eficiente, la reducción del costo del seguro y la transferencia de los beneficios de la competencia a los propios aportantes y beneficiarios. La reforma en el sistema de obras sociales en la actualidad debe pasar por la colocación de un tope al loading Fee. La ley que fija un porcentaje de los ingresos (8 %), ha fracasado en su objetivo por la debilidad de los órganos encargados de ejecutar la normativa. Si bien el sistema cerrado con regulación no ha permitido la transferencia del excedente al consumidor, esto no implica que el camino que se debe seguir es la introducción de la competencia en el vacío normativo. En realidad, la experiencia indica que si no hay regulación sobre los seguros, la competencia se canaliza a la selección de los mejores riesgos dejando desprotegida a la población que requiere atención.

De lo que no queda ninguna duda es que el sistema de seguros debe profundizarse en el país. El seguro afecta el precio directo de la prestación. Sin seguro el precio cargado es igual al precio directo. Con seguro el precio directo cae. En ese contexto un copago (plus) o proporción del precio cargado que paga el paciente, es sólo una fracción del precio total el cual se completa con el pago que hace la aseguradora. En Argentina sin embargo, esta cuestión ha sido invertida. Se ha pensado que el pago de una prima de cobertura parcial debía obtener como resultado la cobertura total prestacional en todas partes. Como la prima era un porcentaje de los ingresos, en la medida que los ingresos y los costos médicos no crecieran en la misma proporción nada garantiza que lo que empezó siendo una prima de cobertura total pueda mantenerse como tal en el tiempo. Esta situación tiende a volverse mas general en el caso de reducción salarial como ocurre en Argentina en los últimos años, (muchos salarios están congelados desde la convertibilidad, pero la inflación inercial de los primeros años del régimen de cambio fijo alcanzó al 60 %, lo que implicó una reducción de los ingresos reales y naturalmente de los aportes a las obras sociales). Cuando el mercado, ajustaba el precio a través de los copagos, erróneamente se interpretó esto como una actitud desmesurada del prestador o simplemente un acto de corrupción.

La cuestión es que el seguro ha contribuido a expandir la demanda, pero ello no significa que la existencia del seguro por sí misma pueda establecer el precio del mercado y que el ajuste que se busca a través de los copagos pueda ser interpretado como un funcionamiento distorsionado del mismo. Lo importante en todo caso es que **al caer el precio directo para un mismo precio cargado habrá más demanda**. A partir de allí se entienden las modalidades diversas que existen. Un contrato de indemnización hará que el asegurador pague hasta un monto límite el uso de un servicio, el resto lo paga el paciente. En este caso el precio directo será menor al cargado en el monto que paga el asegurador. El deducible en cambio es la situación inversa. Es el monto fijo que el asegurador deduce de la cuenta total. El consumidor paga este monto antes de que comience la cobertura. El precio directo antes de que se alcance el deducible es el precio cargado. Sin copago adicional al deducible, el precio directo después de alcanzado el deducible es cero. En última instancia el consumo depende del nivel del deducible, el costo prestacional y la utilidad subjetiva percibida. Con deducibles, la demanda se determina al comparar el valor de las unidades adicionales con los costos de bolsillo extra.

Un comentario adicional merece la cuestión del llamado azar moral. Como se ha dicho, con seguro cae el precio directo. Con seguro total el precio es cero. Al caer el precio, la cantidad demandada aumenta. (valor absoluto de la elasticidad de la demanda es mayor que cero). Este fenómeno ha sido verificado en el funcionamiento de alguna obra social al ofrecer medicamentos gratis. La demanda creció rápidamente y las personas comenzaron a generar reservas de fármacos por razones varias (desde botiquines en las casas de fin de semana, hasta especulación con el probable cobro y la obtención de un stock vendible de medicamentos en el futuro.) La misma experiencia detectó el autor en Nicaragua

durante la gestión Sandinista.) La existencia de elasticidad en la demanda médica ha sido denominada “azar moral” que implica que el individuo elude su responsabilidad y consume desenfrenadamente cuando tiene seguro. En realidad, el consumidor actúa de la manera esperada por el principio de la pendiente negativa de la demanda.

Sintetizando, el estudio de los seguros cobra relevancia por **el impacto que tienen sobre la demanda y el precio**. El sistema de seguros público y del sistema de las obras sociales de la ANSSAL (Administración Nacional del seguro de Salud), tienen como ventaja el hecho de que **eliminan la posibilidad de la selección sesgada**, o sea aquello de que ciertos grupos eligen un tipo de plan. Sin embargo, el sistema aparece a prima facie como **ineficiente por el problema del “loading fee” y el fracaso regulatorio** en hacer cumplir las normas respectivas. A medida que avanza la estabilidad y que se consolida la reducción salarial por razones macroeconómicas, así también es **mayor la probabilidad de que las coberturas de las primas respectivas sean de un carácter parcial**. Ello implica que a los fines de **ampliar la cobertura si las tasas de uso son estables se debe operar sobre los precios y la reducción de los costos mediante la ampliación del pool de riesgo vía fusiones de entidades**. Ambos mecanismos están en funcionamiento.

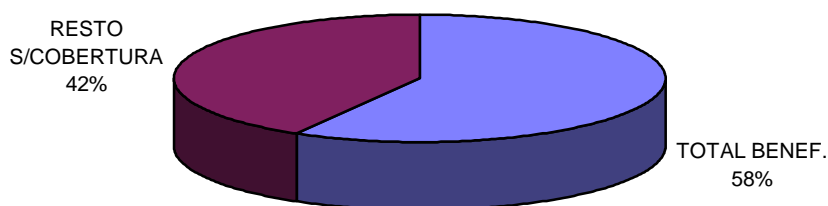
Recientemente el seguro público de los jubilados ha renegociado cápitales en todo el país desde el sector médico a los bioquímicos a niveles inferiores a los que regían anteriormente. Asimismo, se observa que entre las obras sociales del sistema Anssal se están realizando una serie de asociaciones tendientes a ampliar la escala operativa de las mismas. Una manifestación interesante en ese sentido fue la modificación del estatuto de OSECAC la obra social de empleados de comercio, la cual estaría en condiciones, de ser autorizada por la ANSSAL de incorporar afiliados provenientes de otros rubros de actividad. En todo caso, la reforma debe encaminarse a una mayor libertad en la elección de la entidad aseguradora para permitir que las ventajas de la competencia puedan ser transferidas a los consumidores en menores aportes o más servicios. Para ello se requiere una estricta regulación para evitar prácticas de selección de riesgo y para evitar que los sanos al elegir o el autoseguro o un seguro determinado dejen a los mas enfermos en los otros que subirán su precio. El precio y la situación de salud, determinarán en todo caso las tasas de uso.

4.- ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO DE SEGUROS

El acceso institucional al sistema de salud mediante seguros supera escasamente a la mitad de la población del país. Durante mucho tiempo, se supuso que la cobertura del sistema de seguridad social en Argentina era mucho mayor que el real. Hubo varias razones para ello. La falta de un sistema de información adecuado es sólo una parte de la explicación porque lo que ocurría en Argentina era que había múltiples padrones donde cada obra social contaba su propia versión de los hechos. Como los subsidios de la ANSSAL se distribuían discrecionalmente, cada entidad tenía como política inflar artificialmente su número de beneficiarios y de esa manera se fundaban los pedidos de subsidios en base a la pobreza relativa de la entidad.

Con el cambio en el régimen jubilatorio Argentino, el nuevo relevamiento provocó un efecto de derrame tecnológico sobre el sector salud al posibilitarle el acceso a un banco de datos mas completo, que contempla desde el salario a los aportes a las obras sociales. Si bien existen deficiencias en aspectos referidos al número de dependientes y adherentes de cada titular, el impacto ha sido considerable, no solo blanqueó la subcobertura de los seguros en el país sino que también posibilitó la aplicación de un mecanismo de subsidio automático ajustado por ingreso como se verá mas adelante.

COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD

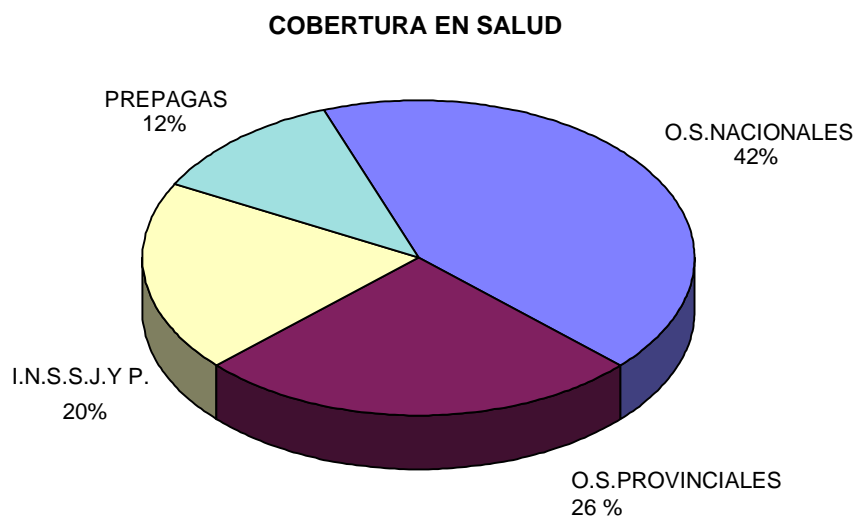


La segunda característica de los seguros en Argentina es que tiene una estructura que resulta ser una mezcla pública-privada carente de coordinación y cuyos comportamientos tabicados entre sí operan sin permitir la optimización en la utilización de los recursos disponibles. Tal vez lo mas notorio es que la cobertura de seguros públicos y semipúblicos (ANSSAL) dan cuenta de mas de cuatro quintas partes del total de los seguros. El contraste con países como Estados Unidos es notable. Allí los seguros públicos

solo llegan al 19 % mientras que los seguros privados orillan el 68 % de la población cubierta. La tabla y el gráfico respectivo describen la situación.

COBERTURA DE SALUD 1994	
ORGANISMOS	BENEFICIARIOS
O.S.NACIONALES	8.490.810
O.S.PROVINCIALES	5.179.262
I.N.S.S.J.Y P.	3.943.373
PREPAGAS	2.300.000
TOTAL BENEFL.	19.913.445
POBLACIÓN PAÍS	34.101.025
% BEN/POB.	58,40

Fuente: DGI, COSPRA, INSSJyP y Estimaciones de la Secretaría de Empleo y Formación Profesional basadas en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. No están incluidas las mutuales por la inexistencia de datos. El dato de prepagas no incluye hospitales de colectividades.



4.1.- Las Obras Sociales del ANSSAL .

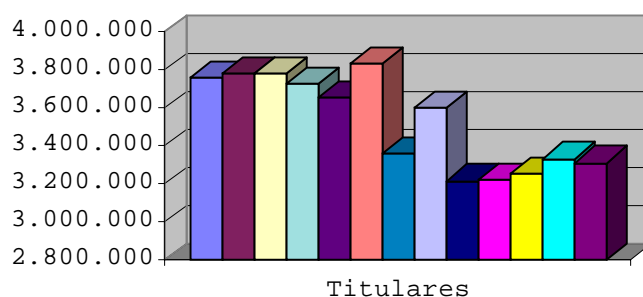
Los seguros grupales solidarios basados en la ocupación (obras sociales nacionales) dan cobertura a 8,5 millones de personas o sea al 25 % de la población y al 42 % del total de asegurados. Como se hizo notar en la introducción, en el curso de los últimos meses **se observa una disminución de la población total de beneficiarios**, debido a la reducción de titulares.

Si bien, el trabajo de depuración permanente que se lleva a cabo en el padrón puede introducir alguna distorsión en las cifras, la reducción de casi un 1 % mensual aproximadamente en el número de titulares, y una caída del 7 % en el número de beneficiarios totales, es de una importante magnitud como meritara un seguimiento. La relación titular beneficiario ha pasado de 2,26 beneficiarios por titular a 2,38, o sea que existe un proceso de desfinanciamiento relativo del sistema.

BENEFICIARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE OBRAS SOCIALES

	Titulares	Grupo Fliar	Adherentes	Total
Nov.94	3.762.350	4.595.467	132.993	8.490.810
Dic	3.783.444	4.554.258	134.455	8.472.157
Ene.95	3.781.281	4.563.115	132.439	8.476.835
Feb	3.730.369	4.495.935	139.690	8.365.994
Mar	3.655.689	4.412.805	128.018	8.196.512
Abr	3.832.594	4.791.213	151.927	8.775.734
May	3.355.267	4.254.432	134.571	7.744.270
Jun	3.604.026	4.485.068	139.465	8.228.559
Jul	3.214.504	4.394.073	131.381	7.739.958
Agos	3.222.517	4.369.803	131.618	7.723.938
Set	3.253.475	4.435.617	166.267	7.855.359
Oct	3.331.476	4.469.831	158.302	7.959.609
Nov	3.309.555	4.417.219	154.308	7.881.082

EVOLUCIÓN TITULARES SISTEMA OBRAS SOCIALES ANSSAL.PERÍODO NOVIEMBRE 1994-NOVIEMBRE 1995



El gráfico superior, muestra que la evolución mencionada se debe posiblemente al impacto que tiene sobre la cobertura el ciclo económico. El año 1995 fue de una profunda recesión en Argentina, y el número de titulares cae consiguientemente. **Esto muestra que el criterio de aseguramiento atado a obras sociales organizadas por rama de actividad, provoca un fenómeno de discontinuidad en el acceso.**

La naturaleza jurídica de estas entidades según autores como Dromi y Marienhoff es la de ser personas de derecho público no estatal. Su carácter de seguros semipúblicos deriva entre otras razones de su creación o autorización estatal, el patrimonio público o afectado a la realización de fines públicos, las facultades de intervención administrativa, su cometido público y el otorgamiento de ciertos derechos de poder público como sanciones o afiliación obligatoria. Estas entidades constituyen los agentes centrales del seguro de salud y su rol principal es el financiamiento de los servicios de atención médica para los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares directos.

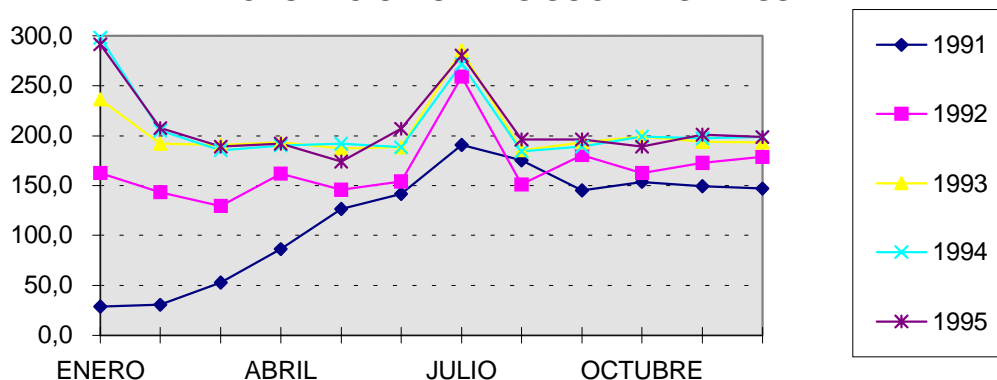
Su financiamiento proviene de un impuesto al salario, por el cual el trabajador aporta 3 % de su ingreso y el empleador otro porcentaje que creció en las últimos lustros hasta alcanzar el 6 %. Desde Marzo de 1994 el aporte patronal fue reducido mediante diversos Decretos (referidos mas adelante) hasta llegar en la actualidad al 5 % con lo cual el financiamiento total resulta ser 8 % de la foja salarial. De ese total un 0,9 % se canaliza a un Fondo Solidario de Redistribución cuya función debería ser la reducción de la inequidad entre las entidades. Para un grupo de obras sociales correspondientes a los niveles salariales mas altos (personal de dirección) el porcentaje que se destina al fondo de distribución es algo mayor (1,5 %). Las cifras muestran el **crecimiento de la recaudación** junto a la recuperación de la economía, y que pese a la recesión de 1995, la recaudación promedio mensual fue superior a 1994. Como los titulares cayeron en ese período, esto indica que **el ciclo económico tuvo mas impacto sobre la cobertura que sobre el financiamiento.** Ello podría sugerir que mientras hubo expulsión de mano de obra, han habido sectores capital intensivos en expansión y cuya evolución ha afectado positivamente los ingresos agregados del sistema. Ello podría agudizar la concentración de los ingresos de las obras sociales.

RECAUDACIÓN SISTEMA DE OBRAS SOCIALES

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
ENERO	28,8	162,8	236,2	298,0	291,4	287,6
FEBRERO	30,9	143,6	192,0	205,5	207,8	210,3
MARZO	52,8	129,8	190,6	185,3	188,9	198,4
ABRIL	86,5	161,9	193,5	190,5	191,9	198,6
MAYO	126,4	146,0	187,3	191,8	173,8	200,2
JUNIO	141,5	154,2	188,3	188,5	207,0	
JULIO	190,9	259,4	285,7	271,8	280,1	
AGOSTO	175,1	151,2	185,6	184,1	196,1	
SETIEMBRE	145,3	180,9	193,2	188,8	196,3	
OCTUBRE	153,8	162,5	199,0	199,1	188,9	
NOVIEMBRE	149,4	173,0	193,9	197,4	201,1	
DICIEMBRE	147,0	178,8	193,4	198,6	198,4	
PROM.ENE-MAY	65,0	148,7	200,0	214,2	210,8	219,0
PROM. ENE-DIC	109,9	154,2	187,6	192,3	193,9	

Min.Trabajo .

RECAUDACION OBRAS SOCIALES. ANSSAL



Las tasas de variación del crecimiento de la recaudación por otro lado indican que si bien existía una tendencia decreciente en 1993, el impacto que tuvieron los decretos de reducción de aportes patronales fue la de aplanar el crecimiento y profundizar la desaceleración del crecimiento de la recaudación. **Dado el crecimiento del equipamiento, y el virtual estancamiento hacia fines de 1995 en la recaudación, el escenario es de un agudizamiento de la puja distributiva.** Los recientes datos de 1996 sugieren sin embargo, que junto a la incipiente recuperación del nivel de actividad está repuntando también la recaudación lo que podría revertir la tendencia.

La estructura actual del sistema de Obras Sociales tiene mas de 300 instituciones. Presentan gran dispersión en sus ingresos y se caracterizan por la **concentración de la recaudación, la percepción de subsidios y las poblaciones beneficiarias en un pequeño número de ellas.** Treinta de ellas dan cuenta de 5,7 millones de beneficiarios o sea el 73 % del total y de 150 millones de pesos de recaudación (75%). Solamente 10 obtienen más de la mitad de la recaudación total y un número similar obtiene el 66 % de los subsidios del ANSSAL.

Resulta interesante observar el comportamiento del incremento de la recaudación entre 1993 y 1995 por obra social. Comparando Setiembre en ambos años los datos muestran que solamente 32 % de las obras sociales representando al 38 % de los beneficiarios tuvieron aumento en sus ingresos mientras que el 68 % de restantes con el 62 % de los beneficiarios sufrieron una contracción. Cuando se centra la atención en las 10 obras que más aumentaron su recaudación, se percibe allí que ellas han dado cuenta del 75 % del aumento del grupo en ascenso, mientras que las 10 obras con mayor caída dan cuenta del 55 % de la merma del grupo en retroceso recaudatorio.

Entre las obras con aumento, cabe destacar a OSECAC (empleados de comercio) que paso de 23,5 a 25,5 millones mensuales (8 %). La obra social del personal de la construcción que creció de 4,3 millones a 6,8 (55 %), y la obra social de ejecutivos que creció de 9,2 millones a 14,5 o sea un aumento del 57 %. Entre las que tuvieron caída aparece la Unión Obrera metalúrgica (OSPIM) cuya recaudación cayó de 8,3 millones por mes a 7,3 o sea una merma del 12 %. y la obra social del personal docente que tuvo una contracción del 15 % entre mayo de 1993 y el mismo mes de 1996.

RECAUDACIÓN DEL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES
(variaciones S/igual período año anterior)

Meses	1991	1992	1993	1994	1995	1996
ENERO	—	465,3	45,1	26,0	(2,2)	(1,3)
FEBRERO	—	364,7	33,8	7,0	1,1	1,2
MARZO	—	145,8	46,8	(2,8)	1,9	5,0
ABRIL	—	87,2	19,5	(1,6)	0,7	3,4
MAYO	—	15,5	28,3	2,4	(9,4)	15,2
JUNIO	—	9,0	22,1	(4,0)	9,8	
JULIO	—	35,9	10,1	(5,5)	3,1	
AGOSTO	—	(13,6)	22,8	(0,8)	6,5	
SETIEMBRE	—	24,5	6,8	(2,3)	4,0	
OCTUBRE	—	5,7	22,5	0,1	(5,1)	
NOVIEMBRE	—	15,8	12,1	1,8	1,9	
DICIEMBRE	—	21,6	8,2	2,7	(0,1)	
PROM.ENE-MAY	—	128,6	34,4	7,1	(1,6)	3,92
PROM.ENE-DIC	—	40,3	21,7	2,5	0,8	
Producto Bruto		8,7	6	7,4	(4,5)	

Fuente: Ministerio de Trabajo. SE y FP.

Esas cifras sugieren la heterogeneidad del comportamiento. Si bien el ingreso agregado aumenta, hay un grupo cada vez mas pobre y otro cada vez mas poderoso. Como no se cuenta con datos sobre beneficiarios para el período no se puede discriminar si la razón para los cambios se debe a precios (salarios) o cantidad (empleo), posiblemente ambos factores están en juego. Como el aumento y la caída están tomadas en términos absolutos, lo que parece fuera de toda duda es que la reforma económica no genera una tendencia per se hacia una mayor igualdad en el sistema de obras sociales, sino que tiende a incrementar en cambio su polarización. Para decirlo de otra forma, la reforma del sistema de obras sociales dirigida a aumentar el tamaño y reducir el número de las mismas la está haciendo el propio mercado dado el proceso concentrador en marcha en la economía Argentina.

El realineamiento contractual de esas entidades, que crecientemente utilizan prácticas de selección en sus proveedores de servicios aumentando la escala de contratación a precios mas bajos, junto a la hipertrofia de la intermediación que lleva a que algunas obras sociales se asocien con otros administradores de recursos puede explicar porque pese al aumento de los ingresos, muchos prestadores no participan de las mejoras recaudatorias .

Como fue sugerido anteriormente, **los rasgos centrales del sistema son el carácter obligatorio de adhesión al mismo y la organización por rama de actividad lo que impide al afiliado elegir su obra social.** Esto implica la existencia de poblaciones cautivas que independientemente de las prestaciones recibidas, de su satisfacción con el sistema y de la utilización o no del mismo, deben continuar aportando. Esta característica, no posibilita la competencia en términos de eficiencia y calidad, lo cual resta incentivos para el mejoramiento de los servicios otorgados, ya que el flujo de los ingresos de las obras sociales es independiente de la conformidad del beneficiario con la atención recibida.

CONCENTRACIÓN DE BENEFICIARIOS

Obra Social	Beneficiarios	Acumulado
O.S.E.C.A.COMERCIO	1.112.533	1.112.533
O.S.PERS.CONSTRUCCIÓN	450.893	1.563.426
O.S.P.I.METALÚRGICA	444.336	2.007.762
I.S.S.A.R.A.	293.679	2.301.441
O.S.EJECUTIVOS Y DEL PERS.DIREC.EMP.	266.764	2.568.205
O.S.SERV.SOC.BANCARIOS	258.774	2.826.979
O.S.CONDUC.TRANSP.COLECT.DE PASAJ.	256.220	3.083.199
O.S.PERS. SANIDAD	246.039	3.329.238
O.S.ACCIÓN SOC.DE EMP.	202.037	3.531.275
O.S.PERS.ACT.GASTRONÓMICA	182.070	3.713.345
O.S.ACT.DOCENTE	178.012	3.891.357
O.S.PERS.IND. ALIMENTACIÓN	154.981	4.046.338
O.S.M.A.T.AUTOMOTOR	138.333	4.184.671
INS.O.S.PER.M.SALUD A.SOC.Y TRAB.Y S.SOC.	132.143	4.316.814
O.S.ENTIDADES DEPORTIVAS Y CIVILES	117.938	4.434.752
O.S.CHOFERES DE CAMIONES	112.098	4.546.850
INS.S.SOC.PERS.IND.CARNES Y AFINES	106.916	4.653.766
O.S.PERS.EDIF.RENTAS Y HORIZONTAL R.ARG.	103.144	4.756.910
O.S.PERS. SEG.CO.IN. E INVES.PRIV.	98.192	4.855.102
O.S.PERS.IND.TEXTIL	92.376	4.947.478
O.S.PERS.TELEF.DE LA RA	88.083	5.035.561
O.S.PERS.MAESTRANZA	85.083	5.120.644
O.S.PERS.IND. MADERERA	84.161	5.204.805
O.S.COND.CAMIÓN PERS.TRANSP.AUT.CARGAS	83.711	5.288.516
O.S.PERS.IND.DEL PLÁSTICO	79.789	5.368.305
O.S.PERS.LUZ Y FUERZA DE RA	74.710	5.443.015
O.S.PERS.ACT.VITIVINÍCOLA	71.665	5.514.680
O.S.PERS.IND. LECHERA	67.117	5.581.797
O.S.EMP.DE COMERCIO	66.785	5.648.582
O.S.PASTEL.CONFIT.PIZZ. ALF.RA	64.521	5.713.103
Treinta C/mas Benef. / Total sistema	0,74	

El resultado ha sido un sistema financiado en base a salarios disociado del costo esperado de la atención médica. Esta falta de vínculo entre los recursos de cada ente y sus probables egresos, junto al no reconocimiento de una restricción presupuestaria, ajusta por cobertura (cantidad), calidad y precio mediante la reducción desordenada de las prestaciones y las rebajas de aranceles que genera sobreprestación.(FIEL 1995)

Lo específico en la actualidad es la imposibilidad de licuar pasivos dada la estabilidad macroeconómica reinante y la acumulación de un fuerte stock de deuda en las obras sociales. Finalmente y pese a la existencia de normas que permiten el control de las entidades con problemas operativos, el sistema ha funcionado en un marco caracterizado por la debilidad de la ejecución regulatoria conducente a déficits solventados por rentas generales.

A pesar del alto gasto global, **los servicios de salud brindados por las Obras Sociales distan de ser satisfactorios y racionales.** Las coberturas asistenciales se han

centrado cada vez más en la medicina curativa dando poca o ninguna importancia a la prevención, lo cual ha incrementado los costos, y son pocos los programas de cobertura que reconocen la promoción de la salud como un elemento clave de los servicios otorgados. Las intervenciones médicas se han convertido en sinónimo de alto grado de actuaciones médicas especializadas, tecnología, alta complejidad, etc. Las Obras Sociales han optado acríticamente por dar cobertura a casi todas las posibilidades que la oferta fue capaz de poner en el mercado. De esta manera se ha terminado por configurar un sesgo muy determinado en el tipo de prestaciones hacia las que se ha orientado el modelo médico-asistencial.

CONCENTRACIÓN DE LA RECAUDACIÓN

Obra Social	Recaudación	Acumulado	Cápita
O.S.E.C.A.COMERCIO	23.295.673	23.295.673	20,9
O.S.EJECUTIVOS Y DEL PERS.DIREC.EMP.	14.326.611	37.622.284	53,7
O.S.ACCIÓN SOC.DE EMP.	12.843.311	50.465.595	63,6
O.S.SERV.SOC.BANCARIOS	11.039.181	61.504.776	42,7
INS.O.S.PER.M.SALUD A.SOC.Y TRAB.Y S.SOC.	9.277.607	70.782.383	70,2
O.S.P.I.METALÚRGICA	7.311.204	78.093.587	16,5
O.S.PERS.CONSTRUCCIÓN	7.056.831	85.150.418	15,7
O.S.PERS. SANIDAD	6.540.133	91.690.551	26,6
I.S.S.A.R.A.	5.735.950	97.426.501	19,5
O.S.ACT.DOCENTE	5.609.402	103.035.903	31,5
O.S.CONDUC.TRANSP.COLECT.DE PASAJ.	4.534.812	107.570.715	17,7
INS.O.S.PERS. MIN. DE ECONOMÍA	4.017.264	111.587.979	64,8
O.S.ENTIDADES DEPORTIVAS Y CIVILES	3.493.267	115.081.246	29,6
O.S.M.A.T.AUTOMOTOR	3.206.076	118.287.322	23,2
O.S.PERS.ACT.GASTRONÓMICA	3.184.956	121.472.278	17,5
O.S.PERS.IND. ALIMENTACIÓN	2.832.998	124.305.276	18,3
O.S.PERS.LUZ Y FUERZA DE RA	2.747.973	127.053.249	36,8
O.S.PERS.EDIF.RENTAS Y HORIZONTAL R.ARG.	2.671.324	129.724.573	25,9
O.S.PERS.TELEF.DE LA RA	2.519.425	132.243.998	28,6
INS.S.S.PER.SEG.REAS.CAP.AHORRO Y PR.VIVIEND	2.239.723	134.483.721	52,8
O.S.PERS.DIREC.SANIDAD LUIS PASTEUR	1.904.195	136.387.916	72,3
O.S.CHOFERES DE CAMIONES	1.861.073	138.248.989	16,6
O.S.EMP.DE COMERCIO	1.690.356	139.939.345	25,3
O.S.PERS.IND.DEL PLÁSTICO	1.688.657	141.628.002	21,2
O.S.PETRÓLEO Y GAS PRIVADO	1.600.794	143.228.796	29,4
O.S.PERS.IND. LECHERA	1.417.444	144.646.240	21,1
INS.S.SOC.PERS.IND.CARNES Y AFINES	1.400.588	146.046.828	13,1
O.S. TRABAJ. IND. DEL GAS	1.317.145	147.363.973	121,9
O.S. ENCOTEL	1.306.653	148.670.626	57,9
O.S.PERS. SEG.CO.IN. E INVES.PRIV.	1.300.544	149.971.170	13,2
TOTAL	149.971.170	149.971.170	27,5
Treinta C/mas Rec / Total sistema		0,75	

Las razones para la adopción del modelo descrito pueden ser variadas: desde la falta de apoyo técnico y **la laxitud ante las presiones de la oferta hasta el papel del Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatorias elaborado y modificado, más como respuesta a las presiones de los prestadores que a las necesidades de la población.** Todas estas razones en medio de una fuerte puja distributiva motivada por la sobreoferta terminó por incluir formas de sobreprestación en las prácticas financiadas por las obras sociales. En alguna medida se conformó así **un paquete de prestaciones de carácter implícito y determinado por la propia oferta de los servicios.** En otras palabras, el programa médico a ser financiado por las obras sociales, fue diseñado por los propios prestadores, antes que por las autoridades regulatorias en base a los perfiles epidemiológicos de la población. (Recientemente, se ha dictado un Decreto referido al Programa Médico Obligatorio que intenta atenuar el problema aquí referido como se discute mas adelante)

Adicionalmente al problema de la asignación del gasto el sistema muestra un **amplio rango existente entre los recursos per cápita entre las diferentes Obras Sociales.** Esto ha llevado a que las coberturas otorgadas por algunas instituciones sean ampliamente comprensivas en tanto las posibilidades de otras apenas alcancen para lo indispensable. Hay obras sociales con ingresos inferiores a \$5 por beneficiario, mientras que, en el mismo sistema, coexisten otras que disponen de diez veces más recursos. El Fondo Solidario de Redistribución,(ver mas adelante) no ayudó en el pasado reciente a subsanar estas desigualdades, dado que sus modalidades de reparto tendieron a dirigir sus recursos, paradójicamente, hacia las obras sociales de mayores ingresos.

Esta disparidad en la disponibilidad de recursos ha generado una gran **dispersión en las coberturas que reciben los afiliados.** Los gastos en salud de las obras sociales de mayores ingresos son seis veces mayores que en el grupo de menores ingresos, el número anual de visitas al médico por beneficiario varía entre 1,9 y 8,4 veces, según el grupo de obras sociales que se considere y el gasto en medicamentos por beneficiario se sitúa en trece veces más en las obras sociales “ricas” que en las “pobres”. Adicionalmente, la tendencia ha sido a efectuar proporcionalmente la **mayor parte del gasto en las grandes regiones urbanas en desmedro de los habitantes del interior y de las poblaciones rurales.** En este marco, buena parte de la población de las obras sociales termina siendo asistida en los hospitales públicos (nacionales, provinciales y municipales), con lo cual se genera un subsidio indirecto implícito hacia las obras sociales. Por otra parte, como la asistencia en los hospitales públicos es de desigual calidad y no son infrecuentes las largas listas de espera para todo tipo de prácticas, **la integración entre las obras sociales y el sector público prestador opera como una forma encubierta de racionamiento del sistema en su conjunto.**

Mas allá de lo descriptivo, **las obras sociales, aparecen crecientemente como un mecanismo financiador de naturaleza heterogénea.** Hay casos donde parecen haber dejado su función tradicional de administrar contratos de riesgo, para pasar a velar por el cumplimiento del aporte de las cotizaciones, y transferir un conjunto de cápitas a otras entidades que son las que se encargan de gerenciar los contratos. Esas obras sociales aparecen como un mero intermediario financiero, cuya principal función es la de agrupar individuos en un pool atractivo para administrar. En estos casos, se produce una disociación entre la recaudación per cápita derivado de la cotización y el gasto per cápita en salud. El caso de Bancarios resulta un ejemplo. Mientras el Instituto ingresaba mas de 40 pesos por cotizante, en algunos convenios, la cápita transferida para la atención de la salud llegaba apenas a 14 pesos.

Otras obras sociales, operan no sólo como recaudadoras en el sentido que administran la cuenta en la que deposita los aportes la Dirección General Impositiva, sino que también celebran contratos con los prestadores. En este caso, la función se acerca más a la de un seguro que a la de un simple proveedor de clientes para aquéllos por la

administración del riesgo epidemiológico que ello significa. Finalmente están las obras sociales con capacidad propia prestacional instalada que constituyen el tercer tipo de organización operativa y que tenderían a desaparecer según se vio.

Como las condiciones de operación son distintas en los tres casos por la forma en que el riesgo se transfiere en el primer caso y por la manera en que se asume en las otras dos circunstancias, cualquier marco regulatorio que profundice el control sobre las obras sociales, deberá tener en cuenta estas distinciones. Aquí basta destacar la función de conformadores de carteras a ser administradas por otras entidades que parece estar creciendo y que el Ministerio de Salud que tiene a su cargo la Dirección Nacional de Obras Sociales y bajo su dependencia también a la Administración Nacional del Seguro de Salud, mientras declina su rol prestador, tendrá que fortalecer su capacidad institucional para asumir un rol regulador que se precie.

El Dr Pablo Rodríguez del Pozo hizo recientemente una comparación entre las atribuciones de una y otra entidad. Se observa que tanto la Dirección Nacional de las Obras Sociales (DINOS) como la Administración nacional del seguro de salud (Anssal) tienen facultades de control prestacional de salud aunque demarcadas de una forma vaga. Mientras la DINOS inscribe sólo a obras sociales y fija normativa sobre programas prestacionales en lo referido a “otras prestaciones sociales”, la Anssal inscribe a las obras sociales y demás entidades que participen como agentes del seguro (mutuales, etc).

La normativa de la Anssal es amplia sobre prestaciones de salud y puede aplicar en contraste con la DINOS normativa sobre modalidades de contratación y de pago, así como normativa sobre servicios propios y la distribución de subsidios. Es esta última función lo que posiblemente ha debilitado la función regulatoria de Anssal confirmando aquello que la distribución del dinero neutraliza la política de control cuando ambas están reunidas institucionalmente. La impresión es que en la actualidad, existe una cierta ambigüedad en la competencia de ambas entidades reguladoras que ameritan una revisión. Se detalla a continuación el cuadro del autor mencionado.

COMPARACIÓN DE LA DINOS Y LA ANSSAL

ÍTEM	DINOS	ANSSAL	LEY
Sujetos obligados a inscribirse	Obras Sociales exclusivamente	Obras Sociales y demás entidades que participen como Agentes del seguro (mutuales etc)	Art 27 inc 4 /23660 art 6 /23660 /art17/23661 y art 29/23661
Facultades Control estatutario	Si Elabora estatuto tipo	No	Art 11/23660
Facultades de control Administrativo y contable	Si	Si con especial relación al programa prestacional	Art25/23660/ art18/23661
Facultades de control prestacional de salud	Limitada a "otras prestaciones sociales"	Si amplias	Art 2,25,26,27,28,/23661
Distribución de subsidios	No	Si	Art 24/23661
Normativa sobre Servicios Propios	No	Si	Art 26/23661
Normativas sobre modalidades de contratación y pago	No	Si	Art 27/23661
Normativa sobre programas prestacionales	Limitada a "otras prestaciones sociales"	Si amplias sobre prestaciones de salud	Art 3/23660/art2,25,26,27,28/23661
Fijación de requisitos de acreditación y categorización	No	Si	Art 31/23661
Elaboración de modalidades, nomencladores, y valores retributivos a prestadores	No	Si	Art27/23661
Facultades de inspección	Limitada y sólo sobre Obras Sociales	Amplias y sobre todos los agentes del seguro	Art 27 in 5/23660 Art19/23661
Facultades sancionadoras	Si solo obras sociales	Si sobre todos los agentes y sobre los prestadores	Art 28/23660 art 42/23661
Elaboración de procedimientos para juzgamientos de sanciones	No	Si	Art. 44/23661
Sanciones impone per se	Apercibimiento y multa	Apercibimiento, multa y suspensión o cancelación del registro	Art 28/23660 Art 43/23661

Fuente: Rodríguez del Pozo Pablo. 1 995. Inédito

4.2.- La Distribución de los Subsidios desde ANSSAL

Finalmente una breve referencia para la distribución de subsidios. La Anssal tiene un presupuesto que el Ministerio de Economía solo autoriza a gastar parcialmente. Esto no es novedad. En el pasado durante los gobiernos militares, la distribución desde el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales), apenas llegaba al 20 % de los fondos. El ex Ministro Martínez de Hoz, financiaba con los fondos de Anssal mediante una cuenta especial al Ministerio de Salud. Así la autoridad rectora era financiada desde las obras sociales. Durante la gestión del Dr Jorge Mera por primera vez se redistribuyen los fondos en subsidios hasta alcanzar el 90 % de los recursos aproximadamente. En la época del Dr

Alfonsín los recursos se repartieron en base a lealtades políticas, utilizándose como mecanismo para aceitar alianzas, especialmente después del pacto con los sindicalistas que lleva a uno de ellos al rango de Ministro (Alderete).

La información sistemática que se obtiene en los primeros años de la década de los 90, pese a sus probables errores, muestra una especie de cuotificación de los subsidios. Para dar ejemplos: En 1994 las Obras sociales del personal de la industria aceitera, del personal de farmacia, del personal hortícola y la de técnicos de fútbol para citar algunas recibían 20.000 pesos por mes. La de actores, la de los maquinistas navales, la de pasteleros 25.000. Luego había otro grupo que casi duplicaban a las anteriores en subsidios. La del personal aeronáutico, la de lanas y cueros, la del personal del espectáculo público con unos 45.000 pesos de subsidios mensuales. La del personal de aguas gaseosas y afines orillaba junto a otras los 100.000 pesos. Sin embargo, la participación realmente grande en los subsidios se daba en obras sociales como la del personal de la construcción con cuotas de 1.600.000 pesos por mes, la de la industria metalúrgica con 2.000.000 los gastronómicos con 750.000, luz y fuerza con 1.000.000, el personal de la industria textil con 1.100.000 etc.(Obras sociales. Subsecretaría de Economía Laboral y Social. Diciembre de 1994) Lo que interesa destacar aquí es la regularidad del flujo y los distintos niveles de recursos que se repartían lo que tiende a establecer una cierta "automaticidad al reparto dentro de la discreción" con que se manejaron los subsidios.

A partir de 1995, el escenario cambia con la reforma financiera introducida con los Decretos 292 y 492, (ver mas adelante). Aquí es preciso adelantar que los mismos introdujeron el concepto de subsidios focalizados, y ajustados por ingreso. De esta manera, a medida que el organismo recaudador obtiene los aportes, automáticamente su sistema informático detecta todos aquellos individuos cuya cotización es inferior a la cantidad establecida en los decretos (\$ 30 y luego \$ 40) y suma subsidios a sus aportes hasta alcanzar ese techo. De esta forma se ha garantizado por primera vez, la factibilidad financiera de cambiar de obra social y de evitar la selección adversa financiera por parte de las mismas ya que cada individuo tenía asegurado el piso mínimo de aportes. En la actualidad con el trabajo de perfeccionamiento del padrón se están sentando bases para un mejor ajuste de la cápita por riesgo en el futuro.

El volumen de recursos distribuidos automáticamente desde DGI orilla en la actualidad los 14 millones de pesos mensuales. En el cuadro a continuación se observa que junto a la política de distribución automática también se detuvo hasta Febrero del 96 al menos la entrega de recursos en compensación por la caída de recaudación derivada de la aplicación de los decretos de reducción de aportes patronales. (ver mas adelante). Este cuadro sin embargo no es completo. Anssal distribuye por vía de expediente los recursos destinados a alta complejidad que son unos 4 millones de dólares. En relación a estos últimos, como se dijo antes, recientemente se han reconocido en una nueva resolución interna otros rubros que ameritan subsidios y que en el pasado se daban a través de la vía de excepción. Finalmente y si bien no aparecen en el cuadro, todo parece indicar que Anssal sigue manteniendo un grado de discreción sobre el resto de los subsidios los cuales orillan los 7 millones de pesos por mes.

Esto se puede deducir del hecho de que sus ingresos ascienden a unos 41 millones mensuales y que los saldos acumulados (el Ministerio de economía autoriza el gasto) no explican totalmente la diferencia con los subsidios mencionados . Esto sugeriría que Anssal si bien con menos injerencia discrecional que antes continúa todavía operando como un mecanismo de influencia política.

**SUBSIDIOS ENTREGADOS A LAS OBRAS SOCIALES
EN MILLONES DE PESOS**

MESES	SANEAMIENTO	DISTRIBUCIÓN AUTOMÁTICA	RESOLUCIÓN 269/94	COMPENSACIÓN CAÍDA APORT	TOTAL
ENERO/95	0,0	0,0	15,8	8,2	24,5
FEBRERO	0,0	0,0	13,1	7,3	20,4
MARZO	0,0	0,0	17,9	7,5	25,4
ABRIL	1,0	0,0	17,3	6,3	24,2
MAYO	0,0	0,0	17,5	0,0	17,5
JUNIO	0,0	0,0	17,0	0,0	17,0
JULIO	0,0	0,0	14,6	0,0	14,6
AGOSTO	0,0	0,0	13,5	14,4	27,9
SEPTIEMBRE	0,0	0,0	0,0	75,8	75,8
OCTUBRE	0,0	14,2	0,0	0,0	14,2
NOVIEMBRE	0,0	14,2	0,0	0,0	14,2
DICIEMBRE	0,0	15,3	0,0	0,0	15,3
ENERO/96	0,0	14,6	0,0	0,0	14,6
FEBRERO	0,0	15,3	0,0	0,0	15,3

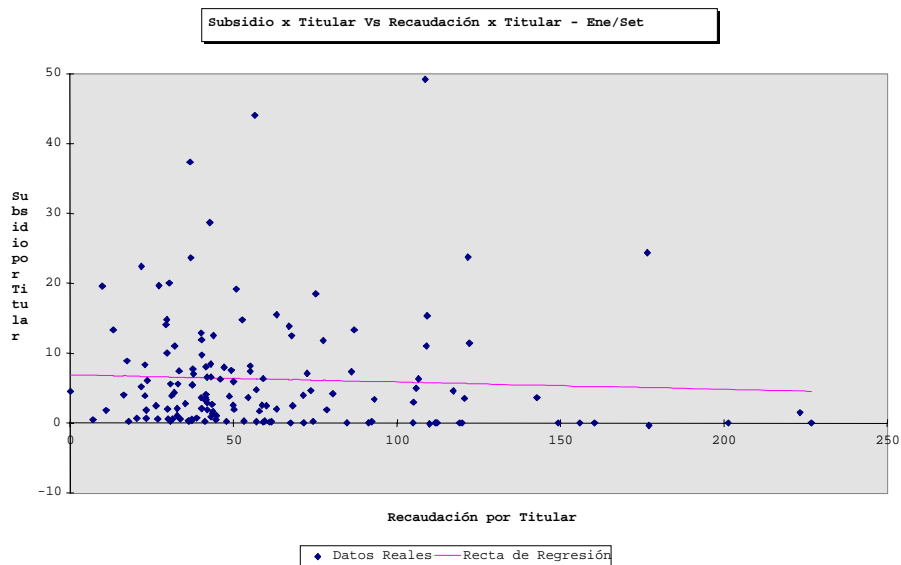
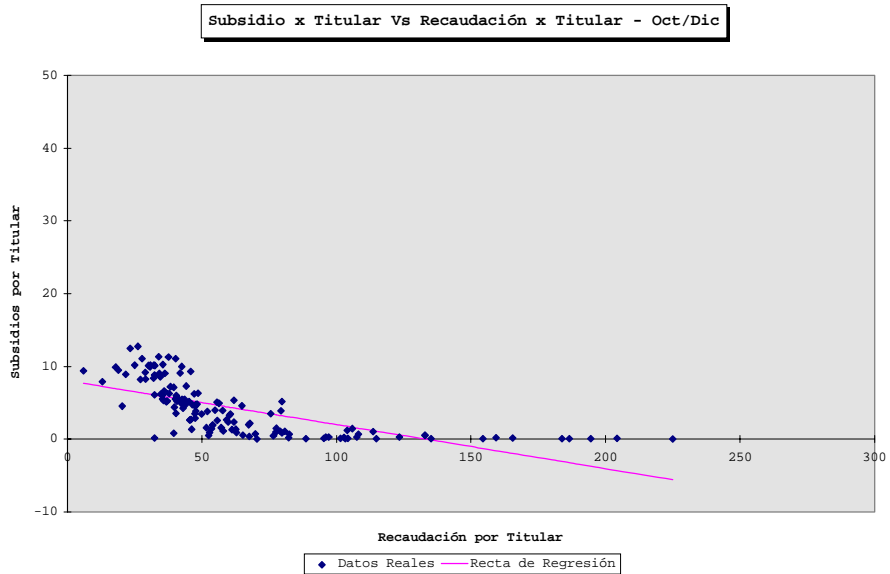
Fuente : Anssal y DGI

4.3.- El Subsidio Automático ajustado por Ingreso

La implementación de los Decretos 292-95 y 492-95, asegura como mínimo un aporte para la atención de la salud por titular de 40 Pesos. La idea que impulsó la reforma fue la de reducir la discrecionalidad existente en la asignación de los subsidios y la de automatizar la distribución de los mismos focalizados en las personas de menores ingresos. Los gráficos que siguen son el resultado de la evaluación comparativa del funcionamiento del sistema durante el período Enero-Setiembre (período de distribución discrecional) y Octubre-Diciembre de 1995 (con el procedimiento automático y focalizado). Si bien como se dijo el párrafo precedente el subsidio automático no representa la totalidad de los subsidios, al menos permite tener una idea sobre la direccionalidad del mismo y si conviene o no elevar el aporte mínimo para capturar en el futuro recursos adicionales a los 14 millones que hoy se reparten en forma automática.

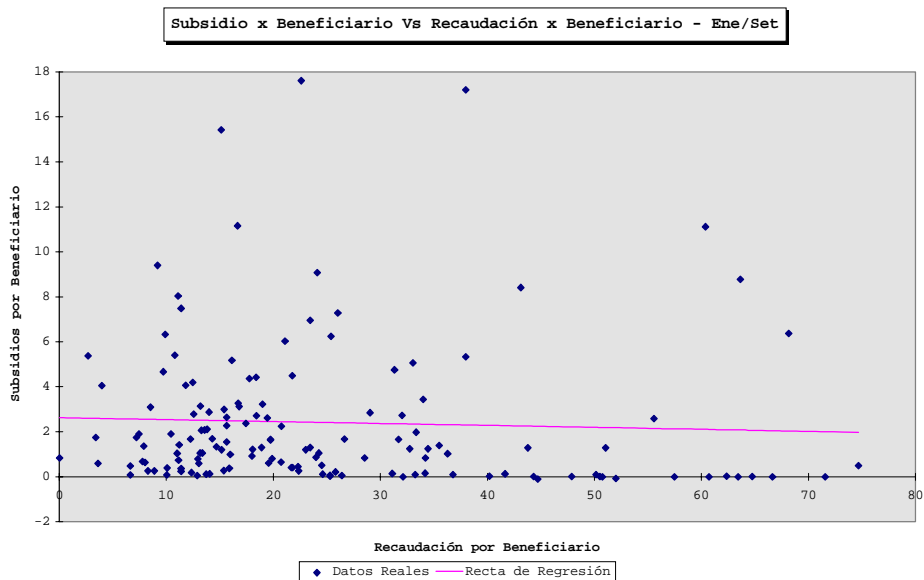
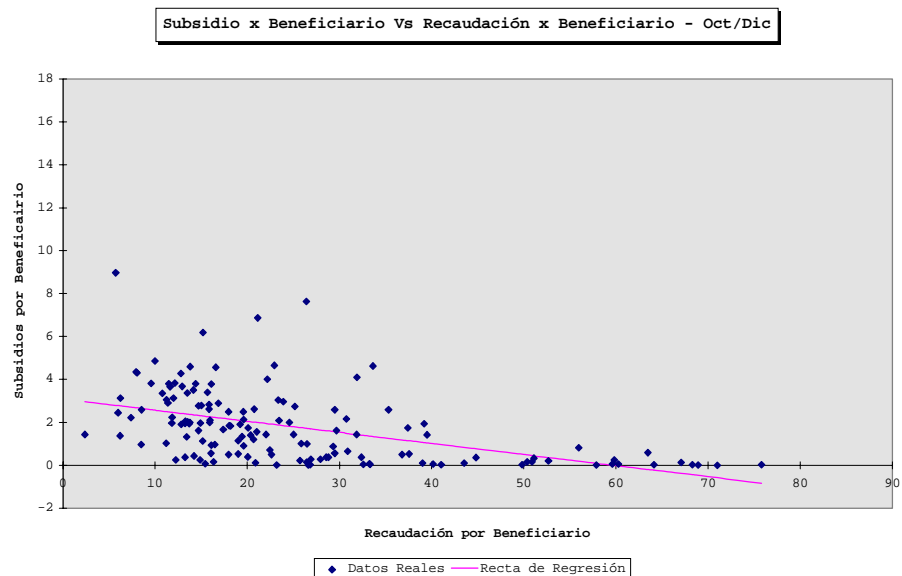
Cuando se hace una regresión entre los subsidios por titular y recaudación por titular de las obras sociales hasta Setiembre se observa la ausencia de un criterio consistente en la distribución. Hay obras sociales que recaudan más de 100 pesos por titular y reciben subsidios de hasta 50 pesos. El gráfico indica que la nube de puntos se dispersa reflejando la inexistencia de una situación de redistribución tendiente a favorecer a las entidades mas pobres. No hay política solidaria.

Cuando la atención se centra sobre el período Octubre Diciembre, la situación cambia. La nube de puntos sigue la dirección deseada, y la recta que los ajusta tiene pendiente negativa reflejando el hecho de que a mayor recaudación por cápita menor subsidio y viceversa. La distribución automática asigna los recursos a los que menos aportan, mejorando la equidad.

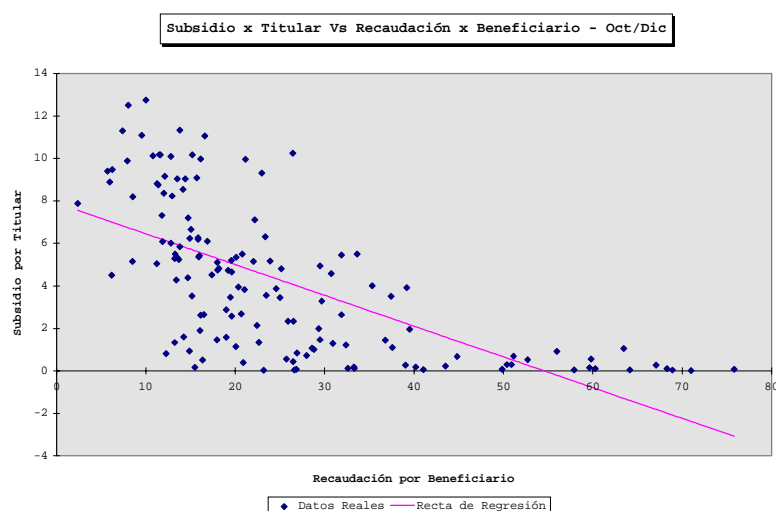


Como la situación de considerar solamente al titular deja de lado los distintos tamaños de las familias, se regresionó también el subsidio por beneficiario y la recaudación por beneficiario de cada obra social. En otras palabras se dividió la recaudación y los subsidios por la totalidad de miembros cubiertos por la obra social y no solo el aportante. El cuadro que surge es similar al anterior, lo que indica que pese a la falta de un subsidio por beneficiario, que pudiera eliminar las inequidades derivadas de considerar una cápita promedio en un contexto de dispersión del tamaño familiar, el comportamiento mas equitativo del subsidio automático todavía se mantiene .

Durante la fase en la que ANSSAL distribuye los subsidios en forma discrecional se observan casos de distribución regresiva (reciben importantes subsidios quienes tienen alta recaudación) sin que se verifique una tendencia a la agrupación de casos en la dirección deseada. Desde Octubre a Diciembre la situación cambia concentrándose los subsidios en las obras sociales con menos ingresos por beneficiario.



Finalmente, se toma el caso actual. La recaudación se toma por beneficiario (o sea que los ingresos de los aportantes se dividen por la totalidad de aportantes más los miembros de su familia y adherentes) y los subsidios se entregan solamente al titular cuyo aporte no llega a 40 pesos. El modelo distributivo resulta en una nube de puntos (obras sociales) donde la recta que los ajusta tiene pendiente negativa y los casos se van distribuyendo mas simétricamente alrededor de ella lo cual sugiere un avance hacia la equidad al reducir la dispersión y eliminar los casos de subsidios para las obras sociales que tienen una recaudación por beneficiario importante. De esa forma se beneficia a las obras con baja recaudación por beneficiario, aún cuando se distribuyen los subsidios solo al titular.



Los gráficos sugieren entonces que pese a las imperfecciones del padrón, resulta aconsejable el sistema automático sobre el discrecional. Basta pensar en ese sentido, que si en la actualidad Economía retiene parte de los fondos de Anssal en virtud de que habría razones para pensar que hay desperdicio institucional, la comprobación de la efectividad del nuevo mecanismo para aumentar la equidad permitiría asignar los recursos que en años anteriores se han invertido en bonos para ayudar a las personas de menores ingresos. En otras palabras, eliminados los factores que sesgaban la política de distribución de recursos, se podría reconsiderar la entrega de la totalidad de recursos a la institución para la cual han sido presupuestados.

En todo caso, se debe finalmente tener en cuenta lo siguiente, estos recursos distribuidos automáticamente, se siguen entregando a las obras sociales a las cuales pertenecen las personas cuyo aporte no llegaba a los 40 \$. El contexto continúa siendo de solidaridad grupal cerrada y esto ha tenido un impacto impensado. Como las obras sociales que recaudan mucho también son las que tienen una fuerte dispersión salarial, el resultado ha sido que las obras sociales mas beneficiadas con el nuevo sistema han sido unas pocas como la de la Construcción, UOM, OSECAC, ISSARA. etc. Esto muestra que el sistema opera con un sesgo concentrador no sólo por el funcionamiento del mercado sino también por la propia estructura salarial de las obras sociales. El sistema automático en definitiva, se justifica básicamente en el hecho de que permitiría introducir mayores grados de libertad en el sistema, mediante la libre elección del seguro por el aportante. Esto ejecutaría la

competencia entre los seguros y eliminaría parte del desperdicio institucional de los gastos de administración mencionados anteriormente. Si ello no ocurre, entonces el riesgo que se corre es que al existir todavía una cápita promedio dentro de la obra social, el subsidio individual puede terminar premiando a las entidades con dispersión salarial y no mejorando la eficiencia del sistema.

4.4.- Las Obras Sociales Provinciales

Los seguros públicos son de dos tipos por un lado están las obras sociales Provinciales y por el otro la obra social para Jubilados. (PAMI). Entre ambas organizaciones, dan cuenta en muchos mercados provinciales de más de la mitad del financiamiento, lo cual influye fuertemente en el comportamiento sectorial. Los datos de 1993 señalan que las 23 obras sociales provinciales cubren aproximadamente un 1,2 millones de familias o algo así como 5,1 millones de beneficiarios entre los afiliados naturales (empleados públicos) y los afiliados por convenio. Esto implica aproximadamente el 16 % de la población provincial.

De ese total, una tercera parte corresponden a dos obras sociales Provinciales: IOMA la obra social de la Provincia de Buenos Aires que da cuenta de casi una cuarta parte de los beneficiarios (1 millón), e IPAM en Córdoba (casi 0,5 millones). Si a ellas se les agrega Mendoza, Santa Fe y Tucumán se llega a los 2,5 millones de beneficiarios o sea que sólo **cinco entidades provinciales (el 21 % del total) dan cuenta de la mitad del total de beneficiarios. Si se consideran además Entre Ríos, Jujuy y Salta, estos ocho seguros públicos (menos de una tercera parte del total) cubren dos terceras partes de los beneficiarios (unas 3,2 millones de personas).** En lo que hace a población cubierta entonces, salvo Buenos Aires que está en un 8 %, la mayoría de las obras sociales provinciales cubren entre el 11 y el 30 % de la población total de su jurisdicción. Excepcionalmente, hay casos extremos como Catamarca y Jujuy, donde la cobertura supera el 40 %.

OBRAS SOCIALES PROVINCIALES

Provincias Obras sociales	Beneficiar.	Pob.Pcia 1991	Cobert.
TOTALES	5.179.262	32.608.557	15,88
BUENOS AIRES (IOMA)	1.066.918	12.582.321	8,48
CAPITAL FEDERAL		2.960.976	
CATAMARCA (OSEP)	161.409	265.571	60,78
CÓRDOBA (IPAM)	516.272	2.764.176	18,68
CORRIENTES (IOSCOR)	171.597	795.021	21,58
CHACO (IPS)	164.832	838.303	19,66
CHUBUT (SEROS)	79.200	356.587	22,21
ENTRE RÍOS (IOSPER)	255.171	1.022.865	24,95
FORMOSA (IASEP)	116.600	404.367	28,84
JUJUY (ISJ)	243.683	513.992	47,41
LA PAMPA (SEMPRE)	65.825	260.034	25,31
LA RIOJA (IPOS)	78.100	220.729	35,38
MENDOZA (OSEP)	274.700	1.414.058	19,43
MISIONES (IPSN)	161.546	789.677	20,46
NEUQUEN (ISSN)	138.134	388.934	35,52
RÍO NEGRO (IPROSS)	148.189	506.796	29,24
SALTA (IPS)	250.502	866.771	28,90
SAN JUAN (IPSAS)	134.085	529.920	25,30
SAN LUIS (DOSEP)	90.200	286.331	31,50
SANTA CRUZ (CSS)	66.193	159.964	41,38
SANTA FE (IAPOS)	437.808	2.797.293	15,65
SANTIAGO DEL ESTERO (IOSEP)	240.724	672.301	35,81
TIERRA DEL FUEGO (ISST)	8.383	69.323	12,09
TUCUMÁN (IPSST)	309.191	1.142.247	27,07

NOTA: LA CANTIDAD DE BENEFICIARIOS DE LAS O.S.PROVINCIALES CORRESPONDE A SETIEMBRE DE 1994

Como en las obras sociales del sistema de ANSSAL, también parece haber **volatilidad en la cantidad de beneficiarios cubiertos en las obras sociales provinciales, lo que confirma el problema de la discontinuidad de la cobertura**. Así entre 1988 y Julio de 1993, las cifras pasaron de 5.271.000 millones a 4.734.000 de beneficiarios o sea una caída del 9 % aproximadamente. Este cambio fue atribuible al éxodo de afiliados no empleados públicos que tenían acceso al sistema mediante convenios, sean individuales o colectivos. En el período de cinco años citado, dejaron el sistema 654.000 afiliados por convenios, por lo que la formación porcentual de la población se transformó desde un 83 % de afiliados naturales y un 17 % por convenios a un 94 % naturales y 6 % por convenios. Esta realidad se dio en un contexto donde 14 obras sociales provinciales sobre el total de 23 manifestaron su voluntad de trazar políticas conducentes a captar grupos poblacionales sin cobertura social. Los datos correspondientes a Setiembre

de 1994 de la misma fuente sugieren un proceso de recuperación en la cantidad de beneficiarios situándose en el orden de los 5,1 millones. (C.O.S.S.P.R.A.1993)

El financiamiento de los seguros públicos provinciales, también se origina en impuestos al salario. Sin embargo, a diferencia del sistema de seguros semipúblicos el **porcentaje de tributación varía entre 7 y el 12,5 %**. Cuatro entidades cotizan entre 7 y 8,5 %, 12 obras provinciales reciben entre el 9 y el 10,5 % y las 7 restantes obtienen entre el 11 y el 12,5 % en aportes y contribuciones. En el período citado, 4 obras sociales incrementaron el aporte a cargo del Estado, una el aporte del trabajador y otra ambos aportes. En la mayoría se verifica el sistema de aporte global por núcleo familiar primario. La Confederación de Obras Sociales Provinciales de Argentina no ofrece precisiones en relación al nivel exacto de recaudación del sistema, sin embargo, estima que **la cápita debe orillar los 17 pesos lo que equivale a una recaudación aproximada de unos 80 millones de pesos mensuales, o sea un 40 % de la recaudación promedio de las obras sociales nacionales**.

Las obras sociales Provinciales tienen en algunos casos dependencia de las autorizaciones de gasto de la Secretaría de Hacienda de la Provincia respectiva. Como los órganos estatales son los agentes de retención de los aportes y contribuciones, y al depender estos de las programaciones presupuestarias de Hacienda, los flujos de ingresos de las obras sociales corren la misma suerte que las disponibilidades financieras del gobierno de la Provincia. En momentos en que el tesoro Provincial se encuentra en desequilibrio, **la obra social no puede administrar sus recursos sino que se limita a realizar pagos en función del monto que le autoricen las autoridades de la Secretaría de Hacienda**.

Una de las características salientes de las obras sociales provinciales ha sido la **política de libre elección del prestador (en 18 de las 23 obras sociales no existiendo información sobre las otras 5)**. Ello, sumado al hecho de que en algunos casos el tesoro debe responder por ley por los déficits que se originan en la entidad, ha llevado a que el sistema no opere competitivamente y a **incentivar a los propios prestadores a ganar influencia de una u otra forma en las obras sociales provinciales**. Se citan como ejemplo de esa influencia casos donde los prestadores modelan el módulo de atención colocando un día de terapia intensiva para tratamientos de várices o cesáreas.

El fenómeno mencionado de la **captura privada de los seguros públicos se potencia por la alta rotación directiva en las obras sociales**. Desde el punto de vista de la conducción, las obras sociales son vulnerables al ciclo político y a la falta de coherencia y continuidad en las líneas de política que se adoptan. Los prestadores conocen las falencias y debilidades de las entidades y en su cálculo interactivo tienen catalogados en tipologías de personalidades a los presidentes de las obras sociales como duros, blandos, permeables etc. En otros casos las estrategias pasan por la incorporación de los propios prestadores en los cuerpos técnicos de la entidad.

No está ausente tampoco la sobreprestación. Se han verificado en distintos puntos del país que entre el 90 y el 95 % de los diagnósticos de alta complejidad han sido sin patologías. Esto es en parte resultado del sobreequipamiento discutido anteriormente. Una provincia del litoral por ejemplo con 17 tomógrafos para 1.020.000 habitantes señala porque es preciso mirar a la estructura del capital y a los lazos que se generan entre los propietarios del capital. La lógica de las derivaciones y las comisiones involucradas, han sido descritas como equivalentes al 25 % del gasto. Como curiosidad se han recibido noticias de un nomenclador informal del comisiones de derivación (ana-ana) a un tomógrafo donde se pagaban seis pesos por viaje a la ambulancia , 25 % al prescriptor y 5 % al sanatorio derivante. Todo ello en un contexto donde hay deficiente información, no existe un sistema de auditoría que se precie, y cuando existe el auditor no confronta al controlado.

Si bien en forma lenta, la lógica fiscal va imponiendo correcciones a las formas de pago basadas en el desconocimiento de la restricción presupuestaria **no se observa**

todavía una generalización de la aplicación del sistema capitado de servicios el cual alcanzaba a inicios de 1994 a menos de una tercera parte de las entidades . Lo que la evidencia parece sugerir es que antes que la capitación, lo que ha predominado en el pasado inmediato ha sido la contratación de aranceles diferenciados lo que ocurrió en 13 de las 23 obras sociales. En la actualidad se perciben cambios en algunas Jurisdicciones. Se está pensando por ejemplo capitar los servicios de análisis ambulatorios, y proceder a la terciarización de algunos servicios en los hospitales públicos.

Adicionalmente las obras sociales Provinciales tienen **severos problemas con el gasto administrativo**. A medida que el ajuste fiscal impone recortes, va quedando en claro el sobreempleo en las obras sociales y la posibilidad de llegar a una cápita razonable si se evita el desperdicio institucional. La Obra Social de Entre Ríos por ejemplo llegó a tener un administrativo cada 290 beneficiarios o sea algo así como 860 empleados para unas 250.000 personas. Esta razón contrasta con la relación apropiada estimada de 1 administrativo cada 1600 beneficiarios. La obra social Provincial de Santa Fé, por caso tenía 460 empleados para 550.000 beneficiarios lo que daba un trabajador por cada 1200 personas.

El resultado de esta estructura de financiamiento donde hay inestabilidad en los flujos, falta de aportes estatales, autorización restringida de los gastos, falta de transferencia del riesgo a los prestadores, captura privada del seguro, ha sido el **ajuste por ingresos adicionales o sea la aplicación de copagos en la obra social o plus por parte de los prestadores en la mitad de las jurisdicciones**, sin que las acciones que se hayan aplicado para la eliminación del mismo hayan obtenido resultado satisfactorio. En el caso de las consultas médicas, estudios y prácticas ambulatorias, honorarios sobre internaciones y los estudios y prácticas en internación, mas de la mitad de las obras sociales provinciales cobran adicionales que oscilan entre el 20 y del 30 % del valor reconocido por la entidad. En el caso de los medicamentos ambulatorios, los pagos privados crecen a porcentajes que superan el 40 % llegando en dos casos al 70 % del valor. Una situación similar con porcentajes ligeramente mas bajos se da para los medicamentos en internación.

El ajuste por precio, ocurre también porque las obras sociales no tienen poder de negociación dada la deuda y el riesgo de cortes de servicios. No discuten tampoco tasas de uso o estándares razonables. **La obra social reacciona poniendo trámites burocráticos de autorización a los fines de desalentar el uso de los servicios**. Ese ha sido por ejemplo el caso de la obra social Provincial de Salta donde el promedio de 2 consultas año revela que se ha inducido un subconsumo a la población, quien termina haciendo el ajuste con la reducción de su acceso.

En el caso de la obra social de Río Negro, el Dr Javier Villosio reporta la experiencia de haber intentado fijar un sistema de pago por acto médico con un tope global o lo que se ha dado en llamar un "presupuesto prestacional consensuado". De la masa total de recursos asignada se propuso destinar un 43 % al primer nivel y un 56 % al segundo. Para cada Jurisdicción colectora se establecía una cápita de 14,8 \$ resultante de dividir el monto total por la cantidad de beneficiarios. Una especie de cuota parte individual de los recursos de la obra social. El esquema propone un sistema de riesgo autoregulado o sea la visualización de los desvíos prestacionales. En el caso de que la sumatoria del total facturado excediera el techo presupuestario total, se liquidarían los pagos según un índice. Como contrapartida la facturación por debajo de la disponibilidad financiera implica la acreditación de tales excedentes para períodos posteriores. (compensación de posibles excesos ulteriores) Tales medidas fueron llevadas adelante junto a restricciones al padrón de prestadores y a la incorporación de tecnología avanzando de hecho sobre la limitación de la oferta. (Villosio Javier 1995). El ejemplo citado muestra como lo que deben ser facultades regulatorias del Ministerio respectivo, terminan siendo ejecutadas por el seguro que es en definitiva el que paga las cuentas.

Dada la lógica descripta, donde el sector prestador tiene una virtual codirección de las entidades no sorprende que las obras sociales provinciales **no hayan desarrollado**

vínculos con el sector público prestador, salvo muy selectivamente y cuyo impacto sobre los montos de ingresos para las obras sociales ha sido negligible, orillando donde se cuenta con información detallada escasamente al 1 % del total.(Obra Social de Entre Ríos). En otros casos el Hospital Público no está en condiciones de ofrecer servicios, (nefrología y diálisis, tomografía, bomba de cobalto etc) y muestra problemas severos de eficiencia. En el caso de Entre Ríos por ejemplo mientras las clínicas privadas mantenían un promedio 2,52 días de internación, el sector público mas que duplicaba esa cifra. El resultado ha sido que en la medida que la obra social paga, la gente va al sector privado dejando el hospital para la persona sin respaldo de seguros. La excepción a la regla parece ser en los casos de urgencia donde por alguna razón el Hospital mantiene credibilidad.

La alternativa a lidiar con los prestadores parece haber sido la instalación de servicios propios. En 11 casos las obras sociales reportan tenerlos. Sin embargo 45 de ellos resultan ser farmacias, 6 laboratorios bioquímicos, 4 laboratorios de prótesis dental, 3 laboratorios ópticos, 1 de enfermería, 1 de kinesiología y 30 de ambulancias, lo que muestra que **los servicios propios en realidad no han podido concentrarse sobre la médula del gasto**. En efecto los datos disponibles de la obra social de Río Negro en 1993 por ejemplo, muestran que odontología da cuenta del 5 % del gasto, bioquímica el 6 %, farmacia otro 5 % mientras que el gasto médico y sanatorial se lleva entre 55 y 60 % de los recursos. En otros casos se considera que es positivo no contar con prestadores propios dado el marco legal vigente para los organismos públicos en lo administrativo contable y lo laboral que afectan fuertemente en forma negativa las condiciones de eficiencia en el desempeño de los mismos. (Villosio Javier 1995).

Las obras sociales provinciales, en definitiva **no conforman un sistema propiamente dicho. La atomización sobre su control, se manifiesta en la falta de funcionamiento efectivo del Consejo Federal de Salud (COFESA)** donde los Ministros del área respectiva podrían articular normativas homogéneas para el país sobre prácticas de cobertura, estrategias de negociación de precios o simplemente normas de auditoría. La localización jurisdiccional diversa, junto a la falta de un control centralizado, hace que en el presente, las obras sociales operen como un mosaico aislado de entidades aunque se observan esfuerzos para lograr una base de información centralizada en la Confederación de Obras Sociales Provinciales que permita una mejor negociación con los prestadores. Pese a ello, dada la falta de desarrollo institucional que tienen esas instituciones donde en muchos casos la recolección de información se hace en forma manual, no es dable esperar grandes cambios en el futuro inmediato.

La descripción esbozada destaca en definitiva en que medida la política fiscal, y la reforma de los Estados Provinciales jugarán un papel importante para la morfología del sector en el interior del país. A modo de síntesis puede decirse que **comparativamente al sistema de la ANSSAL, las obras sociales Provinciales, recaudan menos recursos, tienen mas inestabilidad en el flujo de los aportes patronales (sólo 10 de las 23 declara recibir los aportes al día), sufren el mismo problema de discontinuidad de la cobertura, no han introducido formas de pago que permitan transferir el riesgo a los prestadores, han sufrido la sobrefacturación y sobreprestación, tienen excesivos gastos administrativos, sus servicios propios parecen situarse en áreas que no dan cuenta del grueso de las erogaciones, han ajustado por el gasto privado de bolsillo mediante coseguros y colocando barreras al acceso y como aquellas han acumulado deuda originada de sus déficits operativos que se traduce en atrasos recurrentes de sus pagos.**

Las opciones para el seguro público de disminuir la inestabilidad de sus ingresos (no ser usada como caja compensadora por las Secretarías de Hacienda) ganar en estabilidad directiva, aumentar la eficiencia administrativa contable, racionalizar personal,. aumentar la capacidad gerencial, acotar la oferta prestacional con capacidad reguladora, profundizar la capacidad de fiscalización y control, adoptar modelos prestacionales que hagan previsible el gasto, modificar las

coberturas ofrecidas para asegurar coberturas básicas focalizando acciones en grupos de riesgo, son ciertamente una posibilidad teórica que parece improbable en la práctica. Las propias propuestas de modelos prestacionales consensuados donde se daría previsibilidad al gasto de la obra social y al piso y al techo de los ingresos de los prestadores convence menos que un sistema donde la competencia la ejecuten los seguros mediante la contratación selectiva de prestadores, mediante técnicas de control de la utilización.

Las obras sociales provinciales debería funcionar como un verdadero seguro. En ese caso hay dos opciones una que implica agrandar la intermediación sería la contratación de una empresa aseguradora de servicios de salud, con suficientes reservas técnicas y respaldo patrimonial a la que se entregue y administre la cápita de atención integral. Hacer en otras palabras lo que están haciendo las obras sociales de la Anssal. La otra alternativa, es que el estado directamente terciarice el aseguramiento de su personal y licite mediante la asignación de una cuota parte individual la cobertura para los indigentes con las compañías de seguro privadas reconocidas y bajo un marco de estricta regulación. En todo caso, dados los problemas mencionados, lo que debe probarse es cual es la ventaja de continuar con un conjunto de seguros públicos que no ha operado ni como administradores del riesgo ni ha dado pie para formar un sistema que permitiera organizar el sistema de seguro nacional de salud.

Tampoco parece válido el argumento de que la atención ha sido buena cuando ello se ha llevado adelante con subsidios implícitos de todo tipo desde las tesorerías Provinciales. Finalmente, si la función de las obras sociales públicas (especialmente en el caso de la de los jubilados) deben ser la del reaseguro para los pacientes crónicos y que concentran costos aplastantes, entonces lo correcto es ajustar las cápitales por riesgo y transferir el subsidio explícito a la aseguradora que sea pero no crear organizaciones que han requerido enormes dotaciones de personal y que han contribuido desde lo público a aumentar el desperdicio institucional de recursos en un contexto de subcobertura en salud.

4.5.- El Seguro Público para Jubilados

El otro seguro público que debe mencionarse separadamente es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), cuyo principal programa es el Programa de Asistencia Médica Integral o PAMI.. Este seguro fue creado por la ley 19.032 en el año 1971 con el objetivo principal de prestar a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario, los servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud.

Los servicios del INSSPJ se fueron ampliando progresivamente, primero a través de la extensión de la cobertura a otros beneficiarios y luego mediante la extensión de los servicios brindados. En ese sentido a la población objetivo originaria, se le agregaron beneficiarios diversos como por ejemplo pensiones graciales, veteranos de guerra, madres con más de 7 hijos, discapacitados o con enfermedades crónicas, personas de más de 70 años, etc. El resultado de esta expansión de cobertura fue la modificación de la estructura etaria de los beneficiarios. Así, de un total de 4.044.688 beneficiarios existentes a mediados de 1995, solamente 2.848.652 tenían más de 60 años, es decir el 70 % del total, y 643.127 beneficiarios o sea el 16 % tenía menos de 40 años.

La segunda característica de la población del Instituto es su dispersión territorial, existen provincias como Córdoba que tiene 9,3 % de los beneficiarios, una proporción semejante a la de capital Federal que orilla el 10,3 %. En la Provincia de Santa Fe, entre la ciudad homónima y Rosario dan cuenta de otro 9,3 %, mientras que Entre Ríos, Tucumán y Mendoza, tienen aproximadamente entre 4 y 5 % más de beneficiarios cada una. La cobertura del programa de Asistencia Médica, se extiende en definitiva desde

Jujuy a Tierra del Fuego, lo que plantea la necesidad de mantener delegaciones regionales, y problemas en la distribución de los insumos en caso de compras al por mayor.

Esta diversificación en la edad de la población y su distribución regional, impone la necesidad de considerar los diferentes índices de utilización, los costos per cápita diferenciales y por ende el ajuste de las cápitass por riesgo. Por el lado de las prestaciones, la ampliación de la cobertura en el tiempo ha permitido la incorporación de prácticas inicialmente no contempladas como óptica, odontología y diversos programas sociales como el subsidio a la pobreza, el subsidio por sepelio, el programa de alimentación, viviendas, turismo etc. En la actualidad, con la implementación de reformas recientes (ver próxima sección), se está revirtiendo esta ampliación de funciones.

Adicionalmente, es preciso destacar que 325.860 beneficiarios o sea aproximadamente el 7,5 % no están cubiertos directamente por el Instituto, por haber decidido permanecer en su obra social de origen. Las cápitass que se pagan, varían entre 13 y 29 pesos, sin que se expliciten sin embargo las razones para los distintos niveles de esas primas. El cuadro que surge entonces, es el de un organismo que utiliza la diferenciación de cápitass entre organizaciones sin distinguir entre el riesgo de los beneficiarios, y donde sería necesario incorporar el ajuste de las cápitass que corresponden a los diferentes costos regionales.

El INSSJP administra un presupuesto de alrededor de tres mil millones de pesos anuales. Su peso económico, su población y su dispersión territorial, sumados a la importancia de sus flujos financieros en los ingresos de los prestadores, que en algunos casos lo convierten en el mayor comprador individual de servicios médico-asistenciales, hacen de PAMI una pieza estratégica dentro del sistema de salud de la seguridad social. Su permanencia casi exclusiva como seguro público para los Jubilados sin embargo, ha terminado por generar un programa estatal sin competencia, con severas ineficiencias en la administración y control del gasto.

El financiamiento del PAMI proviene de fuentes varias. Por un lado están los aportes y contribuciones de los trabajadores en actividad equivalente al 5% del salario (3 % aporte personal y 2 % contribución patronal). Por el otro el financiamiento proviene de los pasivos que varía entre el 6% y el 3% de sus ingresos según éstos superen o no el haber mínimo. Se estima que el promedio ponderado de esta retención llegaba en 1994 al 4,6 % del monto total de órdenes de pago previsionales.

En 1995 PAMI fue incorporado al Presupuesto y en virtud del artículo 35 del mismo se autorizó a ANSeS a administrar los recursos de PAMI. El efecto parece haber sido el de generar una fuente transitoria de fondos para paliar los déficits coyunturales ya que en varios meses de 1995, la ANSeS generó de sus fondos propios adelantos a PAMI que oscilaron entre 8 a 70 millones de pesos mensuales.

La razón de ser de estos déficits operativos se encuentran en el hecho de que los gastos crecen más que los recursos. Así, los datos extraídos de los balances sugieren que hasta fines de 1994, hubo aumento de los recursos y de los gastos. Entre el 92 y el 94 los recursos crecieron un 37% mientras que servicios y bienes para atención de la salud lo hicieron en 64%, prestaciones sociales en 362%, y los costos de las prestaciones médicas y sociales aumentaron un 65%. El resultado final ha sido que mientras en los períodos 92 y 93 los ingresos cubrieron los gastos, en el 94 se produjo un déficit de 454 millones generado fundamentalmente en el último trimestre.

PAMI tiene además problemas de desarrollo institucional. Cuenta por ejemplo con una planta de personal que orilla las 12.000 personas, lo que se estima como excesiva. En relación a la información hay problemas serios pues no hay suficiente integración en el sistema. Estas deficiencias se reflejan en el sistema de compras donde no se utiliza el volumen para negociar precios, o en el caso de los convenios de atención médica que muestran cápitass distintas en diferentes regiones. El sistema de auditoría presenta fallas y se carece de información fidedigna sobre la operación de las delegaciones, donde ante la falta de tasas de uso y un mapa prestacional, sus prácticas se circunscriben a solicitar las

autorizaciones por sobre los límites de compras impuestos. PAMI, aparece en suma como un segmento de crucial relevancia para el sector prestador por la gran masa de recursos que moviliza, pero en la actualidad sus problemas organizacionales y financieros sugieren que será preciso un fuerte esfuerzo de fortalecimiento institucional para que su comportamiento sea consistente con la restricción fiscal y con una política asignativa que promueva la eficacia y la eficiencia en el uso de los recursos.

4.6.- Prepagas

Finalmente una palabra sobre los seguros privados a los fines de cerrar esta sección. Los seguros privados no solidarios (prepagos) estratifican los servicios a recibir en base a la capacidad de pago (Multi-tier system), o sea que establecen el nivel de cobertura según el aporte. En Argentina los prepagos dan cobertura a unos 2,3 millones de personas, o sea algo así como el 6 % de la población total. Son organizaciones con fines de lucro, cuya afiliación es voluntaria y sin barreras de salida. Se han dirigido a la clase media a alta, y en la actualidad existen casos donde las obras sociales del ANSSAL se han acercado a alguna de ellas a los fines de transferirles cápitas y obtener el gerenciamiento del riesgo.

La cobertura que ofrecen es limitada, y se caracterizan por contratos que establecen períodos de carencias, así como preexistencias que establecen el no financiamiento de la atención médica en las circunstancias allí definidas. La alta complejidad se pacta expresamente y el sistema tiene un ámbito de cobertura que puede exceder el ámbito nacional según los términos del contrato. Adicionalmente, existen coberturas no médicas variables.

Pese a ser entes de derecho privado, su regulación ha sido mínima. En ese sentido la resolución N 2181 de 1980 de la Ex-Secretaría de Comercio y Negociaciones Económicas internacionales establece los lineamientos de las cartillas que deben acompañar a los convenios. Son en realidad las condiciones mínimas del contrato para determinar a) Las características de los convenios (individual o colectivo) y el porcentaje de descuentos sobre medicamentos y los requisitos para obtenerlos, b) la forma de recibir las prestaciones (credencial identificatoria, detalle de coseguros, documentación administrativa para acceder a los servicios, y normas para solicitar la atención de urgencia, ambulancia o incubadora) y c) La forma de pago y reintegros (cuotas mensuales de afiliación, pérdida de la condición de afiliado por falta de pago, reintegros montos y topes).

Esta resolución es meramente indicativa de los temas que se deben incluir en la cartilla no existiendo ninguna norma sobre preexistencias, exclusiones, que pudieran disminuir la probabilidad de la selección de riesgo. Tampoco hay requisitos económicos financieros como la exigencia de capital mínimo, reservas o reaseguro o medidas de tipo institucional como un ente de contralor que permita crear salvaguardas para la población. Los proyectos existentes en la actualidad para avanzar en esa dirección (Proyecto del Senador Molina y de la Diputada Bullrich), pretenden ambos crear una entidad propia de regulación que segmente el mercado en una institucionalidad separada del resto de los seguros por un lado y de las obras sociales por el otro.

La estructura del financiamiento de la salud en Argentina en consecuencia contrasta fuertemente con el de Estados Unidos por ejemplo. Mientras en aquel país dos terceras partes de la población obtiene acceso a la atención médica a través de seguros privados, en Argentina el desarrollo de la actividad ha sido negligible. Si la situación se la mira desde la óptica del seguro público entre las obras sociales provinciales y PAMI, los seguros públicos cubren aproximadamente 9 millones de personas, o sea al 27 % de la población. Si se toma en cuenta que los 8 millones de personas cubiertos por las obras sociales del ANSSAL lo son en un sistema que ha sido caracterizado como semipúblico, el 51 % de la

población está fuera de la cobertura de seguros privados para la atención de la salud. En los Estados Unidos la cifra es menor a un quinto de la población.

Desde el punto de vista de los seguros la síntesis resultante es la siguiente: **los seguros grupales solidarios**, vinculados a la rama de actividad económica se han mostrado ineficaces para mantener la cobertura a lo largo del ciclo económico con lo cual hay problemas de discontinuidad en la misma. Asimismo dada la falta de libertad para optar por la aseguradora, se ha impedido una actitud de compra agresiva por parte de los consumidores debido a su afiliación cautiva, lo cual atenta contra la eficiencia. Sin embargo, dado el origen ocupacional de los titulares aportantes, el régimen ha evitado la afiliación oportunística. En última instancia el desequilibrio financiero recurrente y en el límite el endeudamiento excesivo terminan por generar un nuevo factor de discontinuidad en el acceso dado el corte de servicios que genera por parte de los proveedores. El sistema alternativamente si no hay cortes de servicios atenta contra los costos por la prima de riesgo que se carga al precio del servicio ante la irregularidad del pago.

El problema que debe ser resuelto por cualquier reforma en definitiva tiene que ver con la necesidad de **dar continuidad a la cobertura a las personas mas allá de las fluctuaciones dinámicas de la economía**. Como las necesidades epidemiológicas son continuas y como se vio en los casos de la demanda hospitalaria con una manifiesta regularidad el sistema de obras sociales resulta inequitativo pues deja sin seguro a quien más lo necesita que es quien ha perdido su empleo. El sistema de obras sociales está basado sobre un criterio de pertenencia económico para acceder a la atención de la salud. Se tiene seguro mientras se trabaja, cuando ello no ocurre, el sistema deja de funcionar. Adicionalmente, el problema de inequidad se manifiesta en el hecho de que mientras se defiende una solidaridad perfecta al interior de cada organización, ha habido una enorme distancia en las posibilidades que brindan las distintas obras sociales entre sí. Si a ello se le suma la desigual distribución de los recursos al interior de las obras sociales entre las distintas partes del país, y el hecho de que han sido subsidiadas desde rentas generales a lo largo de su historia entonces, todo sugiere que **el sistema debería ser reemplazado por un seguro que fuera mas general y eficiente, menos dependiente del mercado de trabajo y que tenga menos resquicios para la desigualdad institucional**.

Los seguros públicos han operado sin una lógica comandada por la restricción presupuestaria. Ello suele generar una fase de amplia cobertura seguida de discontinuidad en el acceso. Este círculo vicioso de egresos financieros superiores a los ingresos en un contexto de descontrol operativo, eleva los costos y termina por demorar los pagos lo que conduce a la pérdida temporal de la cobertura. En el caso de los seguros provinciales, la ineficiencia se genera adicionalmente porque los Ministerios de Economía Provinciales las hacen operar como cajas compensadoras de sus déficits financieros corrientes. Se precisa evolucionar hacia un esquema de seguros que tenga mas autonomía de las restricciones fiscales, que esté expuesto a la competencia, que elimine los problemas de ineficiencia, sobre empleo, y subadministración.

En el caso de los seguros no solidarios, (prepagos) el problema ha sido la **subcobertura** debido a los periodos de carencia y la exclusión de la atención de ciertas patologías debido a causas preexistentes a la afiliación. Estos problemas deberían ser resueltos por un marco regulatorio adecuado.

Lo expuesto en definitiva muestra que en Argentina hay aproximadamente unas 20 millones de personas aseguradas, o sea algo así como el 60 % de la población. El resto se atiende en los proveedores públicos de servicios o mediante acceso a proveedores privados financiados por el gasto de bolsillo. La limitada cobertura, y la estructura del mix público privado con un fuerte sesgo estatista en el mercado de los seguros de salud revela el potencial de expansión para la actividad privada en un ámbito que elimine la cautividad actual de los seguros públicos y semipúblicos. Sin embargo, dado que el Ministerio de Salud, no ha ejecutado ni creado condiciones para la ampliación y profundización del Decreto que permite la libre elección del sistema de obras sociales, ni ha generado

condiciones para que nuevos agentes se incorporen al sistema del seguro por la forma cerrada en que se ha manejado la intervención del Anssal a admitir nuevos actores dentro de los agentes del seguro, el sistema terminó ajustando con la aparición junto a los seguros públicos y semipúblicos de entidades que gestionan cápitas, administran el riesgo y aumentan en definitiva la intermediación entre aportantes y prestadores de servicios.

Esta aparición de entidades de administración de cápitas, conduce a nuevas formas de contratación, donde la utilización de módulos, el control de las tasas de utilización, la auditoría, la segunda opinión médica en el exterior, empiezan a poner límites a la capacidad del sector prestador de ajustar sus ingresos por cantidad ante la caída de sus precios. De esa forma el propio sector prestador ha comenzado a reorganizarse para reorientar sus objetivos y adaptarse a los tiempos que corren dejando la solidaridad gremial a un lado para convertirse en entidades comerciales que ajustan a las leyes del mercado. Veamos ambos casos (administradoras y prestadores bioquímicos) en mas detalle.

5.- NUEVAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN DE LA ESTABILIDAD: ADMINISTRADORAS DE PRESTACIONES Y MEGALABORATORIOS

La aparición de empresas gestadoras de cápitas es una manifestación del nuevo comportamiento del mercado en el marco de la convertibilidad y la estabilidad económica. En efecto, el fin de la inflación impidió a las obras sociales licuar deudas con los prestadores y en consecuencia algunas de ellas entraron en una fase de sinceramiento basada en el reconocimiento implícito de su incapacidad de gestionar contratos de riesgo. De esa forma, se fue instalando la práctica de transferir cápitas a otras entidades las que se hicieron cargo de organizar las prestaciones médicas a los afiliados.

Esto ocurrió tanto en el caso de PAMI con la transferencias de sus recursos a Equisal en la Pcia de Buenos Aires, como en el caso de las obras sociales del Anssal que celebraron convenios con empresas como Full Medicine en Santa Fé, con GyS en Córdoba, con Diagnos etc. En realidad inicialmente la práctica de administración del riesgo estuvo en manos de las propias organizaciones profesionales como los colegios médicos.(Equisal es una sociedad de la Federación Médica de Buenos Aires y de su contraparte de clínicas y sanatorios). Incluso posteriormente a la aparición del decreto de desregulación de Octubre de 1991 y del decreto 9/93 que impidió la negociación colectiva de la cantidad y precio de las prestaciones, los profesionales se organizaron en otras entidades operando en realidad dentro de prácticas establecidas por las viejas organizaciones profesionales. En la actualidad hay en varias provincias ejemplos de asociaciones de clínicas y de colegios médicos que operan como administradoras de prestaciones tras recibir las cápitas de las obras sociales.

En otros casos los colegios médicos se han visto perjudicados por su falta de visión comercial operando en un mercado estable donde es preciso observar costos. La ineficiencia de estas entidades, con una estructura de gastos administrativos sobredimensionada, generó en algunos casos problemas con el pago a los prestadores y eventualmente condujo a cortes de servicios. El descontento de obras sociales grandes como la de la Unión Obrera metalúrgica y la diferenciación social creciente al interior de los grupos médicos entre aquellos con y sin capacidad de internación fue recreando condiciones para la ruptura de la solidaridad entre los profesionales y la aparición de administradoras de prestaciones. Adicionalmente en algún caso, las clínicas y sanatorios desperdiciaron una buena oportunidad de llevar adelante la administración del riesgo, dada la acumulación de cápitas realizadas en las propias clínicas de la comisión directiva de la asociación y el desprestigio generado en consecuencia.

De esa multiplicidad de causas fueron emergiendo las administradoras de prestaciones. En Córdoba, por ejemplo, un número reducido de clínicas se organizó inicialmente como una unión transitoria de empresas (UTE) para recibir cápitas de la UOM y prestar servicios. El colegio médico local sin el convenio de esa obra social terminó desfinanciado. Posteriormente sin embargo, la contradicción interna de las propias clínicas que llevaron la puja distributiva por los pacientes al interior de la UTE,(semejando la lucha de las Unidades prestacionales integradas de PAMI) terminó por generar la división de las tareas de administración de las puramente prestacionales. Así nació por ejemplo Olimphus

S.A. conformada por cinco clínicas que han operado como accionistas que participan en los dividendos anuales de la empresa pero que desde el punto de vista técnico prestacional son tratadas como terceras partes, siendo sometidas a auditorías y débitos por utilización excesiva como a cualquier prestador ajeno a la entidad.

Estas administradoras de prestaciones entonces, compiten con los colegios médicos y asociaciones de clínicas que se convierten en administradoras de convenios capitados. Desde el punto de vista jurídico, no hay un régimen especial para ellas y la simple constitución en sociedades anónimas, no las saca de la zona gris en la que se han ubicado dada la regulación existente (ley de seguro nacional de salud), que no parece contemplarlas. Más aún dado que esas empresas no son como las empresas de seguros (que requieren pagos de primas por períodos prolongados de tiempo para eliminar el riesgo proveniente de la incertidumbre de los siniestros cubiertos) sino que operan cobrando y dando prestaciones por mes, resulta que las condiciones de reservas técnicas y la necesidad de solvencia inmediata son tal vez mayores que en las primeras. Adicionalmente, dado que las administradoras de prestaciones cobran un precio para cubrir la prestación médica en el mes, y que sus ingresos están limitados por el poder de negociación que tienen las obras sociales que concentran los recursos, el problema pasa a ser el flujo corriente de los egresos medido por el control de las tasas de utilización y acotado por el uso intensivo de las auditorías.

La descaracterización de las funciones de las obras sociales entonces, que se han visto técnicamente incapacitadas de administrar contratos de riesgo en un contexto de estabilidad por un lado, y la ineficiencia de las entidades profesionales para controlar costos y sancionar a sus propios miembros ante las prácticas de sobrefacturación por el otro han sido dos factores claves a la hora de bucear en las causas del origen de esta nueva organización en los mercados de salud. Curiosamente sin embargo, la obra social que encuentra en la delegación de la administración del riesgo la solución a su problema, empieza a sembrar las bases de su propia descalificación ante los ojos del afiliado por varias razones.

En primer lugar, porque ante el vacío regulatorio, la falta de identificación de las administradoras de riesgo operando en el mercado ante la carencia de un registro al efecto, deja siempre abierta la posibilidad de fraudes generados en la recepción de cápitas, el no pago a los prestadores y la desaparición repentina. Segundo porque las obras sociales una vez que pasan las cápitas se despreocupan de las prestaciones con lo cual no hay garantía sobre el control de calidad. Tercero, porque las administradoras motivadas por la necesidad de ampliar márgenes, empiezan a poner en marcha prácticas conocidas en los pre-pagos de excluir ciertas prestaciones, poner carencias y terminan por desnaturalizar así el sentido solidario de las obras sociales.

Esta situación ha creado inquietud al interior de las propias gestadoras de cápitas. En efecto, ante la posibilidad de que aparezcan entidades que cobran y no prestan o la simple perspectiva de la caída de una de ellas con el pánico consecuente de los prestadores a negociar en el futuro con entidades cuyo marco regulatorio no existe, sumado a la pasividad de las obras sociales para velar por la seguridad del sistema, ha llevado a quienes pretenden conservarse en el mercado a reclamar la sanción de reglas mínimas de antecedentes, inscripción, solvencia, capacidad de gerenciamiento, topes a la distribución de dividendos, reservas técnicas y controles de calidad a los fines de acreditar a los actores en este nuevo negocio.

Un aspecto adicional que presentan estas entidades, es que dado que en ellas operan en algunos casos como accionistas clínicas como se mencionara anteriormente, esto genera ante el atraso de pago de las cápitas de las obras sociales, la posibilidad de dilatar el corte de los servicios. Así las cosas, el propio financiamiento que se realiza a las obras sociales mediante el capital de trabajo de las clínicas se convierte en un arma competitiva a la hora de ir demarcando la futura participación de los prestadores en el mercado.

Como por otro lado, los consumidores de servicios no tienen opción a elegir prestadores fuera de la cartilla cerrada que se les ofrece, la figura recuerda la organización de los PPO (Preferred provider organizations) de los Estados Unidos donde la elección de otros prestadores conlleva el pago de bolsillo por parte del paciente por la diferencia sobre el arancel que paga la administradora de prestaciones. Esta práctica en realidad, se va imponiendo en forma espontánea a medida que aparecen casos puntuales de prestadores que los afiliados a la obra social quieren mantener en ciertas áreas del país, o por imposición de algunos nombres desde las propias obras sociales y cuyos aranceles no coinciden con los precios que pretenden pagar las administradoras.

En la actualidad el sistema tiende a ir clasificando a los prestadores. Ante la falta de una base de datos que provea el perfil prestacional y las tasas de utilización de la oferta, la experimentación por ensayo y error y la contratación selectiva han ido abriéndose paso. En el caso de neonatología por ejemplo las cifras de partos de una clínica obstétrica y la derivación excesiva a otra neonatológica de los mismos propietarios en porcentajes que excedían largamente el 12 % de los casos establecidos por las cifras estadísticas reconocidas como normales dio lugar a la contratación por suma fija de la atención neonatológica en un determinado lugar, reconocido por su calidad. En otros casos donde las instalaciones de los prestadores y el prestigio de la institución llevaba al cobro de plus, las administradoras de prestaciones las han mantenido como un segmento para la atención exclusiva del tercer nivel como hemodiálisis, cirugía cardiovascular, neurocirugía y oncología.

5.1.- Las Administradoras de Prestaciones y la Reforma Competitiva

Si bien la aparición de la contratación selectiva, la puja de precios entre prestadores ofreciendo descuentos sobre los aranceles, la revisión de la utilización y la posibilidad en algunos casos de optar por prestadores fuera de la cartilla obteniendo un reembolso parcial hasta el nivel del precio que paga la administradora de prestaciones recuerda la aparición de las prácticas de la atención gerenciada americana (managed care y sus HMOs, PPOs, Blended plans, selective contracting, utilization review), lo cierto es que en Argentina no existe todavía la base de información adecuada para determinar tasas de uso confiables. En algunos casos, ellas son el reflejo de un modelo donde el pago por acto médico potenciaba el esfuerzo del prestador por aumentar la cantidad de servicios y por lo tanto no pueden ser utilizadas como si fueran la expresión de la objetividad del conocimiento clínico y terapéutico de la hora.

En realidad existe el reconocimiento de los propios protagonistas que esas tasas son apenas un número que debe ser desagregado y explorado en su contenido. Por el momento lo que ocurre es que se extrapolan prácticas pasadas hacia el futuro lo cual ante el cambio permanente de la capacidad tecnológica, y la transición epidemiológica, el programa de control de utilización aparece como una mera expresión de deseos y una forma de control que intenta frenar abusos por la simple presencia de la práctica de control antes que por la implantación de criterios científicos a ser respetados.

Peor aún, en algunos casos la tasa de uso se obtiene como un residuo a partir de la rentabilidad esperada por el administrador de prestaciones en su negociación con la obra social. Determinado el valor de la cápita y por ende el precio de la atención médica por parte de la obra social con poder de mercado, la administradora trata de ajustar por cantidad, teniendo en cuenta su estructura de costos para alcanzar el margen deseado. En ese caso la tasa de utilización pasa a ser una simple variable determinada por una ecuación de cálculo financiero antes que la expresión de un perfil epidemiológico determinado.

El otro aspecto que hay que remarcar aquí en relación al posible desempeño de estas administradoras de prestaciones es que han empezado a sentir el impacto de la dinámica recaudatoria de las obras sociales. Como se muestra en este trabajo, las cifras de los ingresos de las obras sociales del sistema ANSSAL han mostrado dos características salientes, por un lado el aumento y creciente estabilización del nivel de ingresos nominal agregado y por el otro, la dispersión existente que concentra el aumento de la recaudación en apenas una tercera parte de las organizaciones y en una minoría de afiliados, mientras que la mayor parte de las obras sociales y afiliados ven empeorar su situación relativa.

Esta desigualdad creciente, tiene varias implicancias, en primer lugar cuestiona seriamente la hipótesis de que la oferta y la capacidad instalada crecen en Argentina como respuesta al aumento de la recaudación del sistema de obras sociales. Mas bien la oferta parece crecer adelante de la demanda y en forma relativamente independiente salvo que todos los prestadores que han aumentado su capacidad tecnológica hayan concentrado su atención en las diez obras sociales que absorben la mayor parte del incremento recaudatorio. En segundo lugar, para las administradoras de prestaciones, se va modelando un perfil de dependencia en relación con una o dos obras sociales que son buenas pagadoras (como es el caso de la obra social del Ministerio de Economía en Santa Fe) mientras que acumulan con las restantes un atraso en sus ingresos que terminará en algún momento por provocar una reestructuración al interior de las propias administradoras de prestaciones hoy todavía en una etapa emergente y de proliferación rápida.

En tercer lugar, esta creciente amenaza de crisis financiera ha llevado a las administradoras de prestaciones a iniciar un proceso de diversificación intentando capturar parte del mercado de las aseguradoras de riesgo del trabajo (A.R.T.). En efecto, el cambio en la legislación sobre accidentes de trabajo, ha traído aparejado la posibilidad de que las compañías de seguros incursionen en una nueva línea de actividad la cual se suma a las existentes dado que no se exige una estructura específica y diferenciada para el negocio en cuestión. Como la A.R.T. debe dar prestaciones en especie, lo que habrá de ocurrir posiblemente es la contratación por cápita de los servicios de las administradoras de prestaciones. En ese sentido, ya se ha lanzado una agresiva campaña de marketing por parte de las administradoras que convocan y visitan a las A.R.T..

Según cálculos actuariales provisorios y preliminares, para poder operar sobre el punto de equilibrio, se precisan aproximadamente unas 60.000 cápitass al inicio de la actividad, y se debe duplicar esa cifra en un año. La accidentología es una especialidad crítica de la medicina y requiere en el contexto argentino un intenso uso de ambulancias lo cual particulariza la estructura de costos. En ese sentido una de las estrategias que se visualizan en la actualidad es la organización de redes de policonsultorios, con uno de ellos operando como cabecera y derivador a otros centros de referencia.

En ese negocio sin embargo, da la impresión que a las Administradoras de prestaciones con una red de prestadores instalada sean efectores propios o contratados (algo así como los HMOs conocidos como modelos Staff y Group respectivamente) mas que la obtención de un número determinado de cápitass para asumir el riesgo lo que les interesa inicialmente es la exploración del mercado gerenciando un presupuesto determinado. Así las cosas, la diversificación de las administradoras ante la presencia del nuevo mercado abierto por las A.R.T. sugiere que podrían operar como gerenciadoras de Fondos de Salud, obteniendo su margen a partir de los ahorros que se logren de la diferencia entre las tasas de uso promedio esperadas en el mercado (que como se dijo son poco confiables) y las que se obtengan con los prestadores propios.

Si ello fuera así entonces no es dable esperar que la base de información confiable surja de las propias administradoras puesto que la posibilidad de obtener su margen como residuo sin afrontar el riesgo de gerenciar las cápitass, radica en inflacionar el presupuesto inicial, tomando precios de referencia cercano a los costos pero incrementando la cantidad o el parámetro de utilización esperado. En otras palabras, la introducción de estas prácticas de revisión de utilización y sistema de pago prospectivos no necesariamente significa que

se obtendrán los resultados propios de una reforma competitiva que reduzca el nivel de las fallas del mercado en el país. En realidad, ante la falta de transparencia en la base informativa, la debilidad de las entidades científicas o su neutralización por una lógica mercantil que las va aislando, la ausencia de estudios sobre la geografía Argentina de la atención de la salud que muestre la variación de la práctica médica y sus resultados, y la cultura de aversión al riesgo y su transferencia a terceros que caracteriza al empresariado sanitario, todo confluye a una situación de aparente racionalidad gerencial pero que solo percibe objetivos de marketing y de manipulación de las tasas de uso con la finalidad descrita en los párrafos precedentes.

En todo caso, lo que interesa destacar es que estas organizaciones parecen estar destinadas a mantenerse en el futuro inmediato, y con ellas se hará intensivo el uso de los controles de utilización, auditorías y control sobre los prestadores. Las obras sociales que no han conseguido negociar y controlar directamente a los prestadores ante las prácticas de sobrefacturación, cobro de plus o simplemente ante la incapacidad de establecer una estructura competente de auditoría verán así mermar no solo su legitimidad como entidades recipientes de los aportes, sino también por la disminución del principio solidario que las anima y justificaba en el pasado. La aparición de la restricción presupuestaria, y la necesidad de una gestión eficiente que trajo la estabilidad parece haber signado el comienzo de una nueva era organización en el mercado de la salud en Argentina.

5.2.- La Reacción de los Prestadores: Bioquímicos y Megalaboratorios

En Buenos Aires, Biores SA es un ejemplo del impacto del decreto 9/93 (ver mas adelante) por el cual se puso fin a la celebración de los convenios con las organizaciones gremiales. La consecuencia de esta organización comercial bioquímica fue la de debilitar la Federación Bioquímica que continúa existiendo para centralizar información, acopiar opiniones y mantener contactos estratégicos (en terapia intermedia como se la define). Su debilitamiento se produce al no manejar los convenios, y los resultados de esta nueva dualidad institucional se evalúan como regulares. Los dirigentes expresan que cuesta acostumbrarse a la mentalidad comercial y dejar profesionales en el camino por la formación gremial solidaria de la que están imbuidos. En Buenos Aires los convenios con Pami y la Obra social Provincial representan el 50 % de los ingresos.

En los mercados locales como Mendoza, Salta, Sur de Córdoba, los bioquímicos han tratado de adaptarse mediante la incorporación de tecnología (autoanalizadores) conformando lo que se dio en llamar los megalaboratorios en las nuevas entidades comerciales que se han organizado desde las viejas asociaciones de Bioquímicos. Estos proyectos requieren volumen para amortizar la inversión ya que se estima que es preciso tener aproximadamente unos 2000 a 2500 análisis diarios para que sea productivo. Adicionalmente están produciendo una redefinición del rol profesional. En realidad el megalaboratorio cubre la parte mas pequeña de la actividad, pero requiere del bioquímico la extracción de la muestra, el traslado y la confección del informe. En el caso de Salta por ejemplo, los informes salen directamente de la computadora del megalaboratorio, y se está analizando la posibilidad de canalizar mediante una red informática los resultados directamente a las pantallas de los bioquímicos que trabajan con la central.

Para tener una idea del mercado total, se estima que en Argentina se producen unos 10 millones de análisis por año o sea algo así como unos 800.000 mensuales o 40.000 por día. Dada la capacidad de los autoanalizadores, en la medida que se logre concentrar la atención mediante la terciarización del servicio al sector público, esto implica una rápida pérdida de participación para muchos de los 14.000 bioquímicos que no se incorporen en las nuevas organizaciones. Si a esta situación se la coloca en un escenario de alta concentración de los ingresos en el mercado bioquímico donde un 20 % de los

profesionales obtiene aproximadamente el 60 % de los honorarios, el cuadro que surge es uno de probable aceleración en la reducción de su número y mayor concentración de ingreso y poder al interior del mercado bioquímico.⁶ En Tucumán por ejemplo 3 laboratorios tienen el 13 % de la facturación.

Un ejemplo de las nuevas funciones que van asumiendo las entidades prestadoras intermedias es la asociación de bioquímicos de Mendoza. Allí, se ha creado una entidad comercial "Analizar S.A." que ha servido para demarcar y excluir a aquellos profesionales que no están a la altura de los nuevos requerimientos de la profesión. La forma de evitar todos los requisitos insuperables que tienen las viejas asociaciones gremiales con sus tribunales de ética y demás procedimientos para provocar una diferenciación al interior de la profesión se ha realizado mediante la asignación selectiva de acciones en la nueva sociedad.

Esta entidad se viene a sumar a la proveduría que funcionaba desde la asociación bioquímica por la cual se compran insumos al por mayor a los laboratorios multinacionales para la venta al Estado en una suerte de distribuidor local con base profesional. i bien, la racionalidad de la proveduría es la de obtener mejores ingresos para la asociación y bajar así los descuentos a los profesionales para mantenerla, resulta claro que esta operatoria a modo de capital comercial y la nueva entidad que intenta poner barreras a entrada a esta agrupación selectiva de profesionales forman parte de la transición por la que atraviesan las entidades intermedias. De un sistema gremial y solidario se va caminando hacia un esquema que busca nuevas fuentes de ingreso genuino para un grupo menor de profesionales.

En Salta, esta transición ha avanzado aún más. Allí la Asociación Bioquímica ha planeado la instalación de un prepago, y ha servido además de base para la instalación en una sociedad Comercial de un megalaboratorio el cual se ha convertido en el centro de análisis del 80 % de los laboratorios de la ciudad. Cada uno de los accionistas (que como en Mendoza no son la totalidad de los bioquímicos), envían sus muestras las que son analizadas centralizadamente en el autoanализador del megalaboratorio. Luego, se envían los resultados y a fin de mes, los laboratorios sufren el descuento en sus facturaciones desde la asociación bioquímica por los costos incurridos en los análisis correspondientes a cada uno de ellos. De esta forma los laboratorios al agruparse en esta sociedad comercial han obtenido alta tecnología compartiendo costos. Resulta posible mantener el megalaboratorio funcionando porque se alcanza un volumen de escala suficiente como para cubrir los costos fijos de mantenimiento. El megalaboratorio procede a realizar un control de calidad sistemático de los insumos a utilizar y finalmente, permite la reducción de costos por análisis así como la liberación de tiempo para los bioquímicos que llevan allí sus muestras.

Esta concentración de esfuerzos, sin embargo, empieza a mostrar otros rumbos posibles de acción. En la actualidad se está pensando en la posibilidad de capitar al sector público para atender todos los centros primarios de atención y los servicios bioquímicos de los hospitales. De esa forma, el megalaboratorio ya no sería únicamente una forma de ayudar a muchos pequeños laboratorios sino que reemplazaría empleados públicos terciarizando el servicio de bioquímica. Algo similar podría ocurrir con la obra social provincial. En todo caso lo que se quiere señalar aquí es que **mientras las obras sociales se asocian a entidades de administración de riesgo aumentando la intermediación y poniendo presión sobre los prestadores, las entidades de estos no parecen haber caído en una atomización total sino en una nueva reagrupación mas selectiva, donde se busca facilitar el acceso a la tecnología, abaratar costos, ganar ventajas de escala y abrir finalmente cursos de acción con un carácter comercial.** En alguna medida, el

⁶ Datos obtenidos en reuniones en la Confederación Unificada Bioquímica de la Republica Argentina en Bs As, en la Asociación Bioquímica de Mendoza, en la Asociación Bioquímica de Salta y en la Asociación Bioquímica de Santiago del estero en forma personal con sus autoridades.

hecho de que cada laboratorio de los escogidos tenga una acción en la nueva sociedad anónima sugiere que los mercados se están concentrando rápidamente. puesto que los prestadores asociados entran así en negociaciones con unos pocos seguros sindicales y apenas dos seguros públicos (PAMI y Obra Social Provincial) en una suerte de oligopolio bilateral.

5.3.- La Transnacionalización de los Seguros y los Prestadores .

La tercera modificación que ha traído la expansión de las reglas de la medicina comercial dentro del sector salud en un contexto de estabilidad y apertura económica ha sido la transnacionalización tanto de los seguros como de los prestadores. El país asiste a la configuración de redes y de puentes y corredores de atención hacia el exterior. Esto no puede ser de otra manera. La reforma económica ha transferido las ex empresas públicas a grandes compañías multinacionales las que por otra parte han realizado fuerte adquisiciones en el propio sector privado. Esto ha tenido una doble implicancia, en primer lugar ha delimitado la esfera de intervención de lo público acotando los posibles cambios de política a cuestiones de matices dentro de las reglas de juego hoy imperantes en el país. En segundo lugar señala que al capital local, solo le cabe una estrategia de desarrollo asociado con el gran capital transnacionalizado si quiere mantener algún rol en la acumulación de capital futura.

En esta etapa, el sector salud se empieza a constituir en una línea adicional de valorización indiferenciada del capital que opera mediante grandes conglomerados o bloques de capital multipropósito. Veamos ejemplos En el caso de los seguros privados prepagos el Excel group (que responde a capitales de Rockefeller y Getti) ha comprado Galeno, Life, El Sanatorio Trinidad, el total de las acciones del Sanatorio Jockey Club, la prepaga Tim y tiene perspectivas de adquirir el prepago Salud, el Sanatorio Lomas de San Isidro así como el Sanatorio Anchorena que incluirá además su medicina Omega. El mercado de las prepagas de unos 2,3 millones de personas, tiene ahora un protagonista que domina el 5 % del total y ha manifestado intenciones de invertir unos 50 millones de dólares adicionales en la medida que no se imponga el impuesto al valor agregado (IVA) a la actividad.

Lo interesante sin embargo, no es tanto el hecho de que la concentración del negocio ha entrado en una fase de rápida aceleración e internacionalización, sino mas bien la cuestión de que la financiación y prestación de servicios restauradores de la salud emergen en una red donde el grupo empresario se dedica a producir desde alimentos (Pizza Hut) detergentes (Ciabasa), Electricidad, (Edesal), Papel Tissue y tarjetas de crédito (Argencard). Todo indica que el accionar de este bloque de capital, subsidia con otras actividades las líneas estratégicas que quiere consolidar. Así cuando Esminsa (el área de medicina laboral del Excel) se presenta a concurso de precios para prestar el servicio en alguna empresa, muchas medicinas prepagas se retiran porque no pueden competir con los valores que fija este consorcio de inversores. (ámbito financiero 1/03/96).

En el sector de hemodiálisis, la simple presencia de una compañía transnacional ha provocado el proyecto de aglutinación por parte de los prestadores nacionales para reducir costos en los insumos. Luego de la celebración de un convenio cerrado y excluyente entre esa firma y una obra social importante, hubo una guerra de solicitudes que culminó con la apertura del mercado nuevamente a los pequeños y medios oferentes de servicios aunque a menores precios. Un movimiento de una sola firma cambió la estructura del mercado e instaló la competencia oligopólica.

En realidad, "Beneficios Médicos Internacionales SA, (BMI Argentina) es un nuevo proyecto en la administración de programas de salud que convoca a tres empresas. Por un lado BMI risk management inc, integrante del grupo BMI companies, con experiencia en el

campo de seguros de salud y vida, e integrado asimismo por empresas de provisión y gerenciamiento de la atención médica. Por otro lado, Miami Medical Center USA inc, una red de prestadores de salud con sede en Miami, y una cobertura mundial con cuatro mil clínicas y sanatorios y alrededor de trescientos mil profesionales médicos adheridos a su global network. A estas empresas se suma Racing Team consultora de origen nacional que a través de su red de comercialización en el país está desarrollando el proyecto. Los asociados de BMI Argentina, dentro del servicio básico disponen de cobertura médica para los trasplantes de órganos y de una cobertura para tratamientos de hemodiálisis crónica. Las internaciones, aún las de terapia intensiva, no tienen límite anual. Este sistema provee también un servicio de segunda opinión médica de los EEUU, además de poder acceder cada dos años gratuitamente, a un examen médico completo de salud en centros especializados de ese país. Para la alta complejidad médica, están disponibles por ejemplo el Cedars Medical center, el Jackson Memorial hospital, el M.D. Anderson o el Texas Children's Hospital. (Ámbito Financiero 21/02/1996).

En relación a la presencia de empresas extranjeras, las estrategias varían desde la transferencia de la marca hasta los acuerdos de mercado. Basta mencionar la instalación de Silver Cross América inc y el convenio celebrado entre el grupo asegurador Omega y la Empresa de Salud Americana Blue Cross-Blue Shield. (ámbito Financiero 18/10/1995) En el caso de Blue Cross, la firma comenzará a operar en el campo de la medicina prepaga a partir de técnicas aseguradoras. Cuenta en Estados Unidos con millones de beneficiarios y ofrecerá su red mundial a los asociados locales con coberturas variadas que incluyen tratamientos de sida e intervenciones de alta complejidad. Silver Cross es otra marca que se ha instalado en el país cediendo su representación a una administradora de prestaciones con sede en la ciudad de Córdoba. En el área Farmacéutica, la concentración y centralización tampoco está ausente. Bayer, Boehringer Ingelheim, Casaco, Ciba y Gador se han unido en farmanet o sea una red para la distribución Farmacéutica. (Ámbito Financiero, 4/03/1996). Esta alianza estratégica se realiza a los fines de obtener ventajas de escala y señala el país de redes que surge.

Los planes de asistencia internacional al viajero también son un ejemplo de la transnacionalización de la atención de la salud. Medical International Card, provee asistencia al viajero, desde problemas médico quirúrgicos, odontológicos, traslados sanitario, suministros de medicamentos, hasta asistencia jurídica, pérdida de equipaje y otros veintidós servicios (Ámbito Financiero 1/03/1996) Junto a los casos anteriormente mencionados, sugieren que el proceso de transnacionalización y la presencia de empresas con fuertes ventajas derivadas de las economías de escala impondrá a las competidoras locales un esfuerzo cualitativamente diferente a lo conocido en el pasado reciente. Este panorama parece confirmarse con la noticia reciente de que Brasil, ha desregulado la entrada de compañías de seguros de salud internacionales. Vía el Mercosur, es probable que pronto el impacto se haga sentir en Argentina.

Finalmente el mercado de las aseguradoras de riesgo del trabajo tendrá un fuerte impacto sobre el perfil morfológico del sector. La ley exige redes provinciales y la accidentología es una especialidad crítica que requiere no sólo una efectiva organización para traslados de urgencia, sino también un sistema de derivaciones entre policlínicos de especialidades. En la actualidad hay instalada en el país capacidad a estrenar para dar cuenta de la nueva demanda. Alguna Administradora de prestaciones ha celebrado incluso convenios con las organizaciones profesionales aéreas para ofrecer ese tipo de traslado. Por ahora todo se mueve en un marco destinado a potenciar el marketing. Sin embargo experiencias comparadas sugieren que las administradoras de riesgos del trabajo, podrán en el futuro una vez que hayan montado sus mecanismos de referencia y contrareferencia convertirse en administradoras de riesgo de salud. Lo que es claro, sin embargo es que en el futuro inmediato se habrán de constituir lazos entre prestadores y aseguradores de distintas regiones del país, con lo cual se está generando un nuevo embrión de la oferta futura del sistema.

En esta nueva etapa de concentración transnacionalizadora, el sector salud presenta rasgos bien marcados como señala en documento inédito el Dr Alberto Riobó y se ha sugerido a lo largo de este trabajo. Entre ellos sobresalen los siguientes **el ingreso de capitales extrasectoriales al mercado de salud, la concentración de capitales en el modelo prestador, el aumento de las inversiones en bienes de capital, el deterioro del sistema de atención médica de la seguridad social, los desequilibrios de los seguros públicos y semipúblicos, el crecimiento de los sistemas de medicina prepaga y administradoras de riesgo, la implantación de sistemas cerrados de atención médica, los cambios en las modalidades de contratación y pago, los contratos de riesgo y tablas arancelarias globalizadas y simplificadas, la disminución cualicuantitativa del aparato prestacional estatal, la pérdida de poder de las corporaciones sectoriales, el establecimiento de un cordón urbano prestacional en las grandes ciudades, la aparición de redes y el aumento de las diferencias institucionales de cobertura.**

Es sobre ese marco de cambios observados en la estructura y el funcionamiento del sector salud que el Gobierno nacional ha implementado una serie de normas tendientes a generar modificaciones políticas en el mismo. Esas medidas han abarcado centralmente el decreto de desregulación 2284/91, la creación del sistema único de seguridad social junto a la contribución unificada de los aportes, el decreto 578/93 del hospital de autogestión, la derogación de nomencladores nacionales, la doctrina de la libertad de elección de obras sociales, el traspaso de las funciones de recaudación de aportes y contribuciones a la DGI, los proyectos de regulación de la medicina prepaga, la reducción de aportes patronales, la automaticidad parcial de los subsidios del fondo solidario de redistribución, la libertad de los jubilados para elegir su obra social, la ley de accidentes de trabajo y recientemente la sanción de un programa médico obligatorio para las obras sociales semipúblicas.

Los resultados han sido diversos. Aumentó el nivel y la transparencia de la recaudación en las obras sociales, el hospital público que factura mediante la autogestión no consigue dejar la dependencia presupuestaria, en general el sistema no consiguió evitar la decrepitud de lo público. Las entidades de medicina prepaga continúan sin regulación, hubo mejora en la distribución de subsidios pero en un contexto de solidaridad grupal cerrada sin ejercicio efectivo de la libertad de optar por el seguro, se ha mantenido la concentración de los recursos en unas pocas obras sociales. El sistema de Jubilados ha chocado contra la resistencia de PAMI, y es prematuro evaluar tanto la ley de accidentes de trabajo como la posible aplicación del Programa médico obligatorio. Veamos esos temas.

6.- POLÍTICA Y DECRETOS RECIENTES EN SALUD

La influencia macroeconómica se hace sentir en el sector tanto desde el lado de la demanda de servicios a través del comportamiento del financiamiento de la seguridad social, como desde el lado de la oferta a través de la restricción presupuestaria que aqueja al subsector público prestador y la expansión privada de la inversión en servicios de alta complejidad que se da con la apertura económica.

En relación a lo primero en octubre de 1991 el gobierno dictó el Decreto 2284-91 de desregulación que tuvo importantes implicancias para el financiamiento de las obras sociales. Con la creación de la Contribución Única a la Seguridad Social (CUSS) se instauró un cambio importante en el circuito de recaudación que ha aportado una relativa transparencia al sistema potenciando además el crecimiento ininterrumpido de la recaudación hasta fines de 1994. En otras palabras, junto al efecto del crecimiento de la actividad económica y la recaudación hubo un importante **impacto sobre la evasión generada por la unificación de los aportes en la boleta única de depósito**. Desde marzo de ese año sin embargo, con la aplicación del decreto de reducción de aportes patronales, el flujo recaudatorio tuvo un cambio importante situándose la tendencia en una banda oscilante alrededor de tasas de crecimiento positivo y negativos de un dígito.

Desde el lado de la oferta, **el equipamiento de alta complejidad ha respondido a las señales macroeconómicas derivadas del poder de paridad de la divisa generada por el tipo de cambio fijo con inflación inercial superior a la internacional durante los primeros años de la convertibilidad como así también a la política de apertura comercial**. Si al dólar barato, en el marco de la economía abierta se le agrega el debilitamiento paulatino del Estado sobre el funcionamiento de los mercados en salud, con sus características imperfecciones derivadas de la información asimétrica, se tiene un cuadro de incentivos que ha disparado el crecimiento de la inversión en una proporción que supera aproximadamente en diez veces el nivel de la década anterior.

En Argentina para decirlo breve, ha ocurrido un proceso de rápido reequipamiento de bienes importados en el cual el sector salud ha respondido con fuerza inusitada. Esto implica el dislocamiento de la frontera tecnológica sectorial, la aparición de una nueva estructura de capital que habrá de influir sobre el perfil productivo sectorial futuro, y cronogramas de amortización que se insertan en un momento en que el incremento del financiamiento parece estar alcanzando su límite de crecimiento. Esto conlleva a pensar que habrá un aumento en el gasto privado de bolsillo creándose diferencias sociales en el acceso. Confirma asimismo que el sector no tiene barreras a la entrada de carácter financiero, lo cual se suma a una política de educación médica de ingreso irrestricto y de una debilidad regulatoria que ha permitido la permanencia de establecimientos de internación en condiciones de baja calidad.

Desde la óptica del subsector público estos cambios en la principal fuente de financiamiento de la demanda y en la capacidad potencial productiva de la oferta de servicios de salud no serán neutrales. A decir verdad sugiere que el **Hospital Público de Autogestión (ver más adelante) encontrará límites a la posibilidad de facturar a las**

obras sociales para su mantenimiento puesto que el subsector privado sobre-expandido competirá con aquéllos por los recursos estancados de la seguridad social. Como a su vez el subsector público se encuentra en muchos casos sistémicamente integrado al subsector privado a través de la práctica asincrónica del rol profesional (se es funcionario público sin bloqueo de título a la mañana y empresario o productor mercantil independiente de servicios a la tarde), resulta probable que el subsector público vea disminuir la alternativa de obtener financiamiento en forma competitiva desde el régimen de autogestión. Desde la óptica de las Provincias, la situación no es menos complicada. Los problemas de financiamiento del subsector público se han agudizado.

En relación a los recursos de las obras sociales, la competencia por los recursos se da en los grandes centros capitalinos. En algunos casos el financiamiento proveniente del PAMI llega a representar más del 40 % de la facturación de los profesionales médicos. Si a ello se le agrega la política discrecional y altamente concentrada en pocas obras sociales en la entrega de los subsidios desde la ANSSal (hasta el Decreto 292-95) que orillaban unos 1.000 dólares cada 30 segundos, todo plantea **un cuadro de escasa autonomía para pensar en forma independiente el comportamiento regional del sector salud.** De esa forma, en aquellos casos donde se ha emprendido una política de intervención pública a través de la ampliación de la capacidad hospitalaria instalada, (como en la Provincia de Córdoba con el nuevo Hospital de niños del sur, en un contexto en que la infraestructura pública muestra un proceso de deterioro y problemas de organización) pensando en el financiamiento que traería la política de autogestión descentralizada, se corre el riesgo de entrar en una fase de decaimiento acelerado por falta de recursos potenciales para hacer frente a los costos recurrentes. En esas circunstancias, se impone el fortalecimiento institucional de la gestión pública, respondiendo en forma rigurosa cuestiones relativas a la integración de la nueva capacidad instalada con el sistema preexistente, la explicitación de las sinergías operativas que se esperan obtener y que justifiquen la ampliación de la capacidad instalada y los probables flujos de fondos derivados de la nueva operatoria.

6.1.- La Política de Salud

Antes de abordar las medidas específicas del sector salud, es preciso hacer referencia al Decreto 2284-91 de desregulación que si bien fue una norma amplia tuvo importantes efectos sobre el sector mismo. En primer lugar porque pese a que los considerandos hablan de la necesidad de eliminar mediante una norma única y de aplicación simultánea las regulaciones que impiden una fluida circulación de bienes y servicios, lo que resultó evidente fue que solamente se tocaron algunas regulaciones dejando otras intactas con lo cual el balance último en salud fue alterar la correlación de fuerzas a favor de algunos actores y en contra de otros. En otras palabras, cuando en una economía existe más de una distorsión, la eliminación de algunas de ellas no es seguro que mejore el bienestar de la comunidad. Ello sin embargo sí ocurriría si se procede a la eliminación de todas las distorsiones.

En ese sentido, los artículos 8 y 9 si bien eliminaron los bloqueos a la convención particular de honorarios nada dijo en relación a las obras sociales. Esto implica que en el caso de las entidades médicas y de otros profesionales la negociación debe hacerse en forma individual o grupal con las cúpulas sindicales. Lo que en realidad ocurrió entonces, es que se creó una estructura de incentivos para fomentar convenios entre las obras sociales y algunos profesionales (especialmente aquellos que cuentan con capacidad de internación) en deterioro de la libre elección del prestador por parte de los afiliados que continuaron en su condición de aportantes cautivos a las obras sociales.

Desde esta óptica, el decreto puede ser visto como una nueva ratificación del sistema de demanda cautiva o cerrada. Como el usuario no tiene libertad para cambiar de

obra social, la medida se olvidó del consumidor al cual pretendía proteger. Al interior del grupo médico por otro lado, los propietarios de sanatorios y clínicas quedaron en una situación privilegiada en relación a quienes solo cuentan con su fuerza de trabajo, lo que eventualmente condujo a la aparición de unidades transitorias de empresas y a la fractura de algunas entidades intermedias profesionales. El primer problema del decreto entonces, es que no elimina todas las regulaciones. **La no exclusión de la afiliación obligatoria a las obras sociales significa que se desreguló a las entidades profesionales, se dejó intacto el poder sindical y se olvidó del usuario.**

Un segundo efecto del decreto, fue el aumento del riesgo de sobre-medicalización de la vida diaria en un país adicto a los psicotrópicos y fármacos de toda especie mediante la tentativa de bajar los márgenes de comercialización de las farmacias. En efecto, mientras países liberales y conservadores como Dinamarca limitan el número de medicamentos que ingresan al país, en Argentina el objetivo ha sido ampliar la oferta en el mercado local. Se confunde así drogas con otros bienes de consumo y bienestar con automedicación.

Mas allá de este decreto ómnibus que tocó tangencialmente algunas cuestiones del sector salud, las políticas sustantivas del sector están plasmadas en el Decreto 1269-92 que establece como objetivos un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficiencia, eficacia y calidad. Asimismo se enfatiza la integración del área estatal de salud con los demás subsectores y la mejora en el acceso a los servicios mediante la optimización del uso de los recursos, teniendo como ejes la descentralización y la conformación de redes locales de complejidad creciente. En ese sentido, se enfatiza el fortalecimiento del proceso de Federalización y Descentralización, coordinando acciones con los Estados Provinciales y la Municipalidad de Buenos Aires.

Esta necesidad de integración pareciera que tiene como supuesto la falsa premisa de que existe una falta de vertebración entre el financiamiento (seguros), el sector publico y privado y entre estos dos últimos entre sí. En realidad el sector salud tiene una lógica de organización que responde a una integración dada por una división del trabajo implícita que deja al sector público los aspectos no rentables de la atención y el rol de reaseguro para canalizar los enfermos de sida que los prepagos se niegan a atender, para canalizar los asegurados cuando los seguros se desfinancian y es preciso rellenar sus arcas mediante la compulsión del aporte obligatorio sin contrapartida de atención, y en definitiva el rol de generar subsidios implícitos de todo tipo al segmento de la medicina comercial.

6.2.- Decreto 9-93

El Decreto 9-93 introdujo modificaciones referidas tanto a las obras sociales como a la relación entre los prestadores. En relación a las primeras se fija dentro de ciertos límites el criterio de libre elección por parte de los afiliados de las obras sociales, se establece que las obras sociales deben exigir criterios de categorización y acreditación al contratar con los prestadores y a los fines de eliminar el subsidio implícito de los hospitales a las obras sociales se determina la obligatoriedad del pago por parte de estas ultimas al prestador público. Finalmente se establece que el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación determinará el conjunto de prestaciones básicas que las obras sociales deberán brindar obligatoriamente sobre la base de la priorización de acciones costo efectivas. Es de hacer notar aquí que el tema de la prestación básica vuelve a ser editada en el decreto 492 de Setiembre del 95 donde se amplía el ámbito de participación en el diseño a la Confederación General del trabajo y a la Administración Nacional del Seguro de Salud. Finalmente la Resolución General 247 del Ministerio de Salud y Acción Social del 17 de Mayo de 1996 reglamenta la cuestión.(ver adelante)

En relación a los prestadores el decreto establece la autorización para la contratación directa, no regulada por nomenclador de aranceles o tarifas prefijadas lo cual permite introducir la competencia en precios entre los propios prestadores. Esta norma

viene a complementar el Decreto de Desregulación de 1991, que como se dijo introdujo una importante modificación al eliminar la participación de las entidades intermedias en la contratación de los convenios.

6.3.- Decreto 578-93. Hospital de Autogestión

El Decreto 578-93 plantea un nuevo marco de funcionamiento para los hospitales públicos estableciendo la obligatoriedad del pago de sus servicios en el caso de todas aquellas personas que tengan cobertura de obras sociales, mutuales, prepagos, seguros con capacidad de pago. Se establece asimismo la descentralización de los Hospitales y la integración de redes de servicios. A los fines de mejorar la administración interna se autoriza la utilización de los recursos percibidos por la venta de servicios para recrear una estructura de incentivos que permita el reconocimiento de la productividad y la eficiencia del personal.

Si bien el decreto prevee que los Hospitales sigan recibiendo los aportes presupuestarios, sugiere ir reemplazando el financiamiento a la oferta por un subsidio de demanda, dejando abierta de ese modo la posibilidad de la creación de seguros públicos de salud.

El proyecto del hospital de autogestión ha sido observado críticamente. Se hace notar que enfatiza el lado de los ingresos descuidando la lógica del gasto modelada en gran medida por una lógica de sistemas donde el sector privado busca sinergías operativas en el sector público. La interacción público privado se da en la asincronía del rol de funcionarios públicos que trabajan sin bloqueo de título a la mañana y como prestadores privados o empresarios de salud a la tarde.

Desde esa perspectiva, no es posible interpretar el funcionamiento hospitalario en un esquema de equilibrio micro-institucional con problemas de incongruencia de metas o de capacidad gerencial, sino que es preciso repensarlo a la luz de la forma de operar del propio sector privado. Así, cuando la forma de pago predominante es por acto médico, el hospital público permite la transferencia de pacientes con cobertura de seguro, la utilización de insumos y equipos en forma privada, y el mismo se convierte en una desorganización organizada. Es un ámbito donde predomina la cultura oral, donde el horario posible es el que deja libre la actividad privada, y donde el pago por tiempo trabajado y no por paciente atendido termina por generar una cultura de cumplimiento parcial.

Cuando la forma de ingreso en el subsector privado se determina por cápita, entonces el hospital público pasa a ser un medio para la reducción de costos. Se demanda la organización de la institución, más turnos de cirugía, guardia permanente de enfermería y la expansión del rol del residente. De esta manera la forma de obtener una sinergia operativa pasa del incremento de los ingresos a la transferencia de los costos desde subsector privado al público.

Adicionalmente a la lógica sistémica planteada, parece difícil hacer competir al hospital con el subsector privado por la facturación a las obras sociales, cuando los hospitales tienen prácticas administrativas centralizadas, relaciones laborales rígidas, ausencia de incentivos adecuados, déficit de información, y un régimen jurídico que vuelve inoperante a la organización por su sistema de gestión adaptada a un esquema presupuestario que se utiliza para inducir ajustes de carácter fiscal.

En última instancia, la experiencia indica que el comportamiento de los hospitales no ha sido homogéneo. Hay algunos casos donde se ha conseguido mejorar el flujo informativo mediante la articulación con los padrones de la Dirección General Impositiva. En otros, la facturación ha permitido una contribución a los ingresos. En la mayoría de los casos sin embargo, la realidad del hospital de autogestión no parece haber ido más allá de una retórica todavía difícil de concretar. Este resultado no debe asombrar. En los

programas Europeos de competencia pública (Saltman Richard y otro 1994) la idea de transformar entidades asistenciales en empresas públicas, de permitir la elección libre de prestadores públicos y de trabajar con presupuestos flexibles para premiar aquellos establecimientos públicos que operan eficientemente y desfinanciar (y eventualmente cerrar) los inoperantes, han requerido mucho mas tiempo que el originalmente pensado y una tecnología de gestión inexistente en Argentina.

El sólo hecho de querer convertir un establecimiento asistencial en una empresa pública (Hospital de autogestión) requiere pautas de integración vertical y horizontal con distintos niveles de atención que no han sido dadas por la autoridad Ministerial. Asimismo como la mayoría de los Hospitales son Provinciales y los centros primarios tienden a ser Municipales, los problemas de integración política en Argentina han sido demasiado importante como para minimizarlos. Finalmente, para una tradición que descaracterizó el presupuesto hospitalario y en el caso de muchas Jurisdicciones se los transformó escasamente en recipientes de "cajas chicas" con envíos de partidas de refuerzo en forma irregular, pensar en un sistema de presupuestación flexible con transferencia de partidas entre establecimientos suena irreal. Además nada se ha hecho desde el Gobierno para avanzar en ese sentido. Si a ello se le suman los argumentos avanzados en otras secciones de este trabajo sobre concentración de camas, tamaño relativo de los Hospitales, la división del trabajo entre el sector público y privado en relación a la especialización (ambulatoria para el sector privado y de internación para el sector público) entonces la política de autogestión aparece como una meta estratégica sin tácticas apropiadas y debería ser urgentemente repensada.

Lo que el sector público parece necesitar no es tanto introducirles la lógica comercial a su interior que hace que hoy ciertos establecimientos se ocupen de atender pacientes con obra social ajustando por cola y tiempo de espera para el no asegurado sino precisamente lo contrario. El sector público está privatizado de hecho. Hay una captura prestacional que debería ser neutralizada por una política que estatice lo público y haga estrictamente privado al sector privado. Solamente es posible pensar en mayor eficiencia, en la medida que las reglas de juego que subyacen la administración gerencial no respondan al establecimiento de mecanismos sinérgicos que favorecen al sector privado. Parece una inconsecuencia que la autogestión deba servir para que los prestadores privados bajen costos fijos atendiendo con lógica comercial dentro de los establecimientos públicos mientras la gente que mas precisa atención empieza a ser dislocada en su atención por la falta de seguro.

El sector público debe ser redimensionado. Ajustarse a la restricción presupuestaria, cerrar áreas que no tienen razón de ser, explicitar los subsidios que merece y en definitiva actuar con una lógica que no es la comercial. Una vez que se haya evitado la desorganización organizada que lo caracteriza, entonces se debe gestionar en forma eficiente. Pensar que sus problemas actuales son apenas una cuestión de gerencia es una simplificación excesiva. Una vez que el sector público sea reestatizado nuevamente entonces se podrá organizar como corresponde.

Finalmente es de hacer notar que pese a la Resolución 432-92 que promueve y garantiza la calidad de la atención médica, estableciendo normas para la habilitación y categorización de establecimientos así como la evaluación de la calidad de la atención médica, la situación en el subsector privado parece ser de un generalizado descontrol, con lo cual las reglas para la competencia público privado, no encuentran un entorno regulatorio apropiado ni eficaz.

6.4.- Decretos que afectan el Financiamiento de las Obras Sociales

a) *Decreto 2609*

Mas allá de las razones específicamente sectoriales que motivaron los decretos mencionados anteriormente, hubo una serie de medidas tomadas por razones macroeconómicas que afectaron la recaudación de las obras sociales. Así, a partir de marzo de 1994, comenzó a regir el decreto 2609 que implementó en una serie de actividades económicas la reducción de aportes patronales a los fines de bajar el costo de la oferta de bienes mediante la reducción de los impuestos al salario. Esta reducción variaba no sólo por actividad económica sino también por zona geográfica.

El impacto sobre la recaudación de las obras sociales no fue homogéneo. Al comparar la recaudación mensual de cada obra social en relación a la recaudación realizada el mismo mes del año anterior se observó que existieron cuatro tipos de comportamientos en los flujos monetarios: hubo obras sociales afectadas por el decreto que tuvieron aumento en la recaudación pese a la reducción en la tasa de imposición, como otras en las cuales hubo una caída en sus ingresos. Por el otro lado, hubo obras sociales excluidas del decreto donde la recaudación también verificó un comportamiento diferenciado. En algunos casos la recaudación tuvo incrementos y en otros casos una disminución de los recursos pese a no estar alcanzadas por la norma del Poder Ejecutivo.

La aparición del comportamiento descrito sugiere que la recaudación de las obras sociales está afectada por otras cuestiones como el posicionamiento relativo de los diferentes sectores de actividad económica que responde a la reconversión de la economía además de la simple reducción de las alícuotas de los aportes. En todo caso la característica más notable de la aplicación del decreto parece haber sido acelerar la disminución de la tasa de crecimiento de la recaudación y mantenerla oscilante entre valores de crecimiento positivos y negativos con alternancia en el tiempo.

b) *Decreto 372-95*

Ocurrida la crisis financiera internacional que se desencadena por la devaluación mexicana, el país procedió a renegociar las metas fiscales con el Fondo Monetario Internacional incrementando las metas pactadas de superávit fiscal a obtener durante 1995. Parte de la instrumentación de este paquete de medidas fue el Decreto 372-95 que redujo el beneficio otorgado a los empleadores por el Decreto 2609-93.

De esa forma la nueva norma intentó aumentar la recaudación mediante la modificación de las alícuotas establecidas en el Decreto 2609 y para ello se procedió a disminuir el grado de reducción de aportes en un 30 % sobre los valores establecidos en el decreto 2609, mientras que al mismo tiempo se extendió el beneficio a la totalidad de las actividades económicas. En otras palabras, se redujo el beneficio alterando la tasa de imposición pero se universalizó la base sobre la cual debería recaer la reducción de los aportes.

c) Decreto 292 (Distribución Automática de Subsidios, Eliminación de Múltiples Coberturas y Libre Elección para Afiliados en PAMI)

El tercer cambio en los aportes patronales ocurrió en el mes de agosto de 1995 con el Decreto 292 por el cual se procedió a una nueva alteración en las alícuotas de la reducción de aportes, en forma gradual y conforme a un cronograma preestablecido. De esta forma, la reducción de aportes se extendió a todas las actividades económicas salvo el subsector público a las tasas establecidas originalmente en el decreto 2609.

Este decreto, tuvo además, implicancias múltiples para el sector salud pues introdujo cambios importantes para el subsector de las obras sociales, el fondo de redistribución automática y el INSSJyP conocido por su programa de asistencia médica integral (PAMI).

En ese sentido, luego de la reducción de aportes, el capítulo segundo del decreto, estableció un mecanismo automático de asignación de los subsidios que hasta su entrada en vigencia se distribuían desde la ANSSal. Se establecía allí una cotización mínima de 30 pesos por grupo familiar. En todos los casos en que el aporte del titular fuera inferior a esa suma, el fondo solidario, completaría los recursos hasta llegar a la cotización mencionada. Esta disposición entonces, significó la resignación de los recursos del fondo solidario en base a los aportes de los individuos ajustados por ingreso y puso fin a la práctica discrecional del pasado de entregar los subsidios a las obras sociales en base a su capacidad de posicionarse sobre la ANSSal como fue discutido en paginas anteriores.

Como el subsidio corresponde al aporte de cada titular, y no tiene que ver con el promedio de la cápita correspondiente a cada obra social, quedó montado un mecanismo por el cual ninguna persona aportará menos de la suma establecida. Por lo tanto, el promedio de la cotización para aquellas obras sociales que tengan titulares con derecho a subsidios sube. Asimismo, la idea fue que si el titular decidía cambiar de obra social, contaría con el piso mínimo para obtener el programa médico obligatorio que se encontraba en esa fase en proceso de diseño.

El otro aspecto importante del cambio sobre el fondo solidario de distribución es la integración al mismo de todos los recursos provenientes de aportes especiales y de otra naturaleza como los fondos al tabaco y las comisiones bancarias. A la ANSSal le corresponde en el futuro, solamente percibir los fondos para sus gastos de administración y los recursos para el fondo de alta complejidad. Como resultado de estos cambios, en el presupuesto de 1996, ANSSal no tiene registrado dentro de sus partidas el fondo solidario de redistribución, con lo cual, incluso las prestaciones para SIDA, deberían ser pagadas por el fondo de alta complejidad.

El capítulo tercero del decreto 292-95, vuelve también sobre un tema tratado en el decreto 576-93 reglamentario de la ley de obras sociales y que se refiere a la eliminación de múltiples coberturas y unificación de aportes para obras sociales. El 292, en caso del silencio del titular, establece la presunción de que los aportes deben unificarse en la obra social que obtiene la suma mayor. Se dispone además la unificación de aportes en un sólo agente del seguro en los casos de beneficiarios con situación de pluriempleo.

El capítulo cuarto del decreto 292-95, incorporó modificaciones para los beneficiarios de PAMI. Establece libertad de elección del seguro de salud para los jubilados la que puede ser ejercida una vez por año. Adicionalmente, se crea un registro especial para los agentes del seguro que quieran recibir beneficiarios pasivos por el sistema de libre elección, estableciendo asimismo la obligatoriedad para esos agentes inscriptos de recibir los beneficiarios que opten por ellos.

La segunda modificación importante que introduce este capítulo del decreto es que discrimina por primera vez las cápitales para individuos de distintos niveles de riesgo, los cuales se definen por la franja etaria en que se encuentra el beneficiario. Así para las personas de más de 60 años, la cápita se establece en 36 pesos, para los que estén entre 40 y 60 años la cápita será de 19 pesos y para menores de 40 la asignación por

beneficiario (no por titular) será de 12 pesos. Todos estos valores se establecen en forma transitoria puesto que se pueden modificar por resolución de los Ministerios de Economía y de Salud.

Desde la perspectiva de la Justicia Distributiva, y teniendo en cuenta que la cápita vigente en casi todos los convenios de PAMI al momento de salir el Decreto era en promedio escasamente superior a los 21 pesos libre de retenciones, el Decreto 292 significa un importante incremento de recursos para la atención de los mayores de 60 años y una situación similar a la anterior para los mayores de 40. En el caso de los menores de esa edad, la nueva cápita ha venido a reconocer que para ser equitativo hay tratar en forma desigual lo que no es homogéneo. Dado que los menores de 40 años (salvo situaciones de discapacidad específica) se encuentran en una situación de menor riesgo que los mayores de 60, el decreto sienta un importante precedente rumbo a un nuevo sistema de salud que concentre sus recursos en los individuos, ajuste los recursos por riesgo y junto a las modificaciones en el funcionamiento del fondo de distribución solidario transfiera los subsidios en base a individuos y su situación de pobreza relativa, tal como se manifiesta en el nivel de su aporte.

Las transformaciones introducidas sin embargo no terminan allí. El decreto establece también en su artículo 13 que las cápitras mencionadas anteriormente serán transferidas directamente a los agentes del seguro elegido por los jubilados por la Administración Nacional de la Seguridad Social. Esto implica que los recursos deberán estar disponibles para el pago a los prestadores con mayor celeridad que en el pasado, dado que desde el momento en que se realizan los aportes hasta que los mismos están disponibles para su transferencia por la Administración Nacional de la Seguridad Social pasan entre cuatro y cinco días, mientras que los pagos de PAMI a los prestadores han mantenido corrientemente demoras que oscilan en dos y tres meses. El nuevo sistema entonces, en la medida que haya una integración vertical entre prestadores y las obras sociales que se inscriban en el registro para intentar atraer jubilados, evitará la pérdida del valor tiempo del dinero, y por consiguiente elevará el valor real de los recursos pagos a los servicios de atención por las prestaciones brindadas a los jubilados.

Este mecanismo, fue reglamentado por resolución conjunta número 151 del Ministerio de Salud y Acción Social y la 364 del Ministerio de Trabajo y seguridad social del 26 de octubre de 1995. En ella se establece en su artículo tercero que los titulares de beneficios previsionales otorgados por las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (A.F.J.P.) podrán ejercer la opción del artículo 11 del Decreto 292-95 en iguales condiciones y con iguales formalidades que los beneficiarios del régimen previsional público. En su artículo quinto se explicita que la Administración Nacional de la Seguridad Social liquidará directamente las cápitras a los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud a partir del 1 de enero de 1996.

Finalmente el Decreto 292-95 intenta recharacterizar a PAMI, como un seguro de salud, pasando a la secretaría de Turismo los servicios de turismo y recreación, y a la Secretaría de Desarrollo Social las pensiones no contributivas. Esta última Jurisdicción deberá proveer según la norma, la cobertura médica de los beneficiarios de referencia a través de licitaciones públicas.

La primera tentativa de evaluación de los efectos de este decreto, ha sido discutido anteriormente en lo referido a los subsidios automáticos. En relación a la unificación de aportes, se emitió desde la DGI una disposición para posibilitar que aquellos trabajadores que lo desearan, unifiquen sus aportes a través de su empleador. En cuanto a la unificación de oficio ordenada por el Decreto para los trabajadores que no lo hicieran voluntariamente, se está trabajando en el mejoramiento del padrón del sistema de Obras Sociales en el ámbito de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). Dado que actualmente DGI cuenta con el padrón de activos, a partir de éste la dirección impositiva recibirá a través de los empleadores por única vez una declaración jurada de los trabajadores explicitando sus familiares. Luego la ANSES tomará este padrón estático y

administrará los mecanismos necesarios para su constante actualización. Dado que este padrón identificará a los familiares de cada trabajador y a las Obras Sociales a la que pertenecen, ANSES podrá unificar los aportes y las coberturas de grupos familiares y notificar a los trabajadores que hayan sido objeto de unificación.

En relación a la libertad de elección para jubilados, se dictó la resolución conjunta N 364 del Ministerio de Trabajo y seguridad Social y N 151 del Ministerio de Salud y Acción Social para la delimitación de responsabilidades de PAMI, ANSSal y ANSES en el traspaso de las cápitas que ANSES hará en nombre de PAMI, a las obras sociales que brinden cobertura a jubilados. Para efectivizar el pago de cápitas, ANSES debe hacerlo contra beneficiarios que PAMI tenga registrados. En ese sentido, el reconocimiento de los jubilados de las Obras Sociales tiene dos instancias. La primera, se refiere a la identificación de aquellos jubilados que estaban recibiendo cobertura en las Obras Sociales antes de la sanción del decreto 292/95 (Obra social de origen) y la segunda es el reconocimiento de los Jubilados que deseen cambiarse de PAMI a cualquier otra obra social.

El sistema ha mostrado debilidades técnicas que han afectado la ejecución del Decreto. PAMI, tiene información que no coincide con la información que presentan las obras sociales sobre los jubilados de origen a la que brindan cobertura. Hay quienes sugieren que en parte esto se debe a la voluntad política de PAMI de “pisar” el padrón para evitar que ANSES transfiera directamente las cápitas y le reste así protagonismo y volumen de manejo financiero a PAMI.

Ante la aparente disidencia en los padrones ANSES reconoce sólo las cápitas de aquellos beneficiarios que PAMI reconoce ya que el dinero de las cápitas legalmente corresponde a PAMI, con lo cual se ha dislocado el poder de veto sobre la transferencia de los aportes a la propia institución que debería dejar de manejarlos. Para el caso de los Jubilados que desean cambiarse de PAMI ya no a su obra social de origen sino a otra del sistema, el resultado ha sido regular. Unas veinte obras sociales se inscribieron en el listado especial creado al efecto (OSECAC, Ferroviarios, personal Marítimo, Vidrios y Afines, Personal Gráfico, Personal Telefónico, IOS Economía, Cortadores de la Indumentaria, Personal del Jockey Club de Rosario, Bancarios, Conductores Navales, Luis Pasteur, ISSPICA, Seguros, Personal de Encotel etc).

A marzo del 96 el resultado era que aproximadamente unos 236 000 Jubilados habían ejercido el derecho a atenderse en alguna obra social siendo reconocidos según la lista de PAMI. Esto implica algo así como el 6 % del padrón total. La experiencia sugiere adicionalmente, que cualquier reforma que tenga implicancias políticas, sea por la redistribución del manejo de recursos financieros, o porque provoca la pérdida de importancia relativa de alguna institución, debe tener el sustento técnico de información adecuado para evitar el bloqueo de la reforma en sí.

IMPACTO DEL DECRETO 292/95

OBRA SOCIAL	JUBILADOS	JUBILADOS	IMPORTE
	S/ O.S.	S/ PAMI	
MARZO/96			
PERSONAL DEL GRÁFICO	3.718	2.788	88.866
FED.ARG.TRABAJADORES LUZ Y FUERZA	22.775	13.001	396.331
TRAB.EMP.ELECTRICIDAD	39.384	31.962	1.005.061
PERS.TELEFÓNICO DE R.A.	38.923	36.179	1.128.447
PERS.ENCOTEL Y COMUN.DE R.A.	17.352	13.095	422.546
PERS.DE DIRECCIÓN SANIDAD LUIS PASTEUR	2.563	1.111	37.427
INST.SERV.SOC.BANCARIOS	74.280	49.669	1.535.171
O.S.E.C.A.C.	164.012	34.537	1.119.419
O.S.P.L.A.D.	33.442	27.126	925.024
I.O.S.ECONOMÍA	12.606	9.086	298.120
I.S.S.SEGUROS	17.561	13.090	434.426
ACEROS PARANA S.A.	5.084	4.173	115.896
TOTAL	431.700	235.817	7.506.734

Fuente: GERENCIA FINANCIERA DE LA ANSES

Nota 1: A la primera columna corresponden los jubilados de las Obras Sociales que se inscribieron y presentaron beneficiarios.

Nota 2: En la segunda columna se presentan los jubilados que reconoció PAMI por Obra Social.

c) Decreto 492-95 (Programa Médico Obligatorio, Fusiones de Obras Sociales, Reducción de Aportes Patronales, Trabajadores a Tiempo Parcial y Transformación y Liquidación de Institutos).

El decreto 492 de setiembre del 95, se enmarca en la reacción política que generó en el sector sindical el decreto 292-95, y tuvo dos consecuencias principales, por un lado disminuir la reducción de aportes patronales, y con ello aumentar la cantidad de recursos que se canalizan a las obras sociales. Por el otro, montar un esquema de fusiones de las obras sociales que recoloca el poder en las entidades gremiales y neutraliza la posibilidad de llevar adelante una reforma al sistema de obras sociales a través de la competencia y el mercado. Tal como se verá más adelante, este decreto en realidad introduce algunas de las medidas que la Confederación General del Trabajo (CGT) había propuesto en su proyecto de julio de 1995, con lo cual el escenario futuro debería ser considerado a partir del pensamiento que se esboza en ese proyecto mayor y cuyos lineamientos se discuten en la sección siguiente de este trabajo.

El decreto 492-95 tiene 6 capítulos Programa Médico Obligatorio, fusión de obras sociales, Reducción de aportes patronales, Trabajadores a tiempo parcial, Transformación y disolución de los Institutos de Servicios Sociales y Disposiciones finales.

El Programa médico obligatorio se establece para los beneficiarios de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud. El decreto establece la creación en la

Secretaría de Políticas de Salud de una comisión técnica del Programa Médico Obligatorio, con participación de la Administración Nacional del Seguro de Salud, cuyos integrantes serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social y por la Confederación General del Trabajo. Dicha comisión tendrá como misión formular el programa y dictar las normas reglamentarias necesarias para su ejecución, las que deberán ser sometidas a la aprobación del Ministro de Salud.

Cumpliendo con lo establecido en el Decreto, el Programa médico obligatorio fue dictado mediante Resolución Ministerial 247 (17-5-96) para entrar en vigencia a partir de los 180 días, esto es fines de Noviembre de 1996. Su artículo tercero refiere al art. 4to del Decreto 492 bajo discusión reafirmando que en los casos en que un agente del seguro de salud **no se encuentre en condiciones de brindarle el PMO a la totalidad de beneficiarios, dispondrá del plazo allí previsto para proponer a la ANSSal su fusión** con uno o más agentes del Seguro de salud, de forma que permita a sus beneficiarios el acceso al PMO. Transcurrido dicho lapso sin que esta fusión se concrete, el mencionado organismo dispondrá la **fusión obligatoria** con otro u otros agentes del Seguro de Salud. Posteriormente se agrega el anexo descriptivo de todas las intervenciones médicas que se incluyen en el programa, así como los copagos y coseguros autorizados .

El programa cubre desde la atención primaria, materno infantil, enfermedades oncológicas, odontología, alergia, anatomía patológica, cardiología, dermatología, endocrinología, nutrición, gastroenterología, ginecología, obstetricia, hematología, hemoterapia, inmunología, fisiatría y rehabilitación, nefrología, neumonología, neurología y neurocirugía, oftalmología, oncología y oncohematología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, pediatría, proctología, psiquiatría, terapia radiante y urología.. Se establece asimismo que en internación se incluyen **todas** las prácticas médicas diagnósticas y/o terapéuticas de la atención ambulatoria mas **las reconocidas como de aplicación fundamental** en la internación. El laboratorio incluye **todas** las practicas incluidas en el nomenclador nacional y aquellas que la superintendencia Asistencial **defina en el futuro**. Imágenes incluye desde radiología convencional, hemodinamia, centellografía , cámara Gamma etc.

Para decirlo de otro modo, el **PMO es todo lo que hoy existe y lo que en el futuro aparezca y que se defina por la autoridad o se considere de aplicación fundamental por la práctica médica. Este principio se confirma al decir hacia el final la resolución que todas aquellas prácticas no contempladas en este P.M.O. podrán ser brindadas por las obras sociales a través del mecanismo de la vía de excepción**. Dentro de esa cobertura, se sugieren coseguros para las consultas domiciliarias (10 \$), un coseguro de 5 \$ para las visitas de atención psiquiátrica ambulatoria, un coseguro de 2 \$ para consulta con médicos generalistas, de 3 \$ para consultas especializadas, de \$5 para prácticas de diagnóstico, de \$ 10 para alta complejidad. La cobertura de medicamentos se establece en el 40 % en ambulatorios y del 100 % en internados.

El PMO ha establecido el que se debe dar. Las tasas de uso establecerán la frecuencia y las negociaciones con los prestadores los precios. Establecidos los costos, la nueva normativa impide ajustar por cantidad puesto que se debe garantizar la prestación. Lo más probable es que las obras sociales que tienen una recaudación per cápita suficiente como para cubrir el PMO empiecen a pasar una cápita a otras organizaciones para que administren el riesgo y estas al establecer el volumen de personas a atender, y las cápitaa los prestadores, dislocarán la cuestión del punto de equilibrio a los empresarios sanitarios. En este caso la escala de producción y la reducción de los costos medios será de central importancia.

En relación a los recursos con que contarán las obras sociales, el decreto 492 eleva la cotización mínima obligatoria a 40 pesos, o sea aumenta en un tercio lo propuesto por el decreto 292 para el destino de los fondos que se distribuyen automáticamente. La recaudación incrementada sin embargo, se debe no a un cálculo técnico que relacione el nuevo porcentaje de aportes patronales con la cápita de 40 \$, sino que estos dos números

son en realidad parámetros fijados en forma arbitraria. La consecuencia ha sido la aparición de fondos en la ANSSal que han empezado a ser nuevamente distribuidos discrecionalmente.

La experiencia sugiere entonces que aún cuando se cuenta con la base técnica adecuada, una reforma puede ser descaracterizada por el poder político de las partes y el proceso de negociación que se instala entre ellas. Adicionalmente el PMO que se ha dictado no tiene como restricción presupuestaria la cápita de \$ 40 por titular o sea unos 10 pesos por beneficiario sino que su importe ha sido estimado en aproximadamente unos 20 pesos. Así la conclusión que se desprende de los decretos 292 y 492 es doble por un lado que la base técnica es condición necesaria pero no suficiente para impedir el bloqueo o neutralización de una reforma, por el otro que una reforma siga correctamente los pasos normativos establecidos no garantiza la consistencia y la factibilidad financiera de las mismas. Dado que en la actualidad el PMO ha perforado el techo de la cápita mínima que se subsidia automáticamente, la libre elección requeriría un aumento de los fondos para poder ser implementada.

En el capítulo segundo, se pasa del PMO al proceso de **fusión de obras sociales, fijándose 60 días para que cada agente del seguro de salud que no pueda brindar el programa médico obligatorio proponga a la ANSSal su fusión con otra organización.** En el caso de que dicha propuesta no se concrete, la ANSSal dispondrá la fusión obligatoria con otro u otros agentes del seguro de salud. Como se vio esta cuestión fue retomada en la resolución del P.M.O. Esto quiere decir que el proyecto del Banco Mundial en marcha, deberá ajustarse a las normas vigentes, con lo cual el proceso de fusiones por competencia del mercado ha desaparecido y lo que queda es la posibilidad de financiar las fusiones que se lleven adelante la forma establecida. Se ha reemplazado la competencia por la discrecionalidad política.

El capítulo tercero del decreto 494-95 es el que incrementa los recursos de las obras sociales al **reducir la rebaja de aportes patronales del 6 al 5 %** para todas las actividades y todas las regiones y en el capítulo cuarto se modifica el **régimen de cobertura de salud de los trabajadores a tiempo parcial.** Mantiene en ese sentido el límite de las remuneraciones en tres AMPOs (medida técnica que se utiliza en el sistema previsional) para obtener las prestaciones de la Seguridad social, y para la participación en el sistema de la distribución automática de los subsidios establecida en el decreto 292-95. Esta disposición representa un avance hacia la generalización del subsidio individual ajustado por ingreso, sin discriminar por la dedicación de tiempo al trabajo.

Para los casos de remuneraciones inferiores a los tres AMPOs, las prestaciones de la seguridad social serán proporcionales al tiempo trabajado y a los aportes y contribuciones efectuados. Para la cobertura de salud sin embargo, el decreto establece que para optar a los beneficios de la obra social y al sistema de distribución automático de subsidios, los trabajadores deben integrar el aporte a su cargo y la contribución del empleador correspondiente a un salario de tres AMPOs. En caso de no ejercer la opción antes indicada, el trabajador y el empleador quedarán eximidos de sus respectivos aportes y contribuciones para este régimen.

El tratamiento específico que se le da a la cobertura de salud de los trabajadores de tiempo parcial que ganan menos de lo establecido como límite inferior, parece estar destinado a evitar una estructura de incentivos que pudiera fomentar la búsqueda de empleo sólo para obtener los beneficios de la obra social. Sin embargo, hay serios riesgos con el camino elegido. Por un lado se pone en las manos de los trabajadores que menos ganan el peso de pagar por sí mismos la contribución patronal, lo cual es un criterio de dudosa validez desde la óptica de justicia distributiva.

En segundo lugar, si la situación se mira no desde el ángulo de la decisión voluntaria del trabajador sobre la elección del empleo, sino desde la lógica reductora de costos del empresario sin consideraciones de tipo social de ninguna índole, se puede llegar a generar una situación de creciente precarización del empleo al fomentar el reemplazo de

trabajadores de mayor remuneración por otros de menor ingreso a los fines de reducir a cero el aporte patronal. Esto muestra asimismo las **dificultades que aparecen en un sistema donde la cobertura de salud se relaciona con el empleo lo cual no sólo vuelve inestable el financiamiento de la cobertura sino que también establece infundadas diferenciaciones entre las personas por razones de nivel de ingreso.**

El decreto prevee también la unificación de aportes para los casos de pluriempleo que genere una remuneración superior a tres AMPOs, conforme a lo establecido en el decreto 292-95 que presume ante el silencio del aportante que la unificación se hace en la cuenta del aporte mayor. Para el caso de ingresos inferiores a dicho límite, la situación será la misma que la descripta en los párrafos precedentes.

En el capítulo quinto, el decreto dispuso **la transformación de los institutos de servicios sociales en obras sociales** a los fines de que el Estado se retire de esas organizaciones, y la disolución del Instituto de Servicios Sociales Bancarios, para lo cual se lo declara en estado de liquidación. Finalmente, se introducen algunas modificaciones al régimen de jubilados la principal de las cuales es el retorno de los beneficiarios de pensiones no contributivas por invalidez para su atención médica en el PAMI.

La propia aparición de este decreto sugiere que el sector salud se encuentra sometido a tensiones derivadas de la correlación de fuerzas sociales que van modelando sus reglas de juego. En un par de meses, hubo cambios no sólo en relación a los aportes patronales y el nivel de la cápita, sino también en relación a la normativa del trabajador de tiempo parcial cuyo origen era de reciente data, lo que sugiere la necesidad de evitar en el futuro tal provisoriedad en las reglas de juego.

Adicionalmente y en relación al programa médico obligatorio y el sistema de fusiones diseñado, el procedimiento expuesto deja claro dos cosas, por un lado que si bien ANSSal participaba como entidad dependiente del Ministerio de Salud, la Confederación General del Trabajo al codesignar los miembros de la comisión técnica hacía aparecer a la propia CGT y a la ANSSal en una especie de simbiosis política que desnaturaliza un proceso que debería ser injerencia exclusivamente Ministerial. En segundo lugar, y como consecuencia de lo expuesto, resulta evidente que se había creado un espacio amplio donde los actores sectoriales harían valer sus posiciones a los fines de que en el programa médico se incorporasen las más variadas prestaciones con independencia de lo posible financieramente. A la desvinculación entre la reducción de la rebaja de aportes y la nueva cápita que muestra que el objetivo era solamente aumentar los recursos a las obras sociales gremiales y reponer la discrecionalidad en el ANSSal, se le suma así la falta de vinculación del aporte mínimo por titular y el PMO.

Lo expuesto, por su parte tiene tres implicancias adicionales, por un lado y **dado el escenario de sobreoferta con desfinanciamiento relativo sectorial, se plantea el problema de la descaracterización del programa médico obligatorio el cual debería ser planteado desde la óptica de las necesidades de las personas y los perfiles epidemiológicos y no en base a lo disponible operativamente en el mercado para hacer luego un listado de prestaciones que se deban incorporar. Aquí se corre el riesgo de que nuevamente se incorpore la práctica de los prestadores de introducir un paquete implícito demasiado sesgado por prácticas caras, innecesarias y de alta tecnología.**

En segundo lugar, semejante posibilidad, tenderá (como ocurrió) a perforar la restricción presupuestaria al elevar los costos del programa médico obligatorio y habrá de originar una presión política para acercar más recursos al sistema en el nombre de la salud de todos y el programa médico obligatorio. **La presión sindical logra así un incremento de los recursos inmediatos, y una posibilidad futura de acceder a nuevos recursos vía la cápita mínima y necesaria para financiar el programa médico obligatorio.**

En tercer lugar, **se crea un mecanismo por el cual el diseño del programa médico obligatorio, se convierte en la forma institucional de demarcar quien se queda en el mercado y quien se va puesto que ante la obligatoriedad del programa**

para todos los agentes del seguro, la inclusión dentro del mismo de prestaciones de elevado costo significará que habrá organizaciones que no alcanzarán la cápita mínima. En esas situación el poder de la comisión revisora o como se llame en el futuro la encargada de establecer las “prácticas fundamentales”, se magnifica pues podrá definir el proceso de concentración y de fusión de las obras sociales. Como ya está en marcha el proceso de reforma del Banco Mundial (ver mas adelante), y no se podrá desconocer el decreto del PMO, el cual por otra parte era una de las condicionalidades del Banco, entonces, **la conclusión de que los sindicalistas están demarcando las obras sociales que sobrevivirán con el ropaje técnico y los fondos del Banco Mundial resulta ineludible.**

En términos de estrategia de mercados, todo recuerda a lo que se conoce en la literatura como la fijación de un precio de eliminación, pues no sólo excluye a organizaciones pequeñas que quieran entrar a participar en el mercado a partir de la “desregulación” (fijando una barrera a entrada), sino que también elimina la participación de todas aquéllas que estando actualmente en el mercado de la salud, no alcancen el nivel de ingreso requerido para dar a todos los beneficiarios el programa médico obligatorio. De esta forma se corre el riesgo de que esta herramienta institucional (programa médico obligatorio) cuya cápita debería también fijar el ingreso de los autónomos a la cobertura en salud por la ley del seguro nacional, haya sido definida no tanto en razón de las necesidades de las personas, sino de la estrategia gremial de avanzar ciertos intereses particularistas al delimitar políticamente y en base a la discreción encubierta en las prestaciones técnicas las porciones de mercado de los que puedan brindar el programa médico obligatorio.

Desde una perspectiva epistemológica, resulta obvio además, que los conceptos se utilizan de una forma u otra, de acuerdo a los intereses y proyectos en danza. Mientras que en todas las propuestas de cambio para las obras sociales el programa médico obligatorio tiene por finalidad garantizar un piso de atención que elimine el racionamiento difuso y una de las fallas del mercado que es la información asimétrica, funcionalmente sin embargo se buscan objetivos diferentes.

En el proyecto que impulsa (en su retórica) mayor competitividad entre las empresas y libertad para los asegurados (Banco Mundial), el programa médico universal se constituye en un instrumento clave para llevar adelante la transformación sin caos porque evita que la información asimétrica discrimine los intereses de los beneficiarios (letra chica de los contratos que genera carencias, pre-existencias y coberturas imperfectas) y estimula así la decisión de moverse por parte de las personas ante la atención inadecuada por parte de la obra social. La garantía de una atención equivalente en cualquier seguro, junto a la reducción de la dispersión de los indicadores económico financieros de las aseguradoras que se propone en esa reforma, (que garantiza la solvencia de las organizaciones para proteger a los usuarios) intenta crear una estructura de incentivos que conviertan en una realidad efectiva la posibilidad de la libre elección del seguro por parte de los beneficiarios y por consiguiente la instauración de un sistema que introduzca la competencia a partir de la conducta del propio consumidor de los servicios.

En el caso del Decreto 492-95 que como se dijo refleja en parte un proyecto gremial anterior, el programa médico obligatorio se convierte en la clave del sistema de distribución del poder económico dentro de todo el grupo de obras sociales que funciona bajo la órbita del ANSSal. Mas aún si eventualmente se quisiera abrir el sistema a la competencia de otras entidades como compañías de seguros o entidades de medicina prepagas, la utilización del contenido del programa médico y la lista de prestaciones obligatorias podría convertir la libre competencia potencial en algo limitado.

Es esta posibilidad de transformar los objetivos de los conceptos de contenido sanitario, y el sometimiento del sector a una correlación de fuerzas políticas que no genera consenso sobre sus proyectos lo que permite explicar porque la retórica y la realidad han marchado por carriles opuestos. Los objetivos de cobertura universal han sido

reemplazados por falta de acceso y discontinuidad en la cobertura. La retórica de la regulación terminó en la anomia del sistema. La idea de fortalecimiento de hospitales de cabecera ha sido reemplazado por la debilidad de lo público. La idea de mejorar la asignación de los recursos ha generado el aumento constante del gasto privado de bolsillo. La idea de fomentar la promoción y la prevención ha cedido ante la incorporación irracional de tecnología. La integración intrasectorial ha desaparecido en la duplicación de capacidad instalada. En todo caso, la revisión de los distintos proyectos que enmarcan las medidas que toma el gobierno parece un paso necesario para pensar el posible escenario futuro. La sección siguiente aborda el tema.

7.- PROPUESTAS DE REFORMA

En este apartado, se pasará revista de las principales propuestas de reforma que han existido en el sector salud en el último año, a los fines de colocar en perspectiva las medidas y decretos que han sido discutidos, y para brindar elementos de juicios sobre el posible rumbo de las reglas de juego sectorial en el futuro. Inicialmente se discute el origen y contenido de la propuesta de reforma oficial, elaborada en colaboración con el Banco Mundial. Seguidamente se analiza el proyecto de Decreto conocido en julio de 1995 cuyo origen reconoce influencia central de la Confederación General de Trabajadores y finalmente se hace mención al informe de FIEL.

7.1.- La Propuesta Oficial y El Banco Mundial

El Gobierno Nacional, tenía hacia 1994 una serie de iniciativas destinadas a reformar a través de decretos sucesivos varios aspectos del sector salud. Simultáneamente, se solicitó al Banco Mundial un estudio sectorial con énfasis sobre seguros y el sistema de obras sociales. Hacia inicios de 1995, comienza un análisis conjunto de las propuestas nacionales, las cuales evolucionan y se convierten en el núcleo de un proyecto más elaborado, cuyos objetivos se centran en **mejorar la eficiencia y la equidad en el sistema de seguro de salud y la contención de un elevado nivel de gasto sectorial** en el país.

a) *Objetivos*

Más específicamente los objetivos del proyecto buscan **introducir competencia en el mercado asegurador de la salud evitando la selección de riesgos, reasignar los recursos del fondo solidario de redistribución sobre la base estricta del ingreso y los riesgos de los beneficiarios**, desarrollar un **marco regulatorio efectivo e instituciones de seguro que promuevan la competencia, la transparencia y la rendición de cuentas** para proteger los derechos de los consumidores, y finalmente extender a las obras sociales y a PAMI la **asistencia técnica y financiera** como para permitirles elevar su eficiencia técnica, mejorar sus balances y cumplir con las nuevas normas y regulaciones.

b) *Los Componentes: Políticas y Regulación*

El diseño de la propuesta, se basa en tres componentes, **un módulo de reformas de políticas y regulaciones, y dos adicionales para la reestructuración de las obras sociales y PAMI** respectivamente. En relación al módulo de políticas, las reformas se centran en tres áreas principales: en primer lugar, la **liberalización progresiva del mercado asegurador de la salud**, permitiendo al consumidor una creciente libertad de optar por la organización que prefiera. Segundo, **redefinir el uso y la operación del fondo solidario de redistribución**, para que este compense a las obras sociales que tengan familias con bajos ingresos y bajos aportes y altos riesgos de salud y tercero, **regular a las**

obras sociales, PAMI y las empresas de medicina prepagas, a los fines de proteger a los consumidores y promover mayor eficiencia y equidad en esos mercados.

Adicionalmente, el proyecto contempla **la elaboración de un padrón de beneficiarios de las obras sociales y de PAMI**, a partir de la base de datos existente en la Dirección General Impositiva para mejorar la calidad y la consistencia de los datos disponibles, especialmente en lo referido a los componentes del grupo familiar y adherentes. Este refinamiento del padrón con datos que facilite la clasificación de la población por riesgo, permitirá mejorar la focalización de los subsidios otorgados y la información disponible para los hospitales que busquen recuperar costos de pacientes asegurados.

Asimismo, el componente de políticas contempla **la definición de un programa médico obligatorio** que debería anunciarse en las fases tempranas del proyecto cuya duración se estima en unos 30 meses aproximadamente. **Este programa se vincula a la restricción presupuestaria fijada por los recursos del fondo solidario de redistribución.** Finalmente, el proyecto estima asignar parte de los recursos del crédito a ser otorgado por el Banco Mundial (unos 250 millones de dólares) al **diseño, montaje y fortalecimiento institucional del o los entes regulatorios.**

c) Los Componentes: La Reestructuración de las Obras Sociales

El proyecto contempla la creación de **un fondo de reconversión de las obras sociales (FROS) a los fines de permitir a esas entidades el logro del equilibrio financiero, mediante la reestructuración de sus deudas, la racionalización de las plantas de personal, el fortalecimiento de su capacidad de información y gerencial, y donde fuera el caso la venta de activos subutilizados por las obras sociales.** Las entidades que califiquen para el apoyo del fondo de reconversión, recibirán apoyo financiero para esos propósitos, y las únicas donaciones que recibirán las obras serán para la preparación de los planes de reconversión. A medida que las obras sociales completen la reconversión quedarán autorizadas para ser elegidas por los beneficiarios de otras entidades como aseguradoras de salud en base a la libre elección de los beneficiarios.

d) Los Componentes: PAMI

Los problemas de PAMI, son de variada índole. Ellos van desde la debilidad gerencial, el exceso de personal, la supervisión inadecuada de los contratos y convenios, hasta un endeudamiento que pone en riesgo la estabilidad y continuidad de la prestación de los servicios. PAMI deberá competir con las obras sociales para la prestación de sus servicios, y tendrá facilidades similares a ellas en relación al programa de reestructuración de deuda, racionalización de personal, y fortalecimiento institucional. Se espera que PAMI separe sus funciones de asegurador de salud, que da cuenta de tres cuartas partes de su gasto, de las funciones de nutrición, beneficios de sepelio, y otros programas sociales para la tercera edad.

7.2.- La Descaracterización del Proyecto del Banco Mundial

El proyecto actualmente en ejecución, sufrió demoras que tuvieron un impacto importante sobre su alcance y posibilidades. En primer lugar, el hecho de que PAMI acumulara deudas del orden de los 40 millones de pesos mensuales, implicó que entre Setiembre de 1995 y Abril de 1996 cuando comenzó la ejecución del proyecto, hubieran aparecido nuevas deudas debido al pago de los prestadores con documentos descontados en Banco Nación. El proyecto definitivo dispuso que el primer aporte del Gobierno Argentino consistiera en la condonación de la deuda que PAMI tenía con el Banco de referencia por una suma superior a los 200 millones de dólares. Esto implicó que la envergadura de PAMI en la

totalidad del proyecto creciera pero que asimismo el proyecto se descaracterizara puesto que la asignación de recursos para el pago de deuda creció respecto a lo pensado originalmente en el diseño del proyecto.

En realidad da la impresión que **el objetivo inicial del proyecto de preparar a este seguro público y a las obras sociales para la competencia y la administración del riesgo en un contexto de incertidumbre ha cambiado en la dirección de tratar de bajar la tasa de riesgo que los prestadores cargan sobre las obras sociales y PAMI dado el endeudamiento y la posibilidad cierta de cortes de servicios.** Esto se infiere no sólo del hecho cierto de que la condonación de la deuda con el Banco Nación se lleva 200 millones de la contraparte Argentina, sino también de varios párrafos del documento final del Banco que manifiestan la preocupación con el corte de servicios. Si a ello se le suman las declaraciones del Ex Interventor de PAMI (hasta el recambio del Ministro Cavallo), por el cual la deuda se reduciría con el préstamo del Banco Mundial y al hecho de que la estrategia reductora de gastos era pagar deuda para bajar cápitales de los prestadores tal como se ha hecho recientemente, entonces, resulta claro que la finalidad del proyecto parece haber sido la baja de la tasa de riesgo cargadas por los proveedores de servicio a los seguros.

Adicionalmente el anuncio reciente desde la órbita de la Presidencia de la Nación de que se llamaría a licitación internacional para solicitar propuestas de reconversión de PAMI, sugiere que el proyecto del Banco Mundial para PAMI parece haber sido poco más que una forma de arrimar capital de trabajo antes que una reforma estructural para un organismo quebrado. El pasivo es de 1017 millones de pesos, el activo de 730 millones con lo cual el patrimonio neto resulta negativo en 287 millones de pesos. (Report of the World Bank anexo 1 p.117) En dos palabras PAMI está tratando de persistir mediante recursos que se desprenden de un contrato intergeneracional de deuda. Esta cuestión no es menor. Señala en realidad la oportunidad para cambiar a esta organización en un seguro de capitalización, razón por la cual es preciso mirar con atención a la reciente propuesta de FIEL discutida mas adelante en esta sección.

Si a la cuestión referida se le agrega el hecho de que en la matriz de condicionalidades del proyecto se han incluido como **metas a alcanzar una serie de promesas indefinidas mas medidas que ya han sido tomadas** en forma previa al proyecto, en los decretos 292 y 492 como la eliminación de la doble cobertura, el subsidio automático para el fondo de redistribución de ANSSal, el uso oficial para la distribución de los subsidios del padrón de la Dirección General Impositiva, la libre elección para los beneficiarios de PAMI, el ajuste de la cápita por riesgo determinado inicialmente desde la edad del beneficiario, y el programa médico obligatorio, entonces el programa del Banco parece haber sido poco más que una excusa para llevar adelante la entrega de dinero a las obras sociales en un nuevo ejemplo, (esta vez mediante créditos externos) de transferencia de recursos a los sindicatos y a un sistema que recurrentemente necesita unos 400 millones de dólares para reacomodar sus déficits cada tres o cuatro años. La nueva forma de hacerlo es simplemente la manera consistente con la imposibilidad de emitir bajo la convertibilidad con tipo de cambio fijo que ha esterilizado la política monetaria (dinero pasivo).

Si a todo lo expuesto se le suma el hecho de que lo que está apareciendo como reforma del Gobierno (medidas recientes analizadas en párrafos anteriores) es en realidad el Proyecto de la CGT, y al hecho de que PAMI y las Obras Sociales han recibido desde ANSES (en el caso de PAMI) montos equivalentes al crédito del Banco Mundial desde 1994 mediante la figura de los adelantos transitorios de los fondos propios de esa entidad, y de subsidios compensatorios desde la Secretaría de Hacienda por la baja de aportes en el caso de las obras sociales por valores cercanos a los 100 millones de dólares, entonces lo que parece razonable es empezar a pensar desde ahora en el período Post proyecto Banco Mundial que es lo que la Presidencia de la Nación parece estar haciendo en la actualidad con su anuncio referido.

7.3.- El Proyecto de la Confederación General del Trabajo (CGT)

Este proyecto, aparece en el seno de reparticiones oficiales en forma de un decreto (con papel membreteado y el formato oficial para las normas del ejecutivo) a mediados de 1995. El proyecto comienza con la creación de un programa médico obligatorio a ser aprobado por la Secretaría de Salud cuyas pautas de contenido y tipo de prestaciones a ser brindadas se esbozan en el artículo segundo. Seguidamente, se crea una comisión técnica del PMO en el ámbito de la Secretaría de salud, con participación de la ANSSal cuyos integrantes serían designados por el Ministro de Salud y Acción Social.

Definido el PMO, las obras sociales deberán elevar a la ANSSal el cuadro de prestaciones de conformidad al mismo, las cuales serán aprobadas, modificadas o rechazadas por este organismo. En los casos en que se registre insuficiencia de financiamiento del PMO el proyecto contempla la solicitud de apoyo a la ANSSal, la que deberá compensar según sus posibilidades la brecha entre el costo del PMO y la cápita promedio de la obra social. Esa suma se efectivizará mensualmente. Este artículo en consecuencia refleja la idea de volver a repartir los subsidios por cuotas con lo cual el proyecto tenderá a presionar al gobierno para que aumente los recursos de las obras sociales so pretexto de que no alcanzan el PMO y que la alternativa es la desaparición de muchas entidades. Así planteadas las cosas en este proyecto, el proceso de fusiones, aparece como la consecuencia de la negativa del gobierno a aumentar los recursos y no como una estrategia gremial de delimitar y concentrar el poder dentro del ámbito de las obras sociales sindicales.

En el artículo seis del proyecto, se establece que a partir del dictado del decreto, y por seis meses las obras sociales no podrán ampliar su capacidad instalada de servicios médicos, apertura de nuevos servicios o contrataciones con prestadores si de la valoración y criterio de la ANSSal ellos resultan inconducentes a los objetivos políticos y finalidades establecidas en el PMO.

Para el caso en que una obra social no logre brindar las prestaciones dispuestas por el PMO, los beneficiarios podrán requerirlas de otra obra social sustituta, la que estará obligada a satisfacer la prestación solicitada con carácter obligatorio, y podrá facturar la prestación con cargo a la obra social de afiliación del beneficiario requeriente, la que deberá ser abonada dentro de los 30 días corridos. Si el pago no se efectivizara, la obra social sustituta podrá requerir la compensación directa y automática a la ANSSal, la cual notificará al ente recaudador del Sistema Único de la Seguridad Social (SURL) a fin de hacer efectiva la transferencia y su acreditación.

Para los casos en que la necesidad de financiamiento demuestre que el cumplimiento del PMO se encuentra afectado por una incorrecta asignación de recursos, por excesivos gastos administrativos, ineficiencia de las prestaciones, incumplimiento en las normas de calidad de atención médica, irregularidad en las prestaciones o cualquier otra causal que resienta la finalidad del sistema solidario, la ANSSal propiciará la fusión de la obra social correspondiente. A tal fin y para evaluar las obras sociales y su capacidad de financiamiento, dicha entidad se ajustará al padrón único de aportes y contribuciones en el Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) y en la Dirección General Impositiva como ente recaudador y fiscalizador de los mismos.

Seguidamente, el proyecto redefine las funciones del fondo solidario de redistribución el cual deberá financiar no sólo la compensación mencionada anteriormente sino también el proceso de adecuación del PMO, las fusiones entre los agentes del seguro de salud, los programas sustantivos de alta complejidad y transplantes, hemofilia, tratamientos

prolongados por patologías de baja ocurrencia, patologías crónicas que sean excluidas del PMO y la capacitación de recursos humanos especializados.

En relación al proceso de adecuación de las obras sociales al PMO y las fusiones entre obras sociales, el proyecto explicita que el fondo solidario otorgará préstamos destinados a la racionalización del personal, renegociación de contratos prestacionales, adecuación de equipamientos e instalaciones y cancelación de pasivos corrientes. Estos préstamos serán reintegrables en 48 meses con 18 meses de gracia.

El proyecto contempla asimismo la situación de las personas que fueran despedidos y que estuvieran percibiendo el seguro de desempleo, quienes seguirán recibiendo los beneficios de su obra social de origen, debiendo aportarse el valor del PMO a través del Fondo Nacional de Desempleo.

Se observa entonces, que en esta propuesta de reforma se encuentra gran parte del origen del decreto 492-95 y también de la resolución Ministerial 247 del PMO. En primer lugar, de allí surge la idea tanto del programa médico obligatorio como la creación de la comisión técnica encargada de definirlo. En el decreto 492 sin embargo, se va más lejos porque en este último se menciona explícitamente la participación de la CGT en la selección de los miembros. Esto revela hasta que punto el decreto 492 explicitó el origen sindical de esta parte de la reforma del Gobierno. El Decreto 292 dictado apenas unas semanas antes en cambio, se origina en un conflicto que tiene el Ex Ministro Cavallo con la CGT quien sin el acuerdo previo del Ministro de Salud, decide implementar la aplicación del subsidio automático en un decreto ómnibus junto a la reducción de los aportes patronales. Posteriormente el Ministro de salud al avalar el Decreto 492 diría que al iniciar el proyecto 292 no sabía lo que estaba firmando.

En segundo, lugar aparece también el capítulo de fusiones de obras sociales y el rol protagónico de la ANSSal en el mismo. Adicionalmente, el comentario que es menester hacer aquí, es que si bien resulta adecuado reconocer que la capacidad excedente e instalada por sus cronogramas de amortización pueden atentar contra un PMO que sea costo efectivo, no es menos cierto que resulta una improvisación intentar regular la situación mediante un decreto aislado que congela por seis meses la ampliación de capacidad de las obras sociales mientras que no existe regulación alguna que controle la expansión ilimitada del equipamiento del resto del sector.

La gran diferencia entre el proyecto que se comenta y el decreto 492-95 sin embargo, radica en el fondo solidario de distribución de subsidios el cual es colocado no en función de los aportes individuales de las personas, sino en base a la cápita promedio de la organización lo que inviabiliza en el futuro la posibilidad de asegurar el financiamiento para facilitar la libre elección del seguro. Como hacia el final del proyecto de la CGT **lo que se busca es también derogar los artículos referidos a la libre elección que figuran en los decretos 576 y 9-93, la consistencia del objetivo es obvia y consiste en cerrar la posibilidad de la libre elección de los beneficiarios y por ende de permitir el logro de la eficiencia a través de mayores grados de libertad en el sistema y de la introducción de la competencia.**

Finalmente el decreto al convertir el fondo solidario en el mecanismo financiador de la reconversión de las obras sociales que puedan dar el PMO, no sólo reedita la discrecionalidad política en el proceso concentrador, sino que distribuye entre las entidades recursos mediante créditos que no pagan interés y con plazos de gracia y repago prolongados que licuarán parcialmente los compromisos que se adopten. **Todo sugiere en definitiva, un proceso de redefinición de la relación política intra-gremial, y una fuerte concentración del poder de compra de servicios en un grupo reducido de obras sociales seleccionadas no por el mercado y la competencia sino por la discrecionalidad política y la voluntad de la intervención de turno de la ANSSal.**

7.4.- Propuesta de FIEL-CEA

La propuesta del Consejo Empresario Argentino y la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas consta de dos partes, una para el sistema de obras sociales y otra para la reforma de PAMI. El proyecto encara los aspectos sectoriales como un problema de carácter tributario relevante para una economía abierta, y que presenta desequilibrios en el mercado laboral. En ese sentido, tiene como uno de sus puntos de partida el hecho de que **el gasto de la Seguridad Social financiado por impuestos al trabajo, incide en el precio relativo del factor, distorsiona su uso y su nivel de empleo de equilibrio.**

El sistema que se propone introduce **competencia a través de la libre elección de los beneficiarios, y de la libre fijación de las primas de los distintos planes y categorías de riesgo ofrecidas por las aseguradoras.** Asimismo, reduce el impuesto al trabajo, la evasión y **permite adaptar el porcentaje del aporte y la contribución a las particularidades personales de los beneficiarios dando transparencia a los subsidios al focalizar los mismos en los beneficiarios y no en las obras sociales.**

a) *El Subsistema de Obras Sociales*

En relación a la propuesta para reformar el sistema de obras sociales, el trabajo destaca entre otros problemas los siguientes :a) La financiación en base a salarios está disociada del costo esperado de la atención médica. (No existe vínculo entre recursos de cada ente y sus probables egresos); b) El no reconocimiento de una restricción presupuestaria; c) El deterioro en calidad o cobertura y la reducción desordenada de las prestaciones; d) El hecho de que la negociación de rebajas de aranceles genera sobreprestación; e) La ausencia de control por parte de la autoridad de aplicación y manejo discrecional del fondo de redistribución y f) La concentración de los aportes en un solo ente no significa mejores prestaciones para beneficiarios.

Es preciso destacar aquí, que al momento de surgir esta propuesta, el fondo solidario de redistribución se encontraba ya bajo el régimen del decreto 292-95 de distribución automática, **lo que es reconocido por el trabajo en cuestión.** Sin embargo y curiosamente, se insiste con la crítica en relación al mismo lo cual resulta al menos extemporáneo. En relación a los problemas detectados las soluciones propuestas son las siguientes:

a) *Un P M O definido oficialmente y financiado por gasto de bolsillo.*

En primer lugar establece la obligación de contratar por grupo familiar al menos una cobertura mínima mediante el pago de bolsillo y con libre elección de la aseguradora. Del lado de la oferta, las aseguradoras están obligadas a ofrecer un plan de cobertura estándar (PCE) modificable en el tiempo, cuyos beneficios básicos los define la agencia reguladora. Adicionalmente las entidades pueden ofrecer planes más amplios que el PCE.

Esto significa **eliminar el impuesto al trabajo** y por ende implica replantear de raíz el esquema del seguro nacional de salud y la ley de obras sociales. **El mérito mayor de la propuesta es que elimina en realidad la relación entre seguro y trabajo, y cambia así el criterio de pertenencia para acceder a la salud.** Además tiene la valentía de mostrar que para un cambio mas equitativo, no es posible partir del actual sistema de obras sociales. La propuesta sin embargo, pierde la oportunidad de introducir un debate en el país al plantear un PMO (que termina siendo todo como se vio anteriormente), y no mencionar que por razones de competitividad mundial, restricción fiscal e imposibilidad de un seguro nacional de salud, lo que parece ser necesario es un seguro de salud

catastrófico (o sea para accidentes, hospitalizaciones prolongadas y situaciones que representan costos aplastantes por razones de alta morbilidad y complejidad tecnológica). La propuesta en ese sentido, no sólo no cuestiona el concepto de PMO, sino que lo incorpora acriticamente apenas rebautizado. Este elemento del PMO es entonces un factor en común con las propuestas anteriores aunque también introduce el problema de su control ,y la información necesaria para su elaboración (hoy inexistente), todo lo cual genera dudas sobre los tiempos que se plantean en este proyecto para su implementación.

b) El marco regulatorio

En segundo lugar, se plantea que las entidades de seguro de carácter privado operen dentro de un marco regulatorio. Los entes tendrán plena libertad para suministrar los servicios asistenciales en forma directa o por medio de terceros previa **categorización y acreditación de los efectores**. La entidad regulatoria controlará el **cumplimiento de contratos y otras cuestiones técnicas, como la solvencia, liquidez y reaseguros**. En este escenario podrán participar asociaciones gremiales, fundaciones, cooperativas, empresas de medicina prepaga, compañías de seguro, redes de prestadores, etc.

Se observa así, que el proyecto tiene como supuestos la existencia de un programa médico obligatorio y un marco regulatorio inexistentes en la actualidad. Si a ello se le suma la fragilidad técnica-institucional de las entidades que podrían llevar adelante esta función como la ANSSal o las entidades provinciales que asumen esa tarea a su cargo (i.e. colegios médicos por delegación de los gobiernos, direcciones de habilitación y acreditación de entidades, etc) es dable pensar que en alguna medida se está invirtiendo la lógica al suponer como premisa lo inexistente y al **minimizar la complejidad de un programa de fortalecimiento institucional que comprenda no sólo el marco regulatorio sino también sus organismos ejecutores**.

c) La selección de riesgo

En tercer lugar, el proyecto plantea la **obligatoriedad para las aseguradoras de aceptar a todos los beneficiarios que las elijan a menos que se haya alcanzado el cupo máximo (definido previamente) que cada ente esté dispuesto a absorber por región**. Esta norma, que elimina la selección adversa de carteras, se asocia también a la prohibición de períodos de carencia e implica dos cosas, por un lado reconocer la necesidad de proteger a los beneficiarios, lo cual parcialmente se podría llevar adelante también con la ley de defensa del consumidor. Por el otro, poner un límite a la práctica de las entidades aseguradoras de no asumir su riesgo y transferirlo a los beneficiarios. No queda claro sin embargo, en que medida el tope establecido por el cupo máximo no vaya a operar como un mecanismo para la reintroducción de estas prácticas que se quieren eliminar.

d) Libre elección de aseguradora con libertad de primas ajustadas por riesgo

En cuarto lugar, el proyecto establece que **la libre elección de la aseguradora** se dará sobre la redefinición periódica de la opción del beneficiario sobre la base de **información anual de esas entidades sobre costos, beneficios y limitaciones de cada plan**. Asimismo, habrá **libre fijación de primas**, las que deben ser **iguales para todos los individuos que pertenezcan a la misma categoría de riesgo** (edad, sexo, etc), **tengan los mismos beneficios y residan en la misma área**. Se admitirán en este contexto, reducciones programadas por aquellos acuerdos logrados por las empresas para sus trabajadores.

Este componente de la propuesta, es importante destacarlo. No sólo plantea la **competencia vía precios**, sino que también refuerza la idea incorporada en las reformas recientes de ser equitativo discriminando en tratamiento sobre lo que no es homogéneo. La idea de primas ajustadas por riesgo, y por particularidades regionales sin embargo, requiere una base de información sobre tasas de uso que no se encuentra actualmente

disponible. Asimismo es menester recordar que la experiencia comparada como la de Holanda, destacan el relativo poder predictor de los factores de riesgo en el gasto en salud.

e) *La solidaridad explícita: subsidios variables por ingreso, tamaño del grupo familiar y categoría de riesgo*

El quinto elemento de la propuesta reintroduce acotadamente el sistema de aportes y contribuciones a los fines de explicitar la solidaridad del sistema. Si bien entonces, el financiamiento se hace por pagos de bolsillo, por razones de equidad se crea un fondo de seguro redistributivo para pagar primas para familias de más bajos ingresos a fin de proveerles un plan mínimo. Este fondo se integra con una contribución obligatoria sobre las remuneraciones. Se recomienda asimismo, generalizar el esquema a toda la población de bajos recursos (no sólo a los trabajadores en relación de dependencia) en sustitución del actual destino del gasto público en salud que financia hospitales. (En este caso los recursos provendrían de rentas generales).

Los pagos para contratar la PCE no debe exceder del 5 % del salario para individuos por debajo de \$ 500. Si lo hiciere el excedente se cubre con un subsidio del fondo de seguro. Para aquéllos que ganan entre 500 y 700 el aporte máximo para comprar el PCE no superará los \$ 25 mas el 8 % de su salario encima de los \$ 500. Caso contrario se obtiene un subsidio del fondo de seguro. Para las remuneraciones superiores a \$ 700 reciben subsidio si el costo del PCE supera los \$ 41 más el 9 % de su salario encima de los 700 \$. (El subsidio varía no sólo con el ingreso sino también con el tamaño del grupo familiar y por categorías de riesgo).

La agencia reguladora licita periódicamente el PCE a la población elegible y que le solicite el subsidio. Las entidades participantes licitan una cápita por categoría de riesgo (o descuento en relación a precios de referencia establecidos) indicando la cantidad máxima de individuos que están en condiciones de absorber. Múltiples entes deben ser declarados ganadores en cada localidad.

f) *Fusiones de obras sociales sin programa de reconversión ni reserva de mercado*

El sexto elemento destacable del proyecto es que no se ayuda financieramente a las obras sociales para prepararlas para el escenario de competencia propuesto. Tampoco se les da una reserva de mercado. En esto la propuesta resulta ser una crítica explícita al proyecto oficial y del Banco Mundial que destina la mayor parte de los recursos del crédito a la reconversión de las obras sociales. Lo que no se dice sin embargo, es como puede mantenerse el concepto de obra social una vez que se ha eliminado el sistema de aportes que existe actualmente.

El proceso de fusiones por su parte, que resulta ser también un concepto común con las propuestas discutidas anteriormente, se hace en base a un parámetro objetivo dado por el número de beneficiarios. Las entidades de menos de 5.000 beneficiarios (60 % del total) tendrán 2 meses para fusionarse o deberán cerrarse. La redistribución de los afiliados se hará voluntariamente entre las entidades de similar recaudación per cápita. Mientras se cierran las entidades los recursos los obtiene la autoridad que paga directamente a los prestadores. Anunciada la reforma las obras sociales deben ratificar su intención de participar en el nuevo esquema. Las que no lo hagan, recibirán el mismo tratamiento de las entidades con problemas.

A diferencia del proyecto de la CGT no hay relación aquí entre el proceso de fusiones con la capacidad de financiar un PMO ni surge tampoco la necesidad de la concentración de las entidades de la viabilidad operativa en el mercado como proponía el proyecto oficial. Se establece simplemente un pool mínimo, (sin explicitar la metodología para llegar al mismo) el que se considera suficiente para enfrentar el riesgo epidemiológico y financiero.

Como las primas son libres, esto implica que el punto de equilibrio para las entidades pasará a depender de sus costos entre las cuales figuran las tasas de usos de la población beneficiaria. En la medida que esas tasas no se encuentran disponibles (sin estar ajustadas por los prestadores a sus prácticas de sobreprestación) y que los costos actuariales de las prestaciones no estén explicitados para las distintas regiones, entonces la cifra mínima de 5.000 beneficiarios, parece haber sido externalizada antes que una variable determinada endógenamente.

7.5.- Propuesta para PAMI

La propuesta para PAMI, se inicia describiendo los problemas que deja el decreto 292-95. Destaca que este último no toma en cuenta el desfinanciamiento a largo plazo que sufre un sistema de transferencias intergeneracionales con envejecimiento poblacional. Que la competencia entre entidades es limitada y que no se manifiesta en precios. Asimismo, que no se permite que los beneficiarios completen sus cápitales para obtener un seguro más amplio ni contempla el hecho de la existencia de subsidios cruzados que se generan en una entidad que tiene financiamiento de activos y pasivos siendo los primeros población cautiva.

a) Fondo de capitalización para comprar un Plan de Cobertura Tipo

La reforma propone cambiar el sistema de reparto a uno de capitalización mediante el ahorro de las personas en su etapa activa para contratar un seguro en la pasividad. Cada persona será responsable por el financiamiento de su propio seguro de salud. Las cuentas de capitalización quedarían en el sistema de las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP).

El trabajo estima que un aporte de \$ 22,5 durante 30 años permite la compra de un seguro de salud para el jubilado y su cónyuge con una cápita de \$ 46 pesos. La exigencia del seguro se limita a la contratación de un plan de cobertura tipo (PCT) similares al que brinda PAMI en la actualidad, cuyo costo promedio se estima en \$ 49,5 con gastos de administración. Asimismo se admiten en la propuesta aportes adicionales voluntarios para acceder a un seguro más amplio que el PCT.

b) Libre elección de la aseguradora

El titular elige libremente con quien contratar su seguro de salud desde que este se rige por las mismas reglas que para las obras sociales. De esta forma, lo que ocurre es una ampliación del fondo de ahorro que hoy invierte el sistema privado de jubilación, y la introducción de competencia para la atención de los jubilados al desaparecer la posición exclusiva del programa público hoy existente para ese fin.

c) Fondo compensador solidario

La reforma plantea asimismo, la creación de un fondo compensador que subsidie con base en un impuesto a los salarios, los aportes de los trabajadores de más bajos ingresos. La regla en principio, sería que el aporte obligatorio no supere el 3 % del salario, caso contrario el trabajador recibe un subsidio por la diferencia. Por ejemplo, si el nivel de ingreso a ser subsidiado es de 750 pesos, entonces el monto del subsidio se obtiene restando del aporte estimado (para treinta años y una cápita de 46 pesos mensuales) de \$ 22,5 la suma que resulta del producto del salario por dicho porcentaje. Ejemplo hasta \$ 750 de salario.

$$\text{Subsidio} = \$ 22,5 - (0,03 \times \text{ingreso}).$$

Si el ingreso resulta superior a los 750 pesos entonces se lo grava por la diferencia.
Ejemplo:

$$\text{Impuesto} = (\text{Ingresos} - 750) \times 0,03$$

Se observa entonces, que **de manera similar a la propuesta de reforma para las obras sociales, el impuesto sobre los salarios se mantiene únicamente a los fines de conformar el fondo solidario compensador**. Se elimina así el principio solidario de que los más jóvenes financian a los más viejos, para pasar a ser sustituido por una transferencia intra-activos de los segmentos de mayor nivel de ingresos a los de menor nivel salarial.

d) Esquema de Transición

El proyecto, concluye con un esquema transicional. Todos los trabajadores a los que les resten dos o más años para el retiro deberán aportar a su cuenta de capitalización. El Estado Nacional reconocerá los aportes al PAMI suplementando la cápita requerida para acceder al Plan de Cobertura Tipo de rentas generales. El gasto público converge a cero en 55 años. Los beneficiarios actuales de PAMI o que les resten menos de 2 años continuarán en el sistema de reparto que hasta su desaparición se financiara con impuestos generales. **PAMI deja su rol de asegurador para convertirse en una agencia encargada de licitar per cápita** (o por descuento sobre una cápita de referencia) seguros de salud en base a un PCT en cada región del país.

7.6.- Las Propuestas Comparadas: Convergencias

Los elementos comunes a todas las propuestas de reforma son:

1) *Las Fusiones de las Obras Sociales*

La necesidad de reestructurar las obras sociales y de reducir su número de tal forma que las mismas puedan operar viablemente según la lógica de reducción del riesgo financiero y epidemiológico a partir de un pool suficiente de afiliados. Las diferencias existentes entre las propuestas se refieren a la forma de llevar adelante las fusiones antes que al objetivo de la fusión en sí.

En el caso del Proyecto del Banco Mundial, la reconversión y las fusiones surgen del propio mercado, a partir de las propuestas que hagan en ese sentido las obras sociales para obtener financiamiento del FROS o del accionar privado y el financiamiento desde otras fuentes si es que las entidades deciden no solicitar los préstamos derivados del crédito del Banco Mundial. En el caso del proyecto de la CGT, las fusiones se darán también a propuesta de las obras sociales, operando la ANSSal por defecto. En este caso, el parámetro que decide la fusión es la imposibilidad de dar el programa médico obligatorio. Finalmente en el proyecto de FIEL, las fusiones se establecen por la cantidad de afiliados que cada entidad tenga, no pudiendo ser este menor a los 5.000 individuos. EL gobierno se ha decidido por el criterio de la CGT con el financiamiento del Banco Mundial.

2) *El Programa Médico Obligatorio*

El Segundo tema que atraviesa todos los proyectos de reforma es el programa médico obligatorio, el cual tiene otra denominación en el proyecto de FIEL, pero el concepto permanece. Se reconoce así que junto a la necesidad de disminuir la dispersión de los indicadores de las aseguradoras, el establecimiento de un estándar mínimo explícito se ha convertido en una prioridad de la hora actual.

En el caso del proyecto del Banco Mundial, el programa médico obligatorio constituye un componente importante para garantizar un mayor nivel de equidad y facilitar el proceso de libre elección de la aseguradora sin caos. En el caso de la propuesta de la CGT, el programa médico, aparece como un elemento de demarcación de la cápita mínima y como la condición sine qua non de sobrevivencia de las obras sociales sin tener que fusionarse. Para la propuesta de FIEL, el programa mínimo, establece el ámbito de obligatoriedad del seguro de salud.

3) *La Distribución Automática de Subsidios*

El tercer elemento en común que mantienen las tres propuestas de reformas es la necesidad de automatizar la distribución de subsidios del Fondo Solidario, lo que ya ha ocurrido a partir del Decreto 292. En el caso del proyecto del Banco Mundial, sin embargo, se propone además la mejora de la base informativa de tal forma que la distribución pueda hacerse focalizando no sólo en base al ingreso de los individuos sino también por su situación de riesgo. Para el proyecto de la CGT, en cambio, la distribución debe hacerse no en base a individuos sino tomando en cuenta la cápita promedio de cada obra social y la brecha que existe entre esta y el precio del programa médico obligatorio. Esto implica subsidiar organizaciones y no individuos. Mas aún en la medida que el financiamiento individual y mínimo es un requisito previo a la libre elección, el proyecto de la CGT no utiliza el fondo de distribución de subsidios como un mecanismo funcional a la introducción de mayor libertad y competencia en el sistema. Finalmente el proyecto de FIEL, plantea no sólo la distribución de los subsidios en forma automática, en base al ajuste por ingreso,

riesgo, y tamaño familiar sino que el propio sistema de financiamiento del fondo constituye la única razón para mantener impuestos al salario.

4) Regulación y Fortalecimiento Institucional

El cuarto elemento en común entre las propuestas de reformas es que todas de una manera u otra, sostienen la necesidad de un marco regulatorio, lo cual implica también el fortalecimiento institucional de las instituciones que tengan esa potestad jurisdiccional. En el caso del proyecto del Banco Mundial, se encuentran indefiniciones acerca de la posible existencia de uno o varios órganos de contralor. En el caso del proyecto de la CGT, se plantea implícitamente el fortalecimiento de ANSSal dadas las funciones que a este se le atribuyen y su debilidad presente manifiesta en la omisión de las funciones establecidas en la ley de seguro nacional de salud. En el caso de FIEL, todo el esquema supone la existencia de un marco y un órgano regulador efectivo.

7.7.- Las Propuestas Comparadas: Divergencias

1) Libre Elección y Competencia

Cuando el énfasis se coloca no en los elementos comunes sino en las diferencias, la mayor distancia que existe es entre el proyecto del Banco Mundial y el de FIEL por un lado sosteniendo la necesidad de una mayor libertad y competencia, y el proyecto de la CGT por el otro que propone el esquema de la obra social sustituta y derogar todas las disposiciones existentes sobre libre elección dentro del sistema de las obras sociales del sistema de la ANSSal. Esto muestra que los dos primeros proyectos pretenden profundizar un camino iniciado en el decreto que estableció la libre elección hasta un cierto porcentaje de afiliados dentro del sistema de obras sociales del ANSSal, mientras que el proyecto de la CGT pretende retrotraer las cosas al pasado.

Tanto la propuesta del Banco Mundial como la de FIEL son propuestas de reformas orientadas hacia el mercado y la competencia. **Estos enfoques competitivos para la reforma tienen dos características centrales: por un lado, no eliminan la regulación de la atención de la salud y por el otro, exigen la reestructuración del rol del gobierno para establecer incentivos competitivos.** En el caso del proyecto de la CGT el objetivo es diferente, pretende utilizar la regulación para eliminar las normas que han empezado a sugerir la libre elección de obra social. Como el gobierno se ha recostado abiertamente en el proyecto de la CGT como antecedente para sus últimas resoluciones (Decreto 492 y Resolución del PMO), y utiliza el financiamiento del Banco Mundial, esto parece sugerir que en algún momento el conflicto de objetivos será inevitable.

Por ahora, como se trata de repartir dinero para la reconversión de las obras sociales, todo parece fluir normalmente. El problema para el Banco será que una vez transferidos la mayor parte de los recursos, será difícil hacer cumplir las exigencias manifestadas en las condicionalidades de la libre elección y una mayor competencia. A los fines de evitar ese problema, las mayores exigencias debieron haber sido establecidas antes de los desembolsos y no como ocurre en la actualidad que se ha comenzado condonando deuda y dando plata para pagar la reconversión de las obras a cambio de una promesa de mayor libertad futura. La matriz de condicionalidades fue débilmente estructurada si los objetivos eran realmente una reforma competitiva. Adicionalmente y como fue sugerido antes, dado que el PMO dictado por el gobierno superó la restricción presupuestaria, entonces la libre elección requerirá una mayor cantidad de recursos que la que dispone el sistema en la actualidad. Esa situación contradice la idea de mantener a rajatabla el equilibrio financiero del sistema. En ese sentido entonces la única propuesta que parece ser factible es la de FIEL, pero ella requiere una autonomía de los sindicatos

que el Gobierno parece no tener. En dos palabras, **un sistema de seguros competitivos y un enfoque competitivo de la reforma comienza con la privatización de los propios aseguradores.** En el esquema de los seguros semipúblicos, y públicos no parece haber espacio político para mejorar la situación.

2) Cambios en la Forma de Financiamiento

En segundo lugar, existe una diferencia entre los tres proyectos sobre la forma de financiamiento del sistema. Mientras que la propuesta del Banco Mundial, no dice nada explícitamente, los decretos de reducción de aportes patronales revelan que la posición del Gobierno es la de reducir los impuestos al salario y de ganar en eficiencia asignativa para compensar la posible reducción de los recursos. Mantiene sin embargo este sistema de un impuesto al salario regresivo donde el aporte o cotización resulta mayor que la cápita en salud que se paga al oferente de servicios. El proyecto de FIEL, propone la eliminación de los impuestos al salario y privatizar el gasto, salvo en lo concerniente al financiamiento del fondo de redistribución solidario. En el caso de PAMI, el actual sistema desaparece totalmente y es reemplazado por un seguro particular y por rentas generales para el caso de PAMI residual. De esta forma la competencia surge no solamente a partir de la ampliación del ámbito de actuación de los seguros privados, sino que para que ello sea posible es preciso permitir que las personas puedan canalizar sus recursos libremente sin la imposición compulsiva de un tributo. En ese esquema las obras sociales no existirán más como tales. Apenas serán un asegurador adicional que deberán competir por el aporte de las personas. Esto muestra por contraste que el Proyecto del Banco Mundial, es una tentativa de reformar lo que históricamente ha sido un esquema ineficiente, sin siquiera cambiar las bases del financiamiento.

En el caso del proyecto de la CGT, la determinación del programa médico obligatorio previo a la explicitación de su restricción financiera, junto a la propuesta de compensación financiera por todas las caídas en el financiamiento provocadas por la reducción de aportes patronales, sugieren que la postura es la inversa. No sólo mantener el nivel de financiamiento anterior sino preparar el esquema institucional para seguir aumentándolo en el futuro. En dos palabras, el Banco Mundial no se mete con el impuesto al salario, FIEL lo elimina dejando apenas un impuesto para el fondo solidario y la CGT, pretende aumentarlo.

3) Apertura del Sistema

Finalmente existe una marcada diferencia en relación a la apertura del sistema. El proyecto del Banco Mundial, propone una apertura gradual a las entidades de medicina prepaga y otras organizaciones operando en el mercado. Esta apertura gradual, favorece a las obras sociales mediante la existencia de financiamiento para su reconversión y por la garantía de reserva de mercado que implica la posibilidad de ir accediendo a la posibilidad de captar beneficiarios una vez terminada la reconversión. El proyecto de la CGT, como se dijo cierra todo el sistema a las obras sociales operando dentro del sistema de la ANSSal, y pretende utilizar los fondos de redistribución solidaria para financiar las fusiones y hasta capacitar recursos humanos. El proyecto de FIEL, propone una libertad absoluta desde el inicio, criticando la posición de seguir dando recursos a las obras sociales esta vez en el nombre de su reconversión mientras se les otorga la reserva de mercado.

En suma, la comparación de las tres propuestas de reforma señalan que sólo dos de ellas tienen un enfoque competitivo.(Arnould Richard y otros 1993). En un contexto de globalización la única salida consistente es la de FIEL. En el caso del Banco Mundial resulta difícil pensar en competencia sin montar los mecanismos financieros que permitan una mayor cobertura por medio de seguros privados. Dicho de otra forma, parece improbable llegar a una reforma competitiva mediante la tentativa de hacer eficiente los seguros públicos y semipúblicos para luego abrir el mercado. En el país los antecedentes

de hacer eficientes las empresas públicas chocaron en el pasado contra las lógicas particularistas que se instalan en ellas. No tiene porque ser distinto con los seguros que han sido reconocidos como los núcleos centrales de la corrupción en Argentina. Si en cambio, los objetivos latentes de este proyecto son los de endeudar al país para demostrar que no es posible hacer eficientes a las seguros públicos y garantizar así la posterior legitimidad de la privatización de los mismos, entonces el propio proyecto es un despilfarro institucional, puesto que la inviabilidad se demuestra por sí en el patrimonio neto negativo y las deudas acumuladas de las instituciones.

8.- CONCLUSIONES

8.1.- Síntesis General

El objetivo general de este trabajo ha sido analizar las transformaciones que están ocurriendo en el sector salud, las medidas recientes y las propuestas de reforma. El supuesto subyacente ha sido observar hasta que punto las reformas son consistentes con la morfología evolutiva del sector y las características salientes de la actual etapa institucional en que se encuentra. De las tres propuestas de reforma dos tienen un enfoque competitivo y una tiende a ser inconsistente con una economía abierta y con necesidad de aliviar las distorsiones que existen sobre el factor trabajo dada la excesiva tributación sobre el salario. El gobierno sin embargo, en una solución salomónica ha optado por descaracterizar la mas tibia de las reformas competitivas adoptando medidas derivadas de la propuesta gremial, lo cual introduce contradicciones en el proceso y levanta dudas sobre su éxito futuro en lograr mayor libertad y eficiencia en el sistema.

El trabajo observó inicialmente ciertos rasgos de la oferta para intentar entender como se manifiesta la acumulación de capital, la composición público-privado de las inversiones, la división del trabajo, el aumento del capital fijo por trabajador, la incorporación del progreso técnico y el proceso de transnacionalización en marcha. Se hizo notar como en un contexto de sobreoferta privada y desorganización pública por la captura privada del estado, la política ha sido intentar desregular la oferta sin tocar las imperfecciones de los compradores de servicios que se agrupan en oligopsonios cada vez de mayor magnitud. En ese contexto, la oferta ha asumido nuevas formas de organización que tienden al aumento de la escala como en el caso de los megalaboratorios y la conformación de redes que van desde las empresas de traslado de urgencia hasta las dispuestas por la ley de accidentes de trabajo.

Lo que la evidencia parece sugerir es que la reforma de la economía con su componente de apertura ha permitido el aumento de la tasa de cambio tecnológica y la parcial neutralización de los rendimientos decrecientes producidos por la saturación de los mercados mediante la incorporación de procesos de diagnóstico de mejor calidad lo que convierte a los servicios ofrecidos en productos nuevos. Este efecto sin embargo, parece corresponder al ciclo de actualización de la frontera tecnológica después de décadas de encierro económico. En ese sentido el fenómeno actual medido por las tasas decrecientes de aumento de bienes de capital importados en salud,⁷ sugiere mas bien un proceso de catch up con el mundo externo antes que una reversión del proceso de saturación y su correspondiente ajuste defensivo por parte de los agentes a cargo de la oferta de servicios. Esto implicaría, que la saturación se habrá de reponer a un nivel mayor de inversiones con lo cual la **agudización de la puja distributiva** es un fenómeno que se vislumbra en el horizonte actual del sector.

Del lado de la demanda se prestó atención a los problemas del sistema de seguro y la dinámica del gasto, a partir de la recaudación de las obras sociales y la elasticidad

⁷ Las tasas decrecientes de importación de bienes de capital en salud parecen confirmarse en 1996. Los datos de los primeros dos meses del año confirman que mientras el agro creció 33 %, la industria manufacturera 1,8 %, comunicaciones el 20,7 %, y el resto sin clasificar un 15,2 %, salud tuvo junto a minería, transporte y construcción una caída superior al 20 %. (Informe Económico 1996)

ingreso del gasto privado, a los fines de demostrar que la recaudación de los seguros semipúblicos y públicos han alcanzado una meseta. Esto sugiere que no habrá por el lado de esas fuentes en el futuro posibilidad de aumentar los recursos para permitir a toda la nueva inversión un financiamiento adecuado. De esa forma aparece sobre el margen de rentabilidad un efecto rompenueces. Por un lado la amortización de los equipos (bienes de capital) y la caída en la rotación media de las camas y por el otro el estancamiento de la demanda. Estos dos hechos preanuncian la **potenciación de la puja distributiva** y la contratación selectiva. Junto al crecimiento de la oferta, y a la restricción presupuestaria del sector público que impedirá cubrir con partidas desde hacienda las necesidades, el sistema podrá ajustar por el gasto de bolsillo, lo cual dada su elasticidad ingreso positiva y la distribución regresiva del ingreso que caracteriza a la fase de recuperación del ciclo económico, sugieren también el aumento de la **diferenciación social en el acceso**. Habrá cirugía laparoscópica para pocos, y escasez de atención para muchos.

Dentro los problemas se hizo notar específicamente que existen **dificultades con la cobertura**. Esos problemas se deben entre otras razones al gran porcentaje de la población que no está asegurada, al pequeño desarrollo de la actividad privada de seguros, al carácter cíclico del financiamiento atado a una cartera de beneficiarios que ha sido armada en base a un criterio económico de pertenencia, a la ineficiencia institucional de las obras sociales tanto del sistema del ANSSAL como de las Provinciales y PAMI, a la falta de libertad para optar por los seguros y para abandonarlos cuando ellos no funcionan adecuadamente, a la falta de mecanismos para impedir la discontinuidad de la cobertura en actividades con mucha rotación o durante períodos de rápida reconversión de la economía como resulta ser el caso Argentino y a las malas medidas tomadas por el gobierno que discriminan en contra de algunos grupos de la población y que fomentan la precarización del empleo.

Mediante la discusión de la estructura semipública de obras sociales y de seguros públicos se sugirió que este mix **no funciona como un sistema y no ha dado pié para un seguro de cobertura nacional**. Prevalece la fragmentación Institucional, la falta de un control Jurisdiccional efectivo, la debilidad regulatoria, la descaracterización de las entidades y la inviabilidad actual de parte del sistema basado en seguros por sector de actividad, con gran dispersión en sus indicadores lo cual impide administrar el riesgo epidemiológico y financiero. Central a este argumento es el supuesto de que los seguros tanto públicos como semipúblicos no tuvieron restricción presupuestaria. La consecuencia ha sido la descaracterización progresiva de un esquema basado sobre el pago de una prima de cobertura parcial y su reemplazo por la ilusión de una cobertura universal tanto en términos de prestaciones como en población atendida. El resultado ha sido la socialización recurrente de las pérdidas. Ello sumado al hecho de que existe una importante brecha entre la cotización per cápita y la cápita en salud debido a la hipertrofia creciente de la intermediación y a la ineficiencia institucional, revela el carácter regresivo del impuesto al salario sobre el que se basa en gran parte el financiamiento de la salud en Argentina.

Por otro lado, así como la estabilidad ha generado desde la oferta la necesidad de adaptar su escala de producción y de competir incorporando fuertemente tecnología, desde el lado de la demanda, **la estabilidad impidió a los seguros la licuación de deuda y puso de manifiesto su incapacidad de administrar el riesgo epidemiológico**. El resultado ha sido la aparición de entidades que gerencian cápitass y que convierten a las obras sociales en meras intermediarias financieras. En consecuencia se ha desmantelado una gran parte de la capacidad de internación propia de las obras sociales, y se han incorporado prácticas como los períodos de carencias y pre-existencias que son contrarias a la solidaridad que siempre ha sido, al menos en la retórica gremial, su razón de ser.

Desde la óptica de las administradoras de prestaciones, las obras sociales deberán actuar simplemente como un “pool de compras y entidades con número suficiente de afiliados, como para poder cubrir financieramente y sin capacidad médica instalada, las necesidades mas costosas de la medicina”(Martínez H. 1995) Según esta perspectiva

(todavía no articulada en proyecto sectorial), las obras sociales recibirán sus fondos del ente recaudador quien remitirá información sobre montos asignados a cada Obra Social a un ente regulador que tendrá la misión de controlar la aplicación de los fondos mediante solicitud de balances trimestrales, con la exigencia de que los mismos deban ser publicados en el Boletín Oficial para que los aportantes, trabajadores y empresa puedan observar el destino de sus aportes. En dos palabras, en este enfoque las obras sociales son simples “administradores de dineros de la población que son aportados para cubrir contingencias de salud”. Así las cosas, **todo indica que la intermediación habrá de crecer en el futuro con el consiguiente impacto negativo en el nivel de los recursos que llegan a los prestadores de servicios para la atención de la salud.** Se vislumbra en lo inmediato, un creciente uso de metodologías que se han incorporado en el “managed care” americano. Por un lado la canalización de las personas hacia prestadores especialmente seleccionados, por el otro el creciente uso de las prácticas de control de utilización.

Esta situación ha sido la consecuencia de un sistema donde opera el tercer pagador y durante décadas hubo pago por prestación (como sigue ocurriendo al interior de las obras sociales provinciales). La salida al dilema ha sido en la experiencia comparada la vinculación de los aspectos financieros con los clínicos. Nuevas formas de organización como las Health Maintenance organizations (H.M.O) o las prácticas de revisión de utilización que han comenzado a imponerse en los países desarrollados, junto a estructuras de incentivos que premian a los profesionales del sector médico con participación en los ahorros que provoque la reducción de los costos. Curiosamente sin embargo, este camino que pretende bajar costos, conduce a bloqueos para solucionar cuestiones de equidad. Existe ahora en la literatura evidencia de que el mercado y la competición no alcanzan por sí mismos mayores grados de equidad en salud. (Fuchs Op cit. y Arnould R op cit). En realidad dada la **concentración de los costos** en un número relativamente pequeño de individuos, la práctica privada ha sido la de seleccionar riesgos, descremar el mercado y dejar sin cobertura precisamente a quienes más la necesitan como las personas ancianas y enfermas. Así las cosas, ni el sector público ha hecho lo que debe, ni el sector privado se priva de aprovechar la ganancia fácil derivada de las particularidades del mercado en salud. Esta es una de las principales razones por las cuales **el fortalecimiento institucional del Estado y la existencia de un marco regulatorio, son considerados en la actualidad prerequisites para el buen funcionamiento del mercado**

Si bien, los juicios de mala praxis, constituyen el mecanismo regulatorio que genera el propio mercado,(Schwartz W y otro 1992), para el buen funcionamiento del mismo se requieren condiciones inexistentes en la Argentina como niveles adecuados de retribución a los médicos, y naturalmente la inexistencia de sobreoferta de abogados junto a una justicia que responda inflexiblemente con la aplicación de sanciones cuando se tipifica la figura legal respectiva. Argentina hoy es la negación de esas premisas. Decía Hayec F.(1944) que lo que caracteriza a un sistema liberal es la universalización de la aplicación de las normas y no tanto su sustancia. Sólo así se logra un sistema de expectativas que funcione. En salud, la experiencia indica que nadie respeta nada. Que la fragmentación institucional es el imperativo de la hora, que la ausencia de un control Jurisdiccional efectivo predomina sectorialmente, que las obras sociales han descaracterizado su actividad favoreciendo la hipertrofia de la intermediación y alejando los recursos del saber clínico, pese a que la ley vigente no contempla las nuevas formas de intermediación absolutamente desreguladas que operan en la actualidad.

Lo expuesto genera preocupación. Como en el caso de las finanzas, los problemas de incertidumbre e información permean el sector. Sin embargo en el primer caso, la regulación permitió el funcionamiento de los mercados a futuro y avanzar en un terreno difícil. En salud no ocurre lo mismo. Lamentablemente si bien la regulación aparece como un componente más en cada propuesta de reforma, la verdad es que no parece haber claridad para superar los desafíos presentes. El estado por su parte, no ha tenido el

desarrollo institucional deseado para conducir un sector tan complicado como salud. Más aún, las personas responsables por la conducción no han aplicado los marcos normativos vigentes. Si ello hubiera ocurrido haciendo respetar por ejemplo el porcentaje establecido por ley para la administración de las obras sociales, el proceso de reforma (en lo referido a fusiones de seguros) se hubiera adelantado en el tiempo simplemente por hacer lo que la ley dice sin endeudar nuevamente al país como ocurre en la actualidad mediante la toma de créditos internacionales para hacer entre otras cosas un nuevo marco regulatorio. Lo absurdo de la cuestión sin embargo, es que el proceso parece haber dejado la iniciativa en las manos de quince consultoras privadas, de las cuales seis serán las encargadas de redactar el marco regulatorio licitado con fondos del Banco Mundial. Así no se puede esperar otra cosa que la captura regulatoria y la continuación estructurada, previsible y legal del sistema de subsidios implícitos que ha sido el Estado argentino a lo largo del tiempo.

La profundización del proceso de acumulación de capital y la entrada de la lógica mercantil al sector salud, cambió todo. La respuesta de las políticas de salud a las fallas del mercado, fue durante décadas centrada en un modelo profesional. La acreditación de las Universidades o la certificación de la matrícula por los colegios médicos aliviaron a las personas de tener que evaluar la capacidad de los médicos o su formación científica. Los códigos de ética de las asociaciones fueron junto a las entidades sin fines de lucro otra respuesta que reemplazó los mecanismos de mercados por una autorregulación y una práctica destinada a resolver problemas de pérdida de salud antes que a la búsqueda de la maximización de la ganancia.

Ese mundo desapareció. Si bien continúan los problemas derivados de las fallas del mercado, la sobreoferta de factores de producción sanitaria, (profesionales, camas, aparatos de diagnóstico etc) en un contexto de mercantilización del sector ha minado aquellos mecanismos de control. Al mismo tiempo que la oferta de servicios de salud continúa privatizándose, y que el sector público sufre un proceso de disminución de su capacidad instalada, todo sugiere que no habrá soluciones al problema de los mercados mediante un sistema de pago único como hace algunas décadas se quiso instalar en el país. No hay vuelta atrás. No hay en el futuro Argentino algo así como un servicio de salud nacional, donde el estado se haga cargo de la universalización de la cobertura. Ello pese a que los países desarrollados financian más de la mitad del gasto en salud desde el sector público, (salvo EEUU), mientras Argentina continúa haciendo perder participación relativa al mismo y parece ir a contramano de todo. No solo debilita al estado, sino que también impide la creatividad de los seguros privados para aumentar la cobertura mientras mantiene un sistema corrupto de seguros semipúblicos y públicos ineficiente y sin libertad. Si bien el futuro está llamado a tener un sector privado con mayor protagonismo que en el pasado y donde la cuestión de la mezcla público privado será un problema central, junto a la estructura de incentivos competitiva al interior del propio sector público, todo indica que el camino elegido de privatizar el estado y de institucionalizar la captura regulatoria (elaboración privada del marco regulatorio) no puede ser adecuado para evitar el posicionamiento de intereses particularistas dentro de lo público.

Algunas de las reformas recientes sin embargo, han focalizado sobre los aspectos distributivos del sistema. En la medida que el país ha encarado una política de oferta basada en el aumento de la productividad y las exportaciones, se ha hecho necesario bajar costos mediante la reducción de aportes patronales. A los fines de evitar que el cambio de financiamiento afecte a los segmentos más débiles de la población se cambió parcialmente el anterior principio de asignación de subsidios basado en la discreción del uso del fondo solidario de redistribución de la ANSSal, por un esquema de subsidios de distribución automática, focalizados y ajustados por ingreso. Esta reforma aún en un contexto de solidaridad grupal cerrada estableció inicialmente en forma explícita el piso para el programa médico obligatorio. Rápidamente sin embargo, hubo cambios tanto en los porcentajes de aportes patronales como en la cápita establecida, que eliminaron la

consistencia de las medidas tomadas. Si a ello se le suma la norma que dicta el Programa Médico Obligatorio, sancionando como tal a la fotografía de las prácticas existentes en el mercado, entonces la perforación de la restricción presupuestaria ha generado la necesidad de arrimar más recursos al sistema si se quiere avanzar hacia la libre elección de aseguradora. En ese sentido, el objetivo del Banco Mundial de reducir el gasto sectorial ha quedado definitivamente sepultado. En todo caso las primeras tentativas de evaluación sugieren que si bien la distribución de subsidios es mas equitativa que antes, la falta de un padrón actualizado de beneficiarios sin embargo, que mejore la información sobre familiares y adherentes ha impedido avanzar mas profundamente en la dirección deseada.

En lo referido al PAMI, la esencia de la reforma fue introducir una estructura de incentivos competitiva dentro del sector público tomando como agente ejecutor del cambio al beneficiario del sistema. Se autorizó la libre elección de la obra social, el acortamiento del proceso de transferencia de los recursos al seguro identificado y el ajuste del monto por individuo en base a la edad. Esto avanzó principios rectores para la configuración del sistema dando mayores grados de libertad para los beneficiarios, la introducción de la competencia mediante la posibilidad de la movilidad entre seguros, la reducción de la ineficiencia mediante el acortamiento de los plazos de transferencia administrativa de los flujos financieros y el ajuste de la cápita por riesgo. La evaluación preliminar de esta reforma muestra un resultado contradictorio. Si bien aproximadamente un 6 % del padrón de beneficiarios optó por ejercer el derecho otorgado por la reforma, no es menos cierto que se han detectado problemas institucionales en la ejecución de la misma. La debilidad en el sistema de información (padrón maestro) del seguro público ha operado como una barrera para impedir la plena implementación de las medidas.

El cuadro de un contexto de mercados imperfectos, sobreoferta y saturación, junto a un deficiente sistema de seguros que genera desperdicio institucional de recursos, sugiere que una reforma que se precie requiere tanto cambios del lado de la oferta como de la demanda. Ello en un marco orientado hacia el mercado y la competencia. Estos enfoques competitivos para la reforma tiene la característica de requerir regulación y por lo tanto la reestructuración del rol del gobierno para establecer incentivos competitivos. El establecimiento de una estructura de incentivos, significa en algunos casos la remoción de obstáculos legales para que los compradores de servicios o seguros de salud puedan ejercer su opción mas agresivamente. En otras instancias, el foco se centra en el comportamiento de las organizaciones a través de la colocación de límites a la acción anti competencia de los proveedores.

La experiencia Americana sugiere en ese sentido, una primera posibilidad de evaluación practica con reformas competitivas, por lo cual es preciso revisar sus lecciones. El sistema americano que evolucionó a partir de la segunda guerra, tuvo dos objetivos: por un lado **proveer seguros de salud accesibles para quien pudiera pagar por el cuidado de su salud, y en segundo lugar asegurar al menos un nivel mínimo de atención para todos.** El sistema se baso en tres pilares. Primero en el seguro privado (que da cobertura a 68 % de los americanos) y que se basa en planes grupales basados en el empleo. El segundo pilar ha sido el seguro público provisto por los programas Medicaid, Medicare y algún otro programa como el Veterans affairs (VA) (que cubre al 19 % de la población). Finalmente el tercer medio ha sido el cuidado basado en la caridad para los indigentes otorgado tanto por proveedores públicos como privados. El financiamiento para este tipo de atención que cubre al 13 % de la población sin seguro, se obtiene mediante subsidios privados o públicos o mediante la transferencia de costos a los pacientes que pagan su atención. (Costo shifting).

La reforma competitiva en USA trató de **reestructurar el rol del estado en los mercados de salud para instalar incentivos adecuados (market regulatory reform) junto a estrategias individuales de reducción de costos tanto por parte de los pagadores individuales como de los proveedores de servicios. (Managed care).** Ejemplos de esta última estrategia son los HMOs (Health Maintenance organizations) los

PPOs (Preferred Provider Organizations) y los UR o sea programas que revisan la utilización de los servicios (Utilization review).

Las estrategias competitivas en definitiva pueden ser divididas en cuatro tipos:

1. Las que tienden a **enfrentar problemas con los incentivos de los consumidores. (demanda)** Están encaminadas a que los compradores compartan costos mediante mayores deductibles y tasas de coseguro así como la eliminación de la deductibilidad impositiva del seguro de salud privado.
2. Las que tienden a **enfrentar problemas de incentivos de la oferta** de servicios y que tienen dos focos de acción. Por un lado la **regulación antitrust** para evitar practicas colusivas de los proveedores como la fijación de precios, o las fusiones que se estiman anticompetitivas. Por el otro, estrategias para **dislocar la ejecución de la competencia desde los pacientes a los pagadores.** (La elección del proveedor se disloca desde los pacientes a los aseguradores quienes compran para sus aportantes).(Los PPOs negocian precios con los proveedores selectivamente y encaminan a los pacientes mediante incentivos financieros a determinados vendedores).
El sistema de pago prospectivo (PPS) para hospitales y el sistema de valores relativos basado en los recursos (RBRVS) para pagar a los médicos son otros ejemplos. El supuesto que subyace en estas formas de pago es que si bien la competición directa no existe en los mercados de salud debido a sus formas monopólicas, o al fracaso de los consumidores de comprar efectivamente o por su falta de información, sin embargo **las fuerzas del mercado se pueden poner en marcha indirectamente.** Mediante el sistema de pago prospectivo, las tasas de pago se establecen sobre costos medios de producir los servicios nacionalmente para líneas de productos definidas por grupos de diagnóstico relacionados (DGR). Esto implica que el pago a un hospital no se hace sobre sus costos específicos. Si los mismos resultan ser inferiores al pago hecho en base al DRG habrá un excedente, de lo contrario existirá una pérdida. De esta forma los incentivos aumentan la eficiencia. A medida que pasa el tiempo los pagos DRG se ajustan para reflejar los incrementos en la eficiencia promedio.
3. Las que tienden a enfrentar **la performance de la oferta de seguros.** En este caso, la estrategia es **aumentar el rango de opción disponible para los consumidores, y permitir la selección de oportunidades de bajo costo.** De esta forma la competencia que se genera entre prestadores de servicios ante la **compra agresiva de los aseguradores** en beneficio de sus aportantes, se ve propulsada por la **competencia entre los aseguradores para captar consumidores.**
3. Las que enfocan los problemas con **los costos de obtener y evaluar información tanto por el lado de la demanda como de la oferta** en los mercados de salud. Inicialmente esta estrategia eliminó las restricciones a la publicidad y a la provisión pública de información sobre precio y otros aspectos referidos a la calidad de la atención (ej. tasas de mortalidad). Por el lado de la oferta, la información mediante programas de revisión de utilización se encaminó a evitar la sobre o subutilización de los servicios. Estas tentativas han generado esfuerzos para obtener indicadores estandarizados de práctica.

La evaluación del impacto de las reformas, es multifacética. Las estrategias, que intentar mejorar la eficiencia han demostrado el trade off que existe entre costo y acceso. La reducción de la sobreutilización resulta en menores gastos en atención y puede **potencialmente** incrementar el acceso a los servicios. El eliminar desperdicio sin embargo, no implica automáticamente servicios para una mayor cantidad de personas, sino que puede conducir a un mayor rentabilidad con lo cual se impone regular para que el progreso técnico a través de nuevas formas de organización o de consumo racional de servicios sea transferido a la población. La reestructuración de los mercados por otro lado, puede tener efectos sobre la distribución de los servicios. Así por ejemplo, los costos compartidos por los consumidores pueden terminar por disminuir el acceso.

En segundo lugar existe **desacuerdo sobre los criterios para evaluar la performance en relación al acceso**. ¿En que medida por ejemplo el libre ejercicio de la elección del consumidor sobre el tipo y cantidad de servicios debe ser un objetivo en vez de la igualdad en el acceso para todos? En tercer lugar está el problema de la **aplicación de las reformas, las que no han sido ejecutadas en base a un plan comprensivo sino en base a una implementación parcial y centrada sobre casos separados**, lo cual parece ser una etapa previa a la expansión global de las reformas.

En general la evidencia parece reflejar que a un nivel micro, los mercados de salud pueden hacerse comportar en forma parecida a otros mercados. **Que la reestructuración de los incentivos parece ser una herramienta poderosa para mejorar la eficiencia, aunque no los problemas de equidad**. Por otro lado, si bien **en los mercados donde existen múltiples proveedores las reformas resultaron en mas competencia, en aquellos casos de estructura monopolista de mercado, las reformas no impidieron el comportamiento monopólico de los prestadores**. La síntesis final parece ser que si bien las reformas competitivas pueden funcionar y que se puede avanzar en la resolución de las fallas del mercado, no existe sin embargo una única estrategia competitiva. **En todo caso la principal consecuencia de las reformas ha sido la reestructuración de la regulación del gobierno en los mercados y no su eliminación. Lo que la evidencia parece sugerir es que algunos aspectos de las reformas competitivas pueden potencialmente incrementar las demandas regulatorias sobre el gobierno al mismo tiempo que iluminan importantes problemas sobre cuestiones distributivas y de equidad**.

Las implicancias para Argentina de estas lecciones son valiosas. En primer lugar porque sugiere que el problema central consiste en reestructurar el mercado de los seguros para ampliar el acceso sin discontinuidad de la cobertura, y ello implica modificar la estructura de incentivos para el aumento de los seguros privados. El objetivo debe ser aumentar las opciones disponibles para los consumidores y permitir la selección de oportunidades de bajo costo bajo un marco regulatorio que impida la selección de riesgo. En algunos casos el problema es de tipo impositivo y no específicamente referido a los mercados de salud. Ese sentido resulta necesario dar reglas comunes para todos los actores eliminando el impuesto al valor agregado a las compañías de seguro que operan en desventaja en relación a los prepagos y obras sociales, o alternatively imponer el tributo a todos los agentes del mercado inclusive las obras sociales..

En segundo lugar, es preciso cambiar radicalmente la forma de funcionamiento de los seguros públicos y semipúblicos. No basta con dar apoyo para su desarrollo institucional y convalidar los desequilibrios del pasado mediante el pago de deuda o la racionalización de personal. Las empresas que no consigan operar equilibradamente deben quebrar como cualquier otra. La reforma debe establecer un sistema de reservas técnicas y legales junto a otros indicadores (early warning tests) y la autoridad de aplicación debe ejecutar el mecanismo para que llegado el caso de insuficiencias operativas desaparezca la organización ,los beneficiarios puedan ser transferidos a otras entidades y queden los recursos respectivos.

Tercero, los seguros deben competir entre sí para atraer cotizantes, y estos no deben tener un impuesto al salario para financiar su seguro sino que deben financiarlo de

su gasto de bolsillo. Por su parte los seguros deben competir para comprar los servicios de los prestadores, y estos deben estar en condiciones de competir para atraer a los seguros. Para que ese mecanismo sea efectivo es preciso establecer libertad para evitar los problemas del tercer pagador y en consecuencia poder asociar las cuestiones clínicas a las financieras. Esto implica mayor libertad para la organización de la oferta que en la actualidad, desmontando el sistema arbitrario y discrecional de tener que obtener autorización de una intervención de la ANSSal para poder ser agente del seguro. Bajo esta perspectiva la ley de seguro debería ser modificada para recrear una estructura de incentivos en ese marco regulatorio que sea mas adecuado a la competencia. El primer paso por supuesto es eliminar el tributo al salario como mecanismo financiador del seguro, estableciendo simultáneamente la obligación de contratar un seguro de salud a todas las personas.

Cuarto, parece adecuado montar mecanismos que enfrenten los incentivos que motivan la conducta del consumidor. La compra de servicios de atención de la salud, implica una curva de demanda con pendiente negativa y la atención de la salud no puede ser considerada enteramente como un bien público. Es en todo caso un bien ambivalente que debe ser pagada por quien recibe la atención. En ese sentido el PMO reciente que establece techos para la participación del consumidor en afrontar los costos, ha sido una muy imperfecta forma de reconocer este hecho.

Quinto desde el lado de la oferta, no hay en la actualidad ninguna reforma que esté proponiendo una efectiva acción anti-monopolista y lo que es tal vez más importante anti oligopsonista.

Sexto en Argentina, parece estar ocurriendo una reforma de tipo atomizada,(piecemeal) centrada en experiencias parciales y que involucran cambios en las modalidades de pago con lo cual se pretende introducir eficiencia en forma indirecta. La fijación de cápitás diferenciadas por edad es un ejemplo. Una reforma referida a la generación y divulgación de información es algo que debe ser implementado inmediatamente. No solamente hay que saber de cuantos accidentes de tránsito se mueren las personas, sino también las probabilidades diferenciales de morir o sufrir complicaciones en base a la atención en ciertos lugares, o financiados por ciertos seguros que son los que empiezan a ejecutar la competencia.

Séptimo, es necesario generar reglas que permitan transferir a los consumidores, los beneficios de la competencia, el progreso técnico y la reducción de costos. Un sistema mas eficiente debe permitir reducir los problemas de cobertura y acceso.

En Argentina, la estrategia de la reforma avanzó en distintas líneas con diferentes consecuencias:

Primero ha concentrado la retórica de las propuestas en la eliminación de la cautividad en la afiliación a los seguros de salud sindicales. El gobierno introdujo así a través de las expectativas (amenaza de fomentar una reforma desde el lado de la demanda y mediante la compra agresiva del individuo de su seguro) un proceso de asociación de obras sociales, reconocido incluso en el informe del Banco Mundial. La asociación de grandes entidades está reforzando su poder oligopsónico con lo cual **las imperfecciones del mercado crecen en vez de desaparecer.**

En segundo lugar **ha desregulado a los prestadores, induciendo su estratificación entre los que tienen y no tienen capital, pero no ha impedido la conformación de frentes oligopólicos.** La reforma en ese sentido ha iniciado un proceso de declinación del artesano independiente, para establecer roles económicos al interior de la práctica sanitaria: crecientemente hay empresarios médicos, y médicos asalariados lo cual tiene su correlato en la declinación del rol de los asociaciones médicas y el crecimiento en importancia de las asociaciones de clínicas y sanatorios. Este hecho ha sido caracterizado por los sanitaristas como el paso de la medicina individual a la medicina institucionalizada.

En tercer lugar, no ha tomado decisión alguna en relación a las administradoras de prestaciones, pese a que varias de ellas han manifestado su interés por ser reguladas y proteger así un ámbito de negocios que podría ser vaciado por el accionar inescrupuloso de entidades sin solvencia ni seriedad.

Cuarto, el fuerte énfasis en la retórica Ministerial a favor del Hospital de autogestión en un contexto donde lo público no cesa de perder importancia relativa dentro del sector. Esto hace que los pocos hospitales de autogestión que funcionan como tales aparezcan en realidad vendedores de servicios barato para las obras sociales que desean maximizar la brecha entre cotización por beneficiario y cápita en salud.

El cuadro que surge en suma, es la de un sector con una fuerte concentración del poder de compra, la hipertrofia de la intermediación financiera, la estratificación de los proveedores de servicios y la aparición de un mecanismo de subsidios a las obras sociales desde los hospitales públicos esta vez no a partir de la atención gratuita sino a través de cápitales subvaluadas a precio de mercado y subsidiadas desde renta generales. La propuesta competitiva debe tomar en cuenta el escenario descrito donde la libertad de optar por parte de los consumidores se puede llegar a dar crecientemente al interior de redes organizadas por las administradoras de prestaciones o entre ellas y los oligopolios prestadores. Como por su vez, estas estructuras dependen de la entidad que administra el dinero, el poder gremial no desaparece del mercado de la salud, sino que toma la forma del capital financiero del sistema.

En ese contexto, el rol del estado debería orientarse hacia la redefinición de la estructura de incentivos competitiva dando mayor libertad de organización, eliminando el impuesto al salario, controlando a las entidades, difundiendo información sobre sus procesos y resultados, eliminando la distorsión que existe en el mercado de seguros generando las mismas posibilidades de desarrollo para el sector privado que para las obras sociales, ejecutando legislación anti-trusts, eliminando la competencia desleal de los hospitales mediante un esquema de financiamiento de los mismos que refleje su competitividad real, con la explicitación del subsidio únicamente para aquellas actividades que se decidan promover públicamente y dar juricidad a las administradoras de prestaciones entre otras iniciativas. En la actualidad, no solamente los ejes de la reforma no están definidos con la profundidad necesaria sino que desde la óptica del poder regulatorio, el país se encuentra en una situación de alta vulnerabilidad dada la debilidad de las instituciones que deben aplicar las normas existentes. Esto puede llevar al agravamiento de las distorsiones de los mercados al fomentar la creación de poderosos oligopsonios sin la contrapartida de un contralor suficiente para evitar prácticas colusivas.

Finalmente y como se dijo, la experiencia comparada sugiere que donde los mercados tienen menores imperfecciones, las reformas fomentan la eficiencia a través de una mayor competencia. **Cuando las formas del mercado se vuelven oligopólicas en cambio, la reforma no consigue cambiar la situación.** En este contexto, los cambios que están ocurriendo en Argentina, podrían llevar a la creación de imperfecciones del mercado de tal magnitud que en un contexto de debilidad regulatoria los resultados sean opuestos a los buscados. En la actualidad, se precisa un marco regulatorio consistente con una economía donde el fenómeno central parece ser el juego colusivo del oligopolio.

Esta visión no siempre ha sido aceptada por los organismos de asistencia externa. En consecuencia han desconocido la innovación como elemento central de la dinámica del mercado de fármacos proponiendo la introducción de genéricos, como lo ha señalado Jorge Katz. Recientemente, la misma tesitura ha llevado a la sugerencia de un programa médico obligatorio, en un contexto de sobreoferta que sugiere que lo más probable será la ampliación de las prácticas de ejecución de programas implícitos de los prestadores dados sus cronogramas de amortización antes que un mecanismo de dar a la gente lo que ella necesita. El resultado de esta falta de consistencia en las propuestas de reformas en relación a las imperfecciones del mercado, ha llevado a la descaracterización de las mismas y a la pérdida de efectividad de las medidas implementadas. Así no ha tenido éxito

la propuesta de utilización de genéricos y se corre el riesgo de tener la misma suerte con la introducción de la competencia en el sector de obras sociales sindicales o el seguro público para los jubilados. En realidad lo que parece ocurrir es que las reformas orientadas a preparar a los seguros para un nuevo negocio terminan transformándose en medidas para reducir la tasa de riesgo que los prestadores cargan a los entes financiadores y evitar el corte de servicios. En dos palabras, la reforma se limita a hacer funcionar lo que debe ser rápidamente transformado. Es justamente algo así como la reforma de la contrarreforma en salud.

8.2.- Escenario Futuro Probable

Las conclusiones han enfatizado hasta aquí que el sector salud se encuentra en una nueva fase de evolución institucional caracterizado por la concentración y transnacionalización de sus actores, en un contexto de desfinanciamiento y sobreoferta, junto a una serie de propuestas de reforma no enteramente consistentes con lo que el sector necesita.. Se impone por lo tanto cerrar este capítulo de conclusiones con alguna mención del probable escenario futuro que habrá de ocupar la agenda política de mediana.

En lo inmediato el escenario descrito de desfinanciamiento relativo de la demanda y la sobreoferta creciente no parece estar destinado a desaparecer. Esto por dos razones primero, por haberse alcanzado el techo en la expansión del financiamiento del sistema de las obras sociales desde que saliera el decreto de desregulación de 1991 y por la necesidad de ajustar la tasa de crecimiento de los egresos del PAMI y las obras sociales provinciales. En un país cuyos parámetros macroeconómicos serán el equilibrio fiscal y la expansión exportadora, es dable esperar que la solución a los problemas no venga por la expansión de aquellas fuentes de financiamiento. Lo que habrá de ocurrir seguramente es que continuará aumentando el gasto privado de bolsillo, con lo cual se habrá de acrecentar la brecha social de atención y consumo de bienes sectoriales.

Segundo, por la tasa de crecimiento de la importación de bienes de capital en el sector salud que desde hace cuatro años ha convertido el comportamiento de la importación en una curva exponencial. Eso implica que la suerte del sector ya está objetivamente jugada por varios años en el futuro inmediato. Si a esto se le suma el hecho de que todas las propuestas han descuidado el control de la expansión de la oferta, no parece haber en el horizonte perspectivas para el cambio de situación.

El sector salud presenta además un exceso de capacidad instalada. En la actualidad se está achicando parte del sector público. Esto es evidente en el cierre parcial de pabellones en los hospitales. No parece obvio que la capacidad excedente desaparezca del sector privado. La experiencia en Estados Unidos ha sido que el exceso de capacidad permanece por décadas y que los precios no caen. En Argentina se visualiza en lo inmediato una agudización de la puja distributiva. Dada la asimetría en la información que opera en el sector, antes de la destrucción de parte del capital sanitario habrá de observarse probablemente la consolidación de prácticas de atención en base a cronogramas de amortización antes que a necesidades epidemiológicas.

El sector privado en medio de la decrepitud de lo público, tratará de ganar sinergias operativas y se va a concentrar. Crecientemente habrá preocupación por cuestiones microeconómicas, costos variables, pool de cápitales, punto de equilibrio, etc. La racionalidad de la gestión será acompañada por una integración creciente entre los órganos financiadores y prestadores. La presencia de redes institucionales con mecanismos de financiamiento internos (prepagos institucionales) tendrán extensión regional. Pese a todo, será difícil observar disminución de los costos y la interrupción de la incorporación tecnológica. La propia transición epidemiológica y el proceso de envejecimiento poblacional contribuirán para que ello así ocurra.

Socialmente continuarán los problemas de acceso y se observará una diferenciación creciente en las posibilidades de atención. Se debería poner énfasis en resolver el problema de los no cubiertos y los no asegurados. Sería deseable que la discusión sobre los mecanismos de financiamiento reconozca que a medida que la estabilidad económica se consolida, el comportamiento cíclico de la economía se traducirá en un financiamiento también de carácter cíclico mientras las necesidades sanitarias son permanentes. Esto significa que **hay que separar el financiamiento de la salud del empleo**.

Es preciso en consecuencia, centrar crecientemente el debate en el sistema de salud como un todo y no sólo focalizar las cuestiones de financiamiento y demanda. Existen en la actualidad cuestiones que podrían ser resueltas con sólo dar continuidad y ejecución al marco legal vigente. Los autónomos y la fijación de su cápita correspondiente vinculada al programa médico es todo un ejemplo. El tema de los carenciados o indigentes no termina de ser resuelto. Mientras que el hospital de autogestión enfrenta problemas operativos que demandarán tiempo, esfuerzo y recursos para resolverlos, no se puede postergar indefinidamente la cuestión de la atención de los más débiles.

Pensando el futuro, es preciso reconocer que el mejor aporte a una reforma del sector radica en la generación de conocimiento sobre el mismo. Ante un cambio tan vertiginoso y tantas preguntas sin resolver, es preciso investigar y pensar el medio y largo plazo. En ese sentido este trabajo termina con lo que parecen interrogantes o posibles hipótesis de trabajo, para el futuro. Esas preguntas se exponen tentativamente a continuación:

- 1) Qué formas institucionales habrá de tomar la configuración del oligopolio bilateral en un contexto de transnacionalización y debilidad regulatoria?
- 2) Qué pasará con la oferta de servicios? Cuál será el perfil exitoso en la reconversión en marcha?. En qué medida la superación de la crisis y el crecimiento viene asociado a perfiles monovalentes, polivalentes, la instalación de alta complejidad, la atención o no de la internación psiquiátrica, la ampliación de la alta complejidad o simplemente la asociación a autopistas internacionales de salud?
- 3) Cómo impactará la globalización sobre la oferta? Es posible esperar la inversión extranjera y el desarrollo asociado o existirá simplemente una transnacionalización de los aportes y la conformación de pooles locales de afiliados que permitan a las entidades en otros países alcanzar su punto de equilibrio dada la capacidad excedente instalada y la racionalización de la atención en esos países?
- 4) En qué medida la oferta se organizará territorialmente en un corredor de centros urbanos incluídos algunos del exterior? Cómo afectará ese esquema la articulación del sector privado operando en el interior del país? Cuál será su participación en la futura distribución de las cápitass? Conservarán la autonomía profesional cobrando parte del precio fijado por individuo o simplemente serán convertidos en agentes de marketing de prepagos institucionales creados al interior de las redes instaladas en el corredor urbano transnacionalizado?
- 5) En ausencia de la regulación pública cómo se manifestará la autoregulación de la oferta privada? Qué posibilidades de éxito tienen las entidades institucionales que administran riesgo y que antes eran gremiales preocupadas por los ingresos antes que por la racionalización de los costos? Qué mecanismos de exclusión utilizarán como forma de detener la sobreprestación sobre los ingresos limitados? Cómo se compatibilizará la estructura culposa de poder y cargada de juramento hipocrático que tiene la comunidad médica con la firmeza necesaria para el redimensionamiento de mercados enteros en el sector? En qué medida los criterios de selección privilegiaran la excelencia, el saber, la

ética y el compromiso público antes que la reificación de la lógica comercial desenfrenada?

- 6) Cuál es el impacto que tiene sobre el perfil de la oferta la ausencia de firmeza regulatoria del Estado? En qué medida la falta de una acreditación y categorización puesta en práctica que elimine establecimientos que deban ser cerrados, no impide la estandarización de los costos y le hace pagar a las instituciones serias que capacitan e invierten con endeudamiento excesivo la competencia desleal de las organizaciones improvisadas?
- 7) Cuál será el rol de las obras sociales, las administradoras de prestaciones y de los prepagos en este escenario de la oferta? En qué medida el fortalecimiento de las obras sociales permitirá que la capacidad excedente instalada no sea financiada a través de ilimitados plus y se conviertan en un factor adicional para introducir racionalidad en el sector? Cuál será el impacto de que las obras sociales se conviertan en entidades centralizadas y federalizadas manejando grandes pools de cápitas regionales para que las administren otras organizaciones que se encuentran en la actualidad en una fase embrionaria de crecimiento? Qué puede pasar ante el vacío regulatorio con estas organizaciones y con el consumidor en general si se producen casos de defraudación? Cuál sería el impacto de la generalización de los prepagos con sus prácticas de selección de carteras, exclusiones, preexistencias y el ajuste ilimitado por el lado del gasto privado de bolsillo convalidante del exceso de oferta existente? En qué medida la presencia de los corredores urbanos transnacionalizados pueden convertirse en un mecanismo de atención de élites mediante la distorsión de la atención en términos epidemiológicos o alternatively pueden ser medios para una atención en gran volumen que amplíe el acceso y racionalice la práctica de la atención?
- 8) En qué medida la política oficial de reducción de aportes patronales, redireccionamiento equitativo de los recursos de otra naturaleza y asignación de los subsidios automáticos por individuo ajustado por riesgo e ingreso genera reingeniería de los convenios y concentración de los mismos en pocos prestadores con mayor volumen de atención y menores precios que permitan conciliar la rentabilidad de la oferta y la capacidad financiera de la demanda?
- 9) Cuál será el futuro de las obras sociales que se federalicen y se conviertan apenas en comisionistas de la transferencia de aportes?
- 10) Cuál será la posibilidad de articulación entre lo público y lo privado en las redes de corredores urbanos transnacionalizados? Es posible pensar en una transnacionalización a partir del fortalecimiento de las entidades locales que busquen socios en el extranjero antes que a la inversa? Qué factibilidad hay de que se explicita la división del trabajo entre el sector privado y el público, se maximice la utilización de la capacidad instalada, se proceda a planear la capacidad futura y funcione la regulación referida a certificados de necesidad de aumentar los bienes de capital? Cómo se logrará evitar la privatización de los órganos regulatorios? Cómo se manifestará la anomia estratégica en el caso del sector salud argentino ante la persistencia de los distintos subsectores, en la búsqueda de sinergias implícitas de corto plazo?
- 11) Cómo explicar las diferencias en el funcionamiento de los hospitales de autogestión? Cuáles son los factores que explican el éxito o el fracaso de los mismos? Cuál es la relevancia de la conducción sectorial, de la morfología de la oferta en el mercado o la capacidad gerencial?

- 12) Qué pasará con las regiones periféricas donde no hay rentabilidad suficiente o por la indivisibilidad de la inversión el gasto en salud per cápita se eleva sobre el promedio general? Habrá voluntad política de generar puentes de traslado a los corredores o se continuará con la oferta local?
- 13) Cómo proceder rápidamente a la articulación institucional de las personas que menos recursos tienen? Cómo hacer para que el acceso al corredor urbano transnacional sea también una posibilidad para el hombre de escasos ingresos? Cómo ajustar en definitiva el perfil del sector para que la rentabilidad venga por la ampliación de la escala, el volumen, la racionalidad de la atención, la democratización en el acceso y no por la selectividad, el aumento del precio, el gasto de bolsillo, la distorsión prestacional y el aumento de la inequidad?
- 14) Cómo reconocer en definitiva que en un escenario de oligopolio bilateral debe existir también un estado fuerte, vertebrado, con inteligencia operativa para garantizar el éxito de la reforma estructural?

Estas son algunas dudas que intentan marcar un rumbo de pensamiento. Que deberían ser verificadas o no a la luz del proceso en marcha en el país. La agenda pendiente, amerita a no dudarle un debate que reconozca los logros alcanzados pero también la deuda operativa del sector. En todo caso hay que hacer dos cosas, por un lado reconocer la virtual inalcanzabilidad de la meta salud para todos en el año 2000. Por el otro, reconocer que el dilema actual es el de observar la profundización de las desigualdades en el acceso y la cobertura, o actuar para resolver simultáneamente el problema de la sobrecapacidad instalada con las necesidades de las personas mediante un desarrollo institucional que permita ampliar el acceso a más personas a la tecnología y los adelantos en los procesos médicos disponibles. Así las cosas, la única especificidad del presente es el reconocimiento de que el progreso no es unilineal, ni socialmente neutro. No sólo existe el riesgo de que la cobertura y el acceso no se universalicen sino que al contrario es probable que los mismos retrocedan en su alcance. Esta visión de un cambio contradictorio, estratificado y semi-excluyente, tiene sin embargo como posibilidad un camino de decisiones racionales y de mayor justicia distributiva. Ello implica que esta realidad lejos de debilitar el lema de salud para todos lo reilumina y debe convertir al mismo en un objetivo fortalecido para avanzar en la dirección deseada.

BIBLIOGRAFÍA

- Arnould Richard, Rich Robert y White William. **“Competitive Approaches to Health Care Reform”**. The Urban Institute Press.1993. Washington D.C.
- Consejo de Obras y servicios Sociales Provinciales de la República Argentina. COSSPRA. **“Boletín Informativo”**.
- Consejo Empresario Argentino. FIEL. **“El sistema de Seguridad Social. Una Propuesta de Reforma”** Consejo Empresario Argentino. Noviembre 1995.
- Dirección de Bioestadísticas. Departamento de Estadísticas e Informática. Programa Estadísticas de Salud. **“Serie Cronológica Hospitalaria años 1989a 1994”** Mendoza.
- Flood Cristina, Harriague Marcela, Gasparini Leonardo y Velez Benigno. **“El gasto público social y su impacto redistributivo”** Ministerio de Economía y obras y servicios públicos. Secretaría de Programación Económica. 1994.
- Fuchs Victor R. **“The Future of Health Policy”**. Harvard University Press. 1994.
- Hall Mark. **“Reforming Private Health Insurance”** American Enterprise Institute for Public policy research. Washington D.C. 1994
- Hayec Friedrich **“Camino de Servidumbre”** Alianza Editorial. Madrid 1976
- Hayec Friedrich **“La Teoría Pura del capital”** Aguilar M. Madrid 1946
- Informe Económico**. Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. Secretaría de Programación Económica. Publicaciones Trimestrales de 1994,1995 y primer trimestre de 1996
- Jacobs Philip. **“The Economics of Health Care”**. Aspen Publication. 1991. Maryland. USA.
- Jouval Henri. Argentina 1990-1993. **Memo de la OPS-OMS** Argentina.
- Katz Jorge. “Salud, Innovación Tecnológica y Marco regulatorio. Un comentario sobre el informe del Banco Mundial Invertir en salud”. Desarrollo Económico Vol 35, N 138. Julio setiembre 1995.
- Martínez Hector. **“Sistema de Atención Médica Nacional”**. Memo Inédito. Presidencia de Full Medicine S.A. Rosario. Argentina. 1995
- Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud. Estadística de Salud. **“Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina. 1995”**
- Ministerio de Economía de la Nación. **PAMI: Diagnostico y Perspectivas**. Memo. Julio de 1995.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación Argentina **Proyecto de Reforma del Sector Salud**. PRESSAL. Documento N° 1.
- Report and Recommendation of the Presidente of the International Bank for Recontruction and Development to the Executive Directors on proposed Health Insurance Reform Loans to the Argentine Republic.. 1996. World Bank. Inédito.
- Rodríguez del Pozo Pablo. “Personalidad de las obras sociales y agentes del seguro de salud: su encuadramiento doctrinal como personas de derecho publico no estatal.” Trabajo inédito. 1995.
- Saltman Richard y Casten von Otter. **“Mercados Planificados y Competencia Pública”**SG Editores. Barcelona España. 1994
- Schwartz William y Neil Komesar. **“Los médicos, los daños y la disuasión: una visión económica de la práctica médica errónea”**. En Haverman Robert y Margolis Julius.

- Un análisis del gasto y las políticas gubernamentales". Fondo de Cultura Económica México 1992.
- Secretaría de Empleo y Formación Profesional. "**Obras Sociales**". Marzo 1996.
- Subsecretaría de Economía Laboral y Social. "**Obras Sociales**". Diciembre 1994. Ministerio de Economía de la Nación.
- Tafari Roberto "Globalización Sobreoferta y Debilidad Regulatoria: El sector Salud en Tiempos de Reforma". Universidad Nacional de Río Cuarto. 1996.
- Tafari Roberto "Escenario y restricciones para un Programa Médico Obligatorio en Argentina " Medicina y Sociedad. N 4 Vol 18. Octubre-Diciembre de 1995.
- Tafari Roberto. "**Desfinanciamiento y Sobreoferta en Salud.**" Revista de Economía Enero Marzo 95. N 76. Banco de la Provincia de Córdoba.
- Tafari Roberto. "**Racionalidades Institucionales en el Sector salud**". Revista de la Escuela de Salud Pública. Córdoba. Argentina 1993.
- White Joseph. "Competing Solutions American Health Care Proposals and International Experience" The Brookings Institution. Washington D.C. 1995
- Zook Christopher, Moore Francis y Richard Seckhauser. "**El seguro catastrófico de la atención médica: una prescripción errada**". En Haverman R. y otro op cit. Fondo de Cultura Económica. México. 1992'