

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

59

**TENDENCIAS, ESCENARIOS Y FENÓMENOS
EMERGENTES EN LA CONFIGURACIÓN DEL
SECTOR SALUD EN LA ARGENTINA**

Hugo E. Arce



NACIONES UNIDAS

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

SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO

**TENDENCIAS, ESCENARIOS Y FENÓMENOS
EMERGENTES EN LA CONFIGURACIÓN DEL
SECTOR SALUD EN LA ARGENTINA**

Hugo E. Arce



NACIONES UNIDAS

**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
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, junio de 1997

LC/L.1042
Julio de 1997

Este trabajo fue preparado por el señor Hugo E. Arce, 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.- CAMBIOS EN LA NATURALEZA DE LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO ..	7
1.1.- Modelos organizativos e hitos históricos hasta 1990	7
1.2.- La salud durante la crisis hiperinflacionaria	9
1.3.- Cambios en el papel del Estado Nacional desde 1990	10
1.4.- La concertación entre la autoridad sanitaria nacional y las provinciales	11
1.5.- Definición de facultades políticas de la autoridad sanitaria nacional	12
1.6.- Carácter "autogestionable" de los hospitales públicos	13
1.7.- Financiamiento externo de los planes del Estado Nacional	14
2.- RASGOS SALIENTES EN LA FUTURA CONFIGURACIÓN DEL SECTOR .	19
2.1.- Componentes de la "autogestión" hospitalaria	19
2.2.- Reconversión de los sanatorios privados en el marco de una economía competitiva	23
2.3.- Reestructuración de las Obras Sociales como agentes competitivos de la Seguridad Social	26
2.4.- Posibles regulaciones del mercado de la Medicina Prepaga	28
2.5.- El factor "calidad" como futuro regulador del Sector	30
3.- FENÓMENOS EMERGENTES EN EL MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD	33
3.1.- Asociaciones de prestadores: el caso Equisal S.A.	34
3.2.- Nuevos inversores ajenos al Sector: el caso The Excel Group	37
3.3.- La nueva franja de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART)	39
4.- CONSIDERACIONES FINALES	43
4.1.- Funciones de las autoridades sanitarias estatales	43
4.2.- Administración de los hospitales públicos	44
4.3.- Reestructuración del sistema de Obras Sociales	44
4.4.- Reconversión del subsector privado	45
4.5.- Mecanismos futuros de regulación	46
ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

RESUMEN

El presente trabajo tiene el propósito de analizar la evolución del Sector Salud en la República Argentina desde 1990. El eje del análisis se centrará en las reformas que se están produciendo en el financiamiento del Sector Salud y las perspectivas futuras de la relación entre los subsectores público, privado y de la Seguridad Social.

Este documento toma como referencia preliminar, los diferentes modelos de organización general de los servicios de salud, por los que transitó la Argentina a lo largo del Siglo XX, hasta finales de la década del 80. Considera que a partir del proceso hiper-inflacionario de 1989/90, las bases organizativas del modelo vigente se desarticularon, dando paso a nuevas tendencias y fenómenos, que permiten suponer la configuración de un modelo diferente.

Las nuevas tendencias serán analizadas a través de 3 enfoques principales:

- a) cambios en la naturaleza de la intervención de las distintas jurisdicciones estatales en la organización del Sector y análisis de legislación producida por el Estado Nacional.
- b) rasgos salientes en los escenarios futuros del Sector, a partir del análisis de las tendencias observadas en los hospitales públicos, los sanatorios privados, las Obras Sociales y las empresas de Medicina Prepaga.
- c) análisis de algunos de los fenómenos emergentes en el mercado de los servicios de salud, tendientes a la concentración, productividad y/o competitividad de los recursos.

Finalmente se presentan una serie de consideraciones, que sintetizan los comportamientos generales del Sector y que -a través de la observación de las tendencias actuales- pueden esperarse para el futuro mediato.

1.- CAMBIOS EN LA NATURALEZA DE LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO

La historia del Sector Salud en la Argentina, está signada por su organización constitucional y la génesis de su integración como Nación. En nuestro país, las Provincias no son las resultantes de una división territorial con fines administrativos, sino que **preexistieron** jurídicamente a la Nación.

Cuando las Provincias decidieron **unirse** para constituir la Nación, delegaron en el nuevo espacio nacional -entre otras funciones- su representación exterior en el ámbito internacional, la emisión de moneda y la seguridad de las fronteras. En cambio, retuvieron bajo su control las acciones destinadas a promover el bienestar de la población, como salud y educación. Sin embargo, el Artículo 14 bis de la Constitución Nacional -introducido en la reforma de 1957 y ratificado en la de 1994- prevee la creación en el orden nacional, de un sistema de Seguridad Social, que garantice el bienestar de las personas.

Los hechos mencionados, son el germen de una historia -en la organización del sistema de salud- impregnada de contradicciones entre los diferentes actores institucionales, así como de marchas y contramarchas en los intentos de ordenarlo, a través de una estructura integrada a nivel nacional.

El proceso hiperinflacionario ocurrido entre 1989 y 1990, constituyó un punto histórico de inflexión, ya que desarticuló las bases del modelo vigente, y dio lugar a la aparición de nuevas tendencias y fenómenos, que permiten suponer la configuración de un modelo organizativo diferente. De manera que conviene "avistar a vuelo de pájaro" los hechos y momentos salientes de la historia anterior a 1989, con el fin de comprender mejor el estado en que se encontraba el Sector, en el punto de partida de este estudio.

1.1.- Modelos organizativos e hitos históricos hasta 1990

Se parte del supuesto que el conjunto de las instituciones y actividades, que participan en el desenvolvimiento de la Atención de la Salud constituyen un "sistema", independientemente de los vínculos formales que existan o no entre ellos. Los rasgos salientes que muestran en su comportamiento, configuran el "modelo organizativo" del sistema.

Para elaborar una "taxonomía" de modelos organizativos predominantes en el Sector, a lo largo del Siglo XX, hemos tenido en cuenta el poder relativo que ejercían

los diferentes actores institucionales en cada etapa, su capacidad para orientar o regular el desenvolvimiento del sistema a través de la planificación, y el nivel de concentración o descentralización de las decisiones (1,2):

- I) Modelo pluralista no planificado (hasta 1945)
- II) Modelo de planificación estatal centralizada (1945-55)
- III) Modelo pluralista de planificación descentralizada:
 - a) formación (1955-70)
 - b) institucionalización (1970-77)
 - c) crisis distributiva (1977-90)

El **modelo pluralista no planificado** se caracteriza por el predominio del concepto de Salud como responsabilidad individual u objeto de caridad. La representación del Sector Salud en el Estado Nacional, está dada por el Departamento Nacional de Higiene -dependiente del Ministerio del Interior- y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, en el área del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. En la administración de los establecimientos públicos prevalecen entidades benéficas, pero tanto éstos como los nosocomios privados, se desenvuelven en una lógica de coincidencia -bajo una misma titularidad- entre la posesión patrimonial y la financiación del funcionamiento. Existe una actividad mutual intensiva (no estatal), esencialmente en base a la nacionalidad de origen del trabajador.

El **modelo de planificación estatal centralizada** está determinado por la creciente injerencia del Estado Nacional en la inversión, planificación y administración de servicios de salud, en un marco de predominio del concepto de Salud Pública. En 3 años la Salud Pública logra un Ministerio específico, dentro del Gobierno. Se duplica la dotación de camas hospitalarias, debido al impulso inversor del Estado Nacional y de una entidad de ayuda social vinculada al poder político (Fundación Eva Perón), mientras que en la administración nosocomial prevalece la misma lógica señalada en el período anterior. Las entidades mutuales tienden a reagrupar a los trabajadores por rama de la producción, dando lugar al precedente de las Obras Sociales.

El **modelo pluralista de planificación descentralizada** se caracteriza por la progresiva desconcentración, de los centros de decisión hacia los Estados Provinciales y otras entidades no estatales. Se "provincializan" los hospitales públicos y surgen sucesivos proyectos de autarquía administrativa. Las Obras Sociales pasan de la voluntariedad mutual a la obligatoriedad, por convenios colectivos de trabajo, y se favorece el crecimiento de la capacidad instalada privada. La lógica administrativa predominante, procura el desdoblamiento entre la posesión patrimonial y la financiación operativa (etapa de **formación**).

Tres lustros después, la Seguridad Social, basada en agrupamientos no estatales de origen gremial (Obras Sociales), logra extenderse hasta los límites de la población con capacidad contributiva, incluyendo a la clase pasiva -con la creación de su propia entidad- y a los trabajadores estatales con el fortalecimiento de las Obras Sociales provinciales. Se expande el poder de las corporaciones de prestadores, como intermediarias en los circuitos de facturación y pago, con un amplio predominio de la modalidad de pago por prestación y "libertad de elección", mediante precios fijos. La puja distributiva principal se da entre prestadores y financiadores (etapa de **institucionalización**).

En menos de una década, el modelo desemboca en una desvalorización del trabajo médico respecto de la tecnología, y una orientación reparadora de enfermedades en desmedro de la prevención. Los establecimientos públicos decaen

paulatinamente. La necesidad de una rápida incorporación de bienes de capital, acelera el desdoblamiento entre la explotación de la planta física sanatorial y la del equipamiento, que pertenecen a diferentes dueños. Se extiende una modalidad de contratación mixta, en la que las corporaciones de prestadores contratan por capitación anticipada y pagan en diferido por prestación. Todo esto contribuye a que la puja distributiva se traslade al interior del sector prestador, en el marco de una marcada monopolización, tanto por parte de los proveedores como de los compradores de servicios (etapa de **crisis distributiva**).

1.2.- La salud durante la crisis hiperinflacionaria

A partir de 1989, no sólo se arriba a una aguda crisis hiperinflacionaria que se extiende hasta el año siguiente, sino también se produce un cambio abrupto y anticipado de las autoridades nacionales, en el marco de graves episodios de rebelión social. Vale la pena señalar algunos de los rasgos del comportamiento de los servicios de salud, durante el período hiperinflacionario (3,4).

En el primer semestre de 1989, la paridad del dólar se multiplicó por 25 y, tras ella, los precios minoristas alcanzaron una tasa del 208% mensual. La misma evolución siguieron los insumos hospitalarios (medicamentos, materiales descartables y otros dispositivos de uso médico), que en gran medida contienen materias primas, tecnologías -o son totalmente- importados. La acelerada inflación anuló toda posibilidad de crédito en las transacciones comerciales, de modo que las compras hospitalarias y sanatoriales debieron ser pagadas al contado.

Los establecimientos públicos vieron impedidos sus suministros a través del régimen estatal de compras y contrataciones, basado en licitaciones y pagos diferidos. Los proveedores, no pudiendo sostener los precios de sus ofertas, preferían pagar las multas por incumplimiento. Por consiguiente los hospitales derivaron todas sus compras a través de las respectivas Cooperadoras, que -por ser asociaciones civiles sin fines de lucro- operan con normas privadas. En algunas jurisdicciones, mediante regímenes de excepción, se apeló a compras directas con pagos al contado, a través de abultadas "cajas chicas" o fondos aceleradamente renovables con "cargos a rendir".

Los establecimientos privados mantuvieron en los primeros meses su funcionamiento, mediante una continúa remarcación de aranceles. Pero, los dependientes de sus facturaciones a las Obras Sociales (OO.SS.), quedaron rápidamente neutralizados en su capacidad operativa, por la imposibilidad de soportar el diferimiento de los pagos por parte de éstas. Cuando pudieron, descargaron parte de su costo financiero, exigiendo pagos adicionales a los pacientes. Cuando esta conducta no fue posible, recurrieron directamente al rechazo de la demanda.

La capacidad financiadora de las OO.SS. se sumergió inmediatamente: por el deterioro del valor del salario, por la creciente evasión de los aportes y contribuciones que gravan la nómina salarial (o su rápida desvalorización), por su habitual ineficiencia administrativa y por el continuo reajuste de los valores arancelarios. De manera que una parte mayor de su flujo financiero, fue absorbida por las erogaciones corrientes de su estructura administrativa.

La demanda postergable -patología quirúrgica como amigdalectomías, colecistectomías, resecciones parciales de ovarios, histerectomías, etc.- que absorbe una gran parte del gasto de las Obras Sociales, fue derivada hacia momentos más

propicios. La demanda impostergable -como los nacimientos y la atención del neonato- que constituye alrededor de $\frac{1}{4}$ parte del gasto, fue derivada a los hospitales públicos, que vieron incrementada su carga habitual de trabajo.

Los hechos apuntados precipitaron el incremento del gasto en salud "de bolsillo", y contribuyeron al agudo deterioro del poder adquisitivo del salario y al empobrecimiento de grandes franjas de población.

1.3.- Cambios en el papel del Estado Nacional desde 1990

Desde 1990 se suceden diferentes decisiones que completan la transferencia del poder administrativo de los servicios públicos, desde el Estado Nacional hacia los Estados Provinciales, continuando una tendencia que se viene desarrollando desde 1955.

Un documento de trabajo de la Secretaría de Salud de 1991 (5), muestra el propósito de las autoridades nacionales, de fortalecer su capacidad de asistencia técnica a las Provincias -sobre cuyos Ministerios de Salud recae el mayor peso en la administración de los servicios- y de concentrar sus esfuerzos en la planificación de los que denomina "programas estratégicos" (materno-infantil, inmunizaciones, Chagas y SIDA).

Con la proyección presupuestaria del ejercicio '92 (6), concluye el proceso iniciado 1957, por el que se fueron transfiriendo los hospitales públicos hacia las jurisdicciones en las que se asentaban. En efecto, al aprobarse la Ley de Presupuesto de ese período (Nº 24061), desaparecieron de la Secretaría de Salud las partidas destinadas a servicios hospitalarios, excepto los institutos especializados en Microbiología, Chagas, Epidemiología, Virología, etc. De este modo, se transfirieron simultáneamente 11 hospitales al Municipio de la ciudad de Buenos Aires. En cambio no pudo aún ser resuelta, la transferencia a la Provincia de Buenos Aires, de un Hospital General de Agudos (Posadas), una Colonia Psiquiátrica (Montes de Oca) y una Colonia para Leprosos (Baldomero Somer).

La magnitud de la partida hospitalaria mencionada, era de U\$S 110,7 millones, de los cuales U\$S 68 millones pasaron a depender de la Municipalidad de Buenos Aires, U\$S 40,2 correspondían a la Provincia de Buenos Aires y U\$S 2,5 a la Provincia de Entre Ríos. A efectos de aportar algunos datos comparativos, conviene destacar que el total del presupuesto proyectado para la finalidad Salud -excluyendo la partida hospitalaria- de ese ejercicio, era de U\$S 641,4 millones, que correspondían al 3,56% del crédito global. De ese importe, las $\frac{3}{4}$ partes -unos U\$S 484,6 millones- debían ejecutarse a través de la jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social (7), por lo que la partida hospitalaria representaba casi la $\frac{1}{5}$ parte de los créditos de este Ministerio.

También es oportuno hacer un breve análisis de los recursos provenientes del Tesoro Nacional, para ser ejecutados por las Provincias con una finalidad específica. En efecto, una forma mediante la que la Secretaría de Salud reforzaba históricamente su peso político en la administración del sistema, era la distribución de los fondos asignados a los Programas de Apoyo en Salud (PAS) que, desde 1969 -con distintas variantes- estuvieron destinados a subsidiar determinadas actividades, promovidas desde el nivel central, con evaluación de sus resultados (8). Por ejemplo en 1985, a través del Programa 036/Asistencia Provincial en Salud del Presupuesto Nacional (fondos PAS), la Secretaría de Salud efectuó transferencias financieras por más de

U\$S 66 millones. El grado de ejecución que luego tuvieron estos fondos fue variable, pero llegaron a representar en las diferentes Provincias, desde el 1,1 % del gasto estatal en salud del Neuquén hasta el 18,7 % de Formosa (9).

A partir de 1991 se suprimieron todas las transferencias financieras con finalidades específicas, excepto las de los denominados Programas Sociales Comunitarios (POSOCO), que fueron suprimidas a partir del ejercicio '92. Se agrupaban como POSOCO, un conjunto de programas de ayuda social a poblaciones carenciadas, como asistencia alimentaria, comedores comunitarios y subsidios especiales.

Se unificaron así las "cajas" entre la Nación y las Provincias, canalizándose todas las transferencias en dinero, desde la jurisdicción nacional a las provinciales, a través de los recursos **coparticipables**. Sin embargo, no se agotó allí la capacidad de asistencia de la autoridad sanitaria nacional hacia las provinciales, ya que en el mismo ejercicio '92 se habilitaron alrededor de U\$S 80 millones, para la adquisición de insumos destinados a los que la Secretaría de Salud había priorizado como "programas estratégicos" (10). La particularidad de estas transferencias es que no se ejecutaban mediante créditos monetarios, sino a través del envío de insumos críticos para la implementación de los programas.

1.4.- La concertación entre la autoridad sanitaria nacional y las provinciales

La concertación entre las autoridades sanitarias, pertenecientes a los Poderes Ejecutivos de las jurisdicciones nacional y provinciales, tiene particularidades que exceden el marco constitucional de acuerdos políticos entre la Nación y las Provincias, que se instrumenta formalmente a través de las Cámaras del Congreso Nacional.

En efecto, al igual que el Área Educativa, el Sector Salud cuenta con un organismo "horizontal" que promueve la articulación interjurisdiccional: el Consejo Federal de Salud (COFESA), creado por la Ley 22373/81. Pero a diferencia del Consejo Federal de Educación, que tiene una tradición decisoria trascendente, el COFESA ha funcionado en general, más como un ámbito de *exposición* de las autoridades nacionales ante las provinciales, que de *concertación* de políticas sanitarias (11). De cualquier modo, la existencia de estos organismos reconoce la **autonomía legal** de las Provincias en lo referente a Salud y Educación, tal como lo señalábamos al comienzo de este trabajo.

Procurando fortalecer la capacidad decisoria del COFESA, la Secretaría de Salud suscribió en octubre de 1991, junto con los Ministros y Subsecretarios de Salud de las Provincias, un documento destinado a establecer el punto de partida político, que respaldara las acciones en Salud del Gobierno Nacional (12). Dicho documento establecía el marco general de las políticas de Salud, a partir del cual se canalizarían recursos provenientes de organismos financieros internacionales, tendientes a asistir técnicamente a las autoridades sanitarias provinciales y desarrollar su capacidad de planificación.

En efecto, no sólo se celebraba por este medio un acuerdo-marco entre las diferentes jurisdicciones, sino también se establecían los pasos iniciales para reconvertir los organismos de conducción sanitaria, en base a una redistribución de funciones: la Secretaría de Salud de la Nación delegando la administración directa de efectores y asumiendo como funciones centrales las de **orientación política y asistencia técnica** y, en cambio, los Ministerios Provinciales adquiriendo la responsabilidad principal en la

administración de establecimientos públicos y de programas de salud. Para llevar a cabo esta reconversión se emplearían de manera protagónica, los recursos financieros provenientes de créditos internacionales con destino específico al Sector Salud.

1.5.- Definición de facultades políticas de la autoridad sanitaria nacional

En diciembre de 1991 se produce un cambio de autoridades sanitarias en el orden nacional, coincidentemente con el comienzo de un nuevo período de los Gobiernos Provinciales. Conviene aclarar que en ese momento, los períodos de mandato del Poder Ejecutivo Nacional (PEN) eran de 6 años y los de los gobernantes provinciales de 4 años. El cambio del Ministro de Salud y Acción Social de la Nación fue determinado por razones políticas; en cambio, los Poderes Ejecutivos Provinciales se renovaron por los plazos constitucionales y, con ellos, los respectivos Ministros de Salud. Cabe acotar que, a partir de la Reforma Constitucional de 1994, todos los mandatos se unificaron en 4 años.

La simultaneidad del cambio de autoridades en todas las jurisdicciones, posibilitó que los funcionarios entrantes no retomaran el Acuerdo Federal logrado por sus predecesores. De manera que el nuevo Secretario de Salud del PEN, dedicó sus esfuerzos iniciales a definir el marco de sus funciones e incumbencias, por medio del Decreto 1269 de julio de 1992, que aprobó las "Políticas Sustantivas e Instrumentales" de la Secretaría de Salud (13). Sin embargo, visto bajo la perspectiva histórica, el citado Decreto vino a formalizar -mediante una decisión presidencial- la **reconversión de funciones**, acordadas políticamente el año anterior, entre la Nación y las Provincias.

En su articulado define 4 políticas sustantivas. La primera está referida al **Derecho a la Salud** de toda la población, mediante un sistema basado en criterios de **equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad**. La siguiente promueve mejorar la **accesibilidad, eficiencia y calidad** de la atención médica, mediante la **extensión de la cobertura** a toda la población. La tercera apunta a disminuir los factores **evitables** de enfermar y morir, a través de acciones **concertadas** dirigidas a las poblaciones en **riesgo sanitario y social**. Por último, la cuarta plantea la **redefinición del rol** del Sector Salud del Estado Nacional, fortaleciendo la **federalización y descentralización** hacia los Estados Provinciales.

Para cada una de estas políticas "sustantivas" se definen entre 5 y 9 políticas "instrumentales", que desagregan los objetivos y los instrumentos por medio de los cuales se llevarán a cabo los propósitos enunciados. Tanto por la situación histórica en que fueron dadas a conocer estas normas legales, como por su estilo de redacción, estas "políticas" estaban en mayor medida destinadas a redefinir la **misión y funciones** de la autoridad sanitaria nacional, antes que a enunciar **propósitos, medios y metas** acerca de la salud y el nivel de vida de la población.

Como marco general del momento que estamos describiendo, cabe agregar que, a un año de la puesta en marcha del Plan de Convertibilidad por el Ministerio de Economía, el Estado Nacional se encontraba en un acelerado proceso de reestructuración, de privatización de servicios públicos y de racionalización administrativa.

1.6.- Carácter “autogestionable” de los hospitales públicos

En abril de 1993 se sanciona el Decreto 578, que define al Hospital Público de Autogestión y las condiciones que debe reunir para adquirir esa calificación (14). En realidad el término “autogestión” no hace más que ponerle un nombre -adaptado a la terminología de esta época- al prolongado proceso de **descentralización**, que se viene dando en los hospitales a lo largo de las 4 últimas décadas. Veamos una breve síntesis de este proceso, a través de sus hitos destacados.

Hacia fines de la década del 50, se inició un proceso de transferencia de los hospitales públicos desde la jurisdicción nacional hacia las provinciales, por convenios con las respectivas Provincias y sucesivas leyes nacionales, que se extiende desde 1961 a 1992. Como hitos importantes, vale la pena mencionar: la Ley 16432 del Presupuesto 1962, a través de la cual se instrumentó la transferencia de hospitales de las Provincias de Santa Cruz, Formosa, Tucumán y Córdoba; la Ley 18586/68, en cuyo marco se suscribieron convenios de reciprocidad con otras Provincias; la Ley 21883/78, que transfirió la totalidad de los establecimientos remanentes en la jurisdicción nacional (exactamente 65), excepto algunos ubicados en la Capital Federal y la Provincia de Buenos Aires, y la ya mencionada Ley 24061/91 (Presupuesto del Ejercicio '92), transfiriendo a la Municipalidad de Buenos Aires los 11 hospitales ubicados en esa ciudad.

Simultáneamente, también se originaron proyectos tendientes a modernizar y agilizar la administración de los nosocomios. En 1960, un proyecto del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, implementa una experiencia piloto en 2 establecimientos regionales -denominada **hospitales de reforma**- que dura algo menos de 3 años. Este proyecto procuraba la descentralización administrativa, la participación de la comunidad y del personal en las decisiones y fuentes alternativas de financiamiento -diferentes del presupuesto estatal- en razón de la creciente intervención de las OO.SS. en la financiación de la atención médica.

En 1967 se sanciona la Ley 17102 de Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC), mediante la cual se encuadran un número amplio de establecimientos de todo el país, que adquieren personería jurídica y estatuto propio, conducidos por un Directorio integrado por representantes de la comunidad, y presidido por el Director, admitiendo distintas fuentes de financiamiento y la participación de los profesionales en la distribución de los recursos.

Esta norma legal aún continúa vigente y ha sido utilizada para encuadrar la modalidad autárquica de conducción del establecimiento público más moderno de la Argentina, el Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, puesto en funcionamiento a partir de 1987 (15). En realidad, la Ley 17102 fue más innovativa en materia de descentralización hospitalaria, que las normas posteriores, ya que preveía la figura de **persona jurídica** tal como corresponde a las **empresas públicas**, sin cuya condición -más allá de las intenciones de los funcionarios “descentralizadores”- el hospital no goza en realidad de capacidad decisoria, para actuar en forma verdaderamente descentralizada.

Para completar el análisis de los antecedentes legales, conviene mencionar la Ley 19337/71, que dotaba a los hospitales públicos dependientes del Estado Nacional, de una significativa autonomía administrativa. En la práctica, el ejercicio efectivo de esa autonomía fue condicionado por el hecho que la autoridad ministerial continuó reteniendo facultades fundamentales, como el giro de partidas según las reservas

presupuestarias, o la asignación de la planta de personal. Los cambios analizados hasta aquí, sin duda implicaron avances parciales, pero no lograron romper el círculo vicioso de la **ineficiencia hospitalaria**: dedicación reducida de los profesionales, funcionamiento pleno en horario matutino solamente, alto ausentismo del personal, desvinculación entre los recursos presupuestarios y el rendimiento, compras de insumos a precios muy altos, carencias estacionales de insumos básicos, atención despersonalizada de los usuarios y actitud de "hospital caritativo".

Independientemente de las innovaciones "de derecho" que actuaron como precedentes de la "autogestión", a lo largo de este extenso proceso se fueron dando pequeñas novedades "de hecho", que determinaron una paulatina transferencia hacia "operatorias privadas", de algunas de las actividades del hospital público.

En primer lugar, las **cooperadoras hospitalarias** cumplieron ese papel, para facilitar la adquisición de insumos de manera ágil por parte de la Dirección del hospital. En segundo lugar, sucesivas "tercerizaciones" instrumentadas a través de las partidas de **contratación de servicios a terceros**, como limpieza, seguridad, alimentación, 2º escalón de mantenimiento o facturación y cobranzas de prestaciones a la Seguridad Social (16). Pero también ocurrieron algunas privatizaciones de legitimidad discutible, como la concesión a "operadores privados" de algunos servicios de diagnóstico, o la instalación de empresas privadas (tomógrafos computados p.ej.) dentro de la planta física del hospital (17).

Volviendo al comienzo de este apartado, ¿qué tiene de innovativo el Decreto 578/93? Por un lado, **compromete los recursos del Fondo de Redistribución** de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), para abonar las facturas que adeuden las Obras Sociales a los hospitales inscriptos como autogestionados. Hay que aclarar que la ANSSAL es el organismo estatal -dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social- que regula el funcionamiento de las OO.SS., como autoridad de aplicación de las Leyes 23660 y 23661/88 del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS). Asimismo conviene señalar que los hospitales públicos tienen frecuentes dificultades para cobrar sus facturas a las OO.SS., que prefieren priorizar la cancelación de sus compromisos con los prestadores privados, dado que éstos "cortan los servicios" ante demoras excesivas en los pagos.

Por otro lado, el Decreto 578 expresa la intención de la autoridad sanitaria nacional, de trasladar paulatinamente la actual **manutención de la oferta** de los nosocomios, al **financiamiento de la demanda** de servicios que genere la población sin cobertura médica; es decir, que todo paciente que concurra a un hospital público cuente en el futuro con algún tipo de financiación: la Seguridad Social (SeS), las empresas de medicina prepaga (EMPP) o el Estado. Esta idea deriva en realidad de la Ley 23661. Ya estaba presente en el espíritu de los redactores del primitivo proyecto de Seguro Nacional de Salud (SNS) en 1985, que preveía la incorporación de la población carente de capacidad contributiva, mediante aportes estatales. La versión definitiva del SNSS mantuvo este temperamento, pero hasta ahora no fue implementado, ya que implicaría la cobertura de más de 10 millones de personas.

1.7.- Financiamiento externo de los planes del Estado Nacional

En el marco de los cambios comentados, acerca de las funciones de las autoridades sanitarias nacionales respecto de las provinciales, cumplieron un papel significativo los

proyectos financiados por bancos internacionales, con destino específico al Sector Salud. Este fenómeno se ampara por un lado en políticas de los bancos, orientadas a fortalecer la capacidad de gestión institucional y la infraestructura sanitaria y social de los países en desarrollo y, por otro lado, en la necesidad del Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS) de reforzar su capacidad de liderazgo nacional, respaldando sus proyectos con inversiones financieras trascendentes.

Las agencias que impulsaron esta orientación crediticia, son el Banco Mundial (BM/BIRF) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y las primeras gestiones del período que estamos analizando se remontan a 1985. Sobre la base del proyecto de SNS, alentado por las autoridades nacionales, se gestionaron 2 líneas de crédito: con el BID el Préstamo 516, destinado a la construcción de **hospitales de recambio** en 11 Provincias, así como al **fortalecimiento institucional** de las redes hospitalarias en las que dichos hospitales iban a insertarse; con el BM el Préstamo 2984, destinado a 4 áreas de asistencia técnica prioritaria, como **desarrollo de los recursos humanos, red de información en salud, descentralización hospitalaria y programa materno-infantil**.

El Préstamo BID 516, para el **Programa de Rehabilitación de la Infraestructura en Salud**, debió ser reformulado a comienzos de 1991, ya que -en virtud del nuevo Plan de Convertibilidad- las Provincias debían hacerse cargo de sus respectivos aportes, con la garantía de los Fondos de Coparticipación Federal (FCF). En consecuencia, 7 de las 11 Provincias inicialmente comprometidas resignaron su participación, y el Proyecto quedó limitado a 3 hospitales generales de agudos en las Provincias de Salta, Chaco y Neuquén, y un hospital pediátrico en la Provincia de Córdoba.

Los primitivos proyectos arquitectónicos, que preveían un único modelo ajustable de alrededor de 300 camas para los 11 hospitales, fueron reformulados totalmente en su planta y magnitud. El componente de **inversiones físicas** quedó circunscripto a los 4 nosocomios mencionados, con un total de 812 camas, y lo mismo ocurrió con el componente de **fortalecimiento institucional**, con objetivos de capacitación de personal, reestructuración administrativo-contable, mantenimiento hospitalario y sistemas de información hospitalaria. Por otra parte, el componente de **asistencia técnica** -de menor peso proporcional- se llevó a cabo en las áreas de políticas y estrategias de salud, análisis del parque tecnológico, saneamiento básico rural, educación para la salud e institutos y laboratorios nacionales. Al 30/VI/96, todos los desembolsos del BID se habían cumplimentado y restaban algunas de las contrapartidas del país. En total, el Préstamo 516 comprende un programa de U\$S 107 millones, de los cuales U\$S 45 millones fueron desembolsados por el BID y U\$S 62 millones corresponden a la contraparte local (17 millones a cargo de la Nación y 45 a cargo de las Provincias).

El Préstamo BM 2984, dio origen al **Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales en la República Argentina (PRONATASS)**, que abarcaba las acciones de varios organismos de carácter social del Estado Nacional, con el control administrativo del Ministerio de Economía. Debido a sucesivos cambios de autoridades sanitarias nacionales, fue reformulado reiteradamente en lo concerniente a salud. De los primitivos componentes, se ejecutaron las acciones que dieron origen al Decreto 578/93 de Hospitales Públicos de Autogestión, a la creación de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), a tareas normativas del Programa Nacional de Garantía de Calidad, a la implementación de bases de datos en las Provincias y diversas actividades de capacitación. El desembolso total por parte del BM, fue de U\$S 28 millones y se dio por concluido el 30/VI/94.

Como subproducto del anterior, se gestionó el Préstamo BM 3643, del **Programa Materno-Infantil y Nutrición (PROMIN I y II)**, correspondiente al tramo de **inversiones**

determinado por un estudio de grupos de riesgo, que se realizó en 1991 en el marco del PRONATASS, a través de un grupo consultor de UNICEF. El objetivo es mejorar la calidad de vida de las embarazadas y los niños menores de 6 años en zonas geográficas de alta concentración de pobreza estructural. El primer tramo se destinó a 7 Provincias (PROMIN I), mientras que el PROMIN II se extendió a 25 áreas en todo el país, comprendiendo acciones de control sanitario y asistencia alimentaria. El proyecto alcanza una financiación total de U\$S 160 millones, de los cuales 100 millones serán desembolsados por el BM, 40 por el Estado Nacional y 20 por las Provincias. Fue aprobado en agosto de 1993, se inició su ejecución en octubre del mismo año y -al 30/VI/96 el BM había efectivizado U\$S 28,2 millones (18).

Con posterioridad se gestionó el Préstamo BM 3931, del **Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL)**, destinado a invertir y asistir técnicamente el desarrollo del modelo de Hospital Público de Autogestión. Se llevará a cabo como experiencia piloto en 15 establecimientos, 5 por cada una de las áreas de Capital Federal, Gran Buenos Aires y Mendoza. Comprende un total de U\$S 144,7 millones, de los cuales U\$S 101,4 millones serán aportados por el BM y U\$S 43,3 millones por el país. Fue aprobado en agosto de 1995 y se iniciaron los desembolsos a partir de marzo de 1996. Al 30/VI/96 sólo se habían ejecutado unos U\$S 3 millones.

Merecen una mención especial los Préstamos BID 619 y BM 3280, destinados a financiar el **Programa de Saneamiento Financiero y Desarrollo Económico de las Provincias Argentinas (Provincias I y II)**, ya que -aunque es ejecutado por la Secretaría de Asistencia para la Reforma Económica Provincial del Ministerio del Interior- comprende algunas acciones en el Sector Salud, según una selección de prioridades de cada Provincia. Como se ve, se trata de un financiamiento conjunto BID/BM por un monto total de U\$S 575 millones, de los cuales U\$S 200 millones son aportados por cada Banco y U\$S 175 millones por las contrapartes provinciales; será distribuido entre las Provincias en la misma proporción que los FCF. Se destacan los respectivos proyectos de las Provincias de Santiago del Estero, Río Negro, Formosa y Salta por el peso relativo de los recursos destinados a Salud (19).

También con financiamiento conjunto BID/BM, vale la pena mencionar los Préstamos BID 871 y BM 3957, respectivamente de **Reforma Social y Ajuste Fiscal** y de **Red de Protección Social**. Se originaron en la crisis provocada por el "Efecto Tequila" y están destinados a evitar que decaigan los programas nacionales asignados a las áreas sociales.

Por su significación política, deben considerarse los recientemente acordados Préstamos BM 4002, 4003 y 4004, destinados al **Programa de Reforma de las Obras Sociales** por un total de U\$S 375 millones (250 + 100 + 25). El Programa comprende un conjunto de inversiones por U\$S 775 millones (con unos U\$S 400 millones de la contraparte local), destinadas a **reconvertir** la administración de las Obras Sociales y **resolver** sus deudas, financiando un 50% de los montos devengados; prevee además un fondo de U\$S 25 millones para **asistencia técnica**. Estos préstamos fueron otorgados en abril de 1996 y, al 30/VI/96, no se habían iniciado los desembolsos (20).

Finalmente, aunque aún se encuentra en su etapa de formulación, conviene mencionar el Proyecto BID 120, elaborado como parte del componente de **asistencia técnica** del Préstamo 516, con la denominación de **Programa de Reforma del Sector Salud y Plan de Inversiones**. Los objetivos enunciados son de Implementación de las Políticas Nacionales de Salud, a través de un Plan Federal con eje en la Calidad de la Salud (18).

Diversas opiniones de organismos ajenos al área de Salud y de los propios bancos, apuntan que -en líneas generales- el MSAS ha mostrado un desempeño

globalmente ineficiente en la ejecución de los apoyos financieros internacionales. En primera instancia, por los reiterados relevos de funcionarios que determinaron sucesivas reformulaciones; en segundo lugar, por un inadecuado empleo de estos recursos, asignándolos con frecuencia a personal insuficientemente capacitado, o a actividades que deberían ser realizadas por personal de línea; por último, por una deficiente formulación de políticas y objetivos que encuadren de manera pertinente estos recursos extraordinarios. Cabe señalar que el personal de línea de los organismos ministeriales, presenta un escaso nivel de calificación y una marcada inamovilidad administrativa; de manera que los funcionarios sectoriales han recurrido a contrataciones transitorias a través de estos créditos, con el fin de designar personal de confianza o fortalecer la capacidad técnica de sus dependencias.

También hay que señalar la significación que, las remesas **externas** de fondos, tienen para los funcionarios del Sector Salud de cualquier jurisdicción. Los recursos presupuestarios se asignan en más de sus 4/5 partes al pago de sueldos al personal, y las inversiones en bienes y servicios están predeterminadas a destinos difícilmente modificables. De modo que la capacidad de innovación de los niveles decisorios, está fuertemente acotada por presupuestos históricos poco flexibles. En la práctica corriente, las partidas presupuestarias deben ser gestionadas ante el organismo de Hacienda de la respectiva jurisdicción, que asigna los créditos en función de su disponibilidad de caja. Por consiguiente, los **fondos externos** proporcionan al funcionario de Salud, un instrumento relativamente autónomo en el ejercicio de sus funciones. La misma significación tenían en las autoridades sanitarias provinciales los **fondos PAS** (punto 3 del Capítulo I), dado que se asignaban directamente al área de Salud, sin pasar por la "caja común" del organismo de Hacienda. Estos hechos contribuyen a explicar la magnitud del empleo de **recursos extraordinarios**, para realizar acciones que deberían llevarse a cabo con **partidas ordinarias**.

Conviene agregar un breve comentario, sobre el papel que ha cumplido la Representación en Buenos Aires de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Desde fines de la década de los '80, fue declinando la presencia de la OPS en la asistencia técnica a las actividades ministeriales, en parte por las propias dificultades financieras de los organismos dependientes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y también por limitaciones impuestas en su relación con las autoridades nacionales. Debe comprenderse que, en esta transferencia de poder administrativo desde la Nación hacia las Provincias, el desempeño de un organismo internacional plantea frecuentes problemas de competencia operativa.

En comparación con otros países de la Región, el papel de la OPS en la Argentina, es actualmente de una baja relevancia económica. En términos de apoyo financiero, los recursos que puede proveer la Representación OPS, tienen escasa significación frente a los montos con que operan las entidades bancarias. Sin embargo, la OPS ha contribuido ágilmente al financiamiento de reuniones técnicas federales, al subsidio de viajes al exterior por parte de profesionales argentinos y a la participación argentina en los foros sanitarios internacionales. Estas tareas, aunque de pequeñas dimensiones económicas, constituyen auxilios operativos trascendentes, cuya gestión por las vías administrativas ordinarias, demandaría trámites engorrosos.

2.- RASGOS SALIENTES EN LA FUTURA CONFIGURACIÓN DEL SECTOR

En el presente capítulo se discutirán las tendencias predominantes observadas en los principales protagonistas de la organización sanitaria, ordenándolos en grandes agrupamientos de entidades **proveedoras** y **compradoras** de servicios de Salud. Por parte de los proveedores o **prestadores**, los establecimientos **públicos** -hospitales y centros de salud- y los **privados**, clínicas, sanatorios y hospitales privados. Por parte de los compradores o **financiadores**, las instituciones de naturaleza pública no estatal de la **Seguridad Social** (SeS) -denominadas Obras Sociales (OO.SS.)- y las empresas **privadas** de “medicina prepaga” (EMPP). Por último, se analizarán los orígenes y características de la corriente de **calidad** en el campo de la Salud que, en la Argentina tuvo un desarrollo particular, y se espera que en el futuro ocupe un espacio privilegiado en la regulación del Sector.

El enfoque será el del análisis de tendencias en la evolución **microeconómica** de estas instituciones, ilustrado por algunos datos estadísticos que permiten dimensionar macroeconómicamente a cada agrupamiento, basado en las observaciones y opiniones predominantes entre los observadores sectoriales. Esta discusión servirá esencialmente de marco introductorio, para el Capítulo siguiente de estudios de casos.

Conviene advertir previamente que, la mayor parte de los fenómenos que discutiremos, están determinados por la marcada fragmentación institucional que caracteriza al Sector Salud argentino, por la aguda restricción financiera en que tuvieron que desenvolverse las entidades a partir de 1990, y la sobreoferta de efectores de todo tipo (médicos, camas, tecnología y organizaciones corporativas). Este panorama de base es el que ahora tiene que reacomodarse y adaptarse a un mercado competitivo, en el que la intervención del Estado se caracterizó por ser vacilante, contradictoria y con una restringida capacidad decisoria.

2.1.- Componentes de la “autogestión” hospitalaria

En un apartado anterior hemos analizado los aspectos innovativos del Decreto 578/93 de Hospitales Públicos de Autogestión (punto 6 del Capítulo I): por un lado, compromete el Fondo de Redistribución de la ANSSAL para abonar las facturas impagas de beneficiarios de OO.SS.; por otro lado, procura desplazar el actual subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda. Discutiremos detenidamente estos elementos.

La factibilidad de estos objetivos, está fuertemente condicionada -en primer lugar- por la necesidad de implementar el **empadronamiento unificado** de los trabajadores en relación de dependencia y alguna forma de **registro de los carenciados**. El primer requisito ya ha sido cumplido, por medio de un número "autogenerado" a partir del N° de documento; todos los trabajadores "formalizados" tienen su Clave Única de Identificación Laboral (CUIL). No ha sido tan fácil, en cambio, trasladar este empadronamiento a una única tarjeta de identificación de los beneficiarios de las OO.SS., que permita establecer la institución que lo cubre, las características básicas de esa cobertura y la verificación de la condición de beneficiario, por el cumplimiento de las contribuciones legales al sistema. Este requisito es esencial, para simplificar el trámite de identificación de los usuarios de los hospitales públicos y el reconocimiento de su cobertura por parte de la respectiva OS, y es el obstáculo fundamental, por el cual las OO.SS. evaden el cumplimiento de sus obligaciones con los hospitales (21,23).

Por otra parte, la **reconversión del financiamiento** debe estar reflejada en las partidas del presupuesto de las diferentes jurisdicciones que administran hospitales. Dicha "reconversión" no debe significar una disminución de la participación del Estado en el sostén del sistema de salud, sino una verdadera **reasignación de los recursos**, en la que se pase: de solventar los gastos de funcionamiento, con atención gratuita de todos los usuarios (subsidio a la oferta), a abonar la factura que genere todo paciente que carezca de cobertura, dejando que el hospital se sostenga con lo recaudado por la facturación a las OO.SS., a las EMPP y al propio Estado (subsidio a la demanda). Hasta ahora las condiciones enunciadas no se concretaron (23,24). La Ley 23661 del SNSS, prevee que el financiamiento de la población carente de capacidad contributiva, va a ser compartido por partes iguales por el Estado Nacional y por el respectivo Estado Provincial al que pertenezca el beneficiario.

Estimemos groseramente la magnitud que debería tener esta contribución estatal. Si se supone que por lo menos 1/3 de la población carece de inserción "formal" en la Economía, es decir alrededor de 11 millones de personas, habrá que estimar el gasto que habrán de insumir, en caso que se inicie el pago de las facturas que generen al utilizar los hospitales. El comportamiento de estos usuarios, por sus características culturales y también por su histórica condición de "carenciados", ha sido el de una baja utilización de la oferta de servicios, salvo cuando los aquejan patologías severas, que los incapacitan para lograr su escaso sustento diario.

El gasto esperable para poblaciones poco "consumidoras" -en base al comportamiento de algunas OO.SS. de trabajadores de bajo nivel salarial- puede estimarse en U\$S 12 por persona/mes ó U\$S 144 por persona/año. Si se mantuvieran constantes las hipótesis de esta estimación, en caso que se implemente el **subsidio a la demanda**, debería esperarse un incremento del gasto anual del orden de los U\$S 1584 millones, que deberían ser financiados por mitades por el presupuesto nacional y por los provinciales. Si se recuerda que, según lo expresado más arriba (punto 3 del Capítulo I), el Presupuesto Nacional del ejercicio '92 -despojado de la partida hospitalaria- preveía U\$S 641,4 millones para la totalidad de la finalidad Salud, de los cuales U\$S 484,6 millones serían ejecutados por el Ministerio de Salud y Acción Social, puede suponerse que un incremental de U\$S 792 millones (la mitad de 1584), va a tener un peso significativo sobre el gasto fiscal. Este incremento se vería agravado por un crecimiento de igual tamaño sobre los Presupuestos provinciales (aunque en este caso debería reasignarse parte del actual **subsidio a la oferta**, que se encuentra a su cargo), y esto afectaría parcialmente los **fondos coparticipables**.

Cabe preguntarse ahora: ¿la decisión política de subsidiar la demanda es suficiente para que un establecimiento se **autogestione**? Para que así ocurra, el hospital

debe quedar condicionado a la **eficacia** de su **propia gestión**. Discutamos entonces qué requisitos deben cumplirse para que esto ocurra.

Dotar a las autoridades de un nosocomio de **capacidad de gestión** implica -en primera instancia- otorgarles **poder de decisión** y **responsabilidad** sobre sus actos. Algunos de los requisitos administrativo-legales, para que estas "capacidades" se concreten, son: contar con **personería jurídica** (actualmente la retiene el Ministerio del cual depende cada establecimiento), tener un **estatuto propio** que prevea alguna modalidad formal de **participación comunitaria**, disponer de **autarquía para ejecutar** sus recursos con una **fiscalización a ejercicio vencido**, así como facultades para **determinar su plantel** de personal. Como ya hemos comentado, estos requisitos no son una innovación: las Leyes 17102 y 19337 de los años '60 y '70 -y también varias Leyes provinciales- contemplaban una buena parte de estos cambios. La experiencia ha mostrado que el primer requisito, la personería jurídica, constituye la condición sine qua non para que una verdadera descentralización pueda llevarse a cabo (25,26).

Veamos ahora la disponibilidad de recursos. En el manejo cotidiano de la administración hospitalaria, para que se **recaude** lo suficiente como para que la institución se "autogestione", se necesita contar con un régimen especial de **arancelamiento** que simplifique los procedimientos de facturación (actualmente se utilizan aranceles "globalizados" de fácil manejo). Estos **aranceles globalizados** se caracterizan por incluir dentro de cada código -por patología o por operación- equivalentes a los del Nomenclador Nacional (NN), todas las prestaciones incluidas: la atención profesional, los gastos de internación, los exámenes de diagnóstico, el acto quirúrgico si lo hubiera, los medicamentos y los materiales descartables. Esta estructura arancelaria posibilita facturar adecuadamente en un medio como el hospitalario, que no está habituado al registro de las prestaciones que se realizan, ni de los insumos empleados. De tal manera que una modalidad desagregada de arancelamiento "por prestación e insumo", resultaría difícilmente aplicable (27).

Pero además, también es necesario habilitar una oficina de **identificación de cobertura** que intervenga en el ingreso de todos los pacientes, organizar un circuito administrativo que registre las prestaciones que reciba cada usuario ya que, aunque se empleen aranceles globalizados, la falta de registro siempre conspira contra la elaboración de las facturas, impide el eventual estudio de costos reales y desemboca en que personal administrativo termine leyendo las Historias Clínicas (HC), para detectar prestaciones no registradas. Asimismo es necesaria una oficina de **cobranzas**, que tramite con insistencia la liquidación de las facturas ante las diferentes entidades financiadoras, asistida por una Asesoría Legal capaz de presionar a deudores morosos.

Hasta aquí, la implementación de la **autogestión hospitalaria** parece "técnicamente" resuelta. Pero falta el factor humano. Se requiere **capacitar** al personal, para que actúe acorde a la nueva modalidad administrativa, tras décadas de desempeñarse en instituciones signadas por una actitud filantrópica o caritativa hacia los pacientes, propia de los hospitales hasta mediados del Siglo XX. Curiosamente en nuestros hospitales, las mismas personas -profesionales y no profesionales- que por la tarde trabajan en establecimientos privados, y funcionan con eficiencia "comercial", por la mañana tienen una actitud "caritativa" y sabotean frecuentemente las medidas administrativas, tendientes a facturar los servicios prestados. La experiencia ha mostrado que además se precisa **interesar** al personal en el funcionamiento eficiente del sistema. La distribución -con carácter de **incentivo**- de una parte de lo recaudado entre los profesionales y trabajadores hospitalarios, es un criterio que ha mostrado buenos resultados en algunas oportunidades, aunque no es el único posible.

El carácter del incentivo puede estar vinculado al presentismo, como **contribución a la productividad** general, ya que uno de los vicios de funcionamiento de los hospitales públicos, es el alto nivel de ausentismo. Por el contrario, deben evitarse los criterios de **producción por servicio**, ya que determinan una puja interna por los incentivos, que conspiraría contra la eficiencia general de la organización. Debe tenerse en cuenta que, al establecer aranceles globalizados, una parte del **riesgo financiero** se traslada al interior de la institución nosocomial, y que su eficiencia estará dada por la obtención de la mejor calidad con el menor gasto posible (27).

Tras haber armado los engranajes organizativos mencionados, cabe preguntarse si es posible que un hospital público se autofinancie, en el caso ideal que logre cobrar la totalidad de las prestaciones que realice. Y, al mismo tiempo, si podrá el Estado desprenderse totalmente de la manutención de los nosocomios, dedicándose sólo a solventar la atención de los pacientes carenciados. Estimaciones razonables suponen que, si los hospitales cobraran todas las facturas que presenten en las OO.SS., sólo lograrían financiar hasta un 30% de sus gastos totales, y que, si todos los pacientes atendidos tuvieran alguna forma de cobertura -ya sea por la Seguridad Social o el Estado- se podría llegar a duplicar ese porcentaje. Esta última suposición se basa en diferentes encuestas, que arrojan un promedio del 50% de cobertura (oscilan entre el 40 y el 60%), tanto en pacientes ambulatorios como internados en hospitales del Área Metropolitana (28).

Para salvar esa brecha del 30 ó 40% de sus gastos sin financiamiento, se necesitaría contar con un apoyo presupuestario adicional del Estado o reducir los gastos. Hay que agregar que los gastos en personal insumen entre el 70 y el 80% de cualquier presupuesto hospitalario y que, las **erogaciones corrientes** (personal + insumos + servicios), se llevan habitualmente del 90 al 100% del total. Con estos datos, no parece por ahora posible que el Estado limite sus aportes adicionales a las **inversiones en bienes de capital** (equipamiento + construcciones) como ha sido sugerido, dejando que la "autogestión" se haga cargo de las erogaciones corrientes. Tendrían que reducirse considerablemente los gastos generales, aplicando **economías** tanto en personal, como en insumos y en la utilización de las instalaciones (29).

Pero más allá de estas consideraciones "operativas", hay que discutir si un hospital público **debe** autofinanciarse **totalmente** por el camino del arancelamiento de sus prestaciones, ya que en la vida social cumple otras funciones igualmente importantes, en una proporción mucho mayor que los establecimientos privados: la docencia de pregrado, la investigación, la capacitación de personal que luego será captado por el subsector privado y la formación de los profesionales en el postgrado. En tal caso, para estas funciones deberá preverse al menos un financiamiento específico.

La **estrategia** del Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS) ha sido esencialmente **normativa**, procurando incorporar a la definición de hospital "autogestionado" a la mayor cantidad posible de establecimientos. El propio Decreto 578/93 admite un período inicial de excepción para que los hospitales se incorporen a este régimen, aún cuando no cumplan totalmente con las normas definidas para esa condición. La Resolución MSAS 149/93 determinaba que dichos hospitales debían cumplir con los requisitos básicos establecidos en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, que había sido creado por la Secretaría de Salud (SS) mediante la Resolución SS 432/92. Sin embargo la propia ANSSAL -dependiente del MSAS- no ha operado con una actitud favorable al pago de las facturas de las OO.SS., con cargo al Fondo de Redistribución. En la práctica, los gastos abonados están muy por debajo de los montos facturados (30).

El fundamento de esta actitud es que, sólo son abonadas las facturas en las que ha existido un reconocimiento previo de cobertura por parte de la respectiva OS, o cuando hay un contrato formal entre el hospital y la OS. De este modo quedan fuera de esta condición, la enorme cantidad de pacientes que -aunque pertenecen a una OS- concurren espontáneamente al hospital público, debido a insuficiencia o corte de los servicios privados contratados.

Entretanto, el MSAS concentró sus esfuerzos en la elaboración de normas que apoyen técnicamente a las conducciones hospitalarias, con el fin de acogerse al régimen de autogestión. El alcance de estas normas es limitado, y está fuertemente condicionado por la voluntad de adhesión de las autoridades sanitarias provinciales (31,32,33).

Las condiciones comentadas deberían cumplirse armónicamente, para arribar a un establecimiento verdaderamente **autogestionado**, sin que pierda su **naturaleza pública**.

2.2.- Reconversión de los sanatorios privados en el marco de una economía competitiva

El sector **prestador privado** de la Argentina está integrado por un espectro de instituciones de variada finalidad: centros médicos ambulatorios, institutos especializados, centros ambulatorios de diagnóstico, sanatorios generales o especializados con internación y hospitales mutuales de comunidades extranjeras. También se considera dentro de este sector, a los profesionales individuales -ya sea que ejerzan en su propio consultorio o en una institución- sin relación de dependencia. Las consideraciones que ocupan este apartado, están principalmente dirigidas a la franja **institucional** de sanatorios generales con internación, aunque a veces también alcanzan a otras variables institucionales. De esta franja, unos pocos establecimientos de las grandes ciudades, operan en condiciones -verdaderamente privadas- de vender sus servicios, con autonomía para fijar los precios. En cambio, la inmensa mayoría de los sanatorios y clínicas del país se desarrolló -durante las 3 últimas décadas- prestando servicios a las OO.SS., mediante aranceles rígidamente regulados.

Para partir de una idea aproximada de las dimensiones relativas de los fenómenos económicos que se comentan a continuación, vale la pena señalar a grandes rasgos que, de la dotación registrada de camas de internación, un 54% pertenecen a hospitales públicos y el 46% restante a instituciones privadas, con o sin fines de lucro. Sin embargo, cuando se analiza esa distribución desde el punto de vista de los compromisos de pago de las OO.SS., los privados participan con las $\frac{3}{4}$ ó las $\frac{4}{5}$ partes de los montos presupuestados. Por otra parte, la dotación promedio de camas es de 68,3 por cada establecimiento público, mientras que los privados sólo alcanzan a 33,2.

¿Cómo se generaron estas pequeñas unidades asistenciales, que se cuadruplicaron en las 4 últimas décadas? El modelo constitutivo habitual, era un grupo de médicos que -más allá de la modalidad jurídica que adoptara: sociedad anónima, sociedad de responsabilidad limitada o cooperativa- formaba una pequeña clínica, se inscribía en la organización gremial (médica o sanatorial) de la localidad y tenía asegurado el trabajo con *todas* las OO.SS. La modalidad contractual generalizada era el pago **por prestación a valores del NN**, que eran exiguos en las décadas de los '60 y '70, pero permitían que estas instituciones sobrevivieran. Las OO.SS., por su parte, estaban obligadas a contratar a la entidad gremial y a *todos* los prestadores inscriptos,

buenos o malos. El circuito administrativo corriente de facturación, determinaba plazos de pago muy prolongados: prestador → entidad gremial local (1° grado) → entidad gremial provincial (2° grado) → Obra Social → entidad 2° grado → entidad 1° grado → prestador. En épocas en que toda la operatoria se realizaba manualmente, entre el acto médico y el pago solían transcurrir 6 meses.

¿Cómo se explica entonces que estas pequeñas unidades asistenciales proliferaran con tanto dinamismo en ese período? Las explicaciones son multifactoriales. En primer lugar, el período de expansión coincidió con una formación ilimitada de médicos que -participando en una iniciativa sanatorial- encontraban una oportunidad **primitiva** o poco riesgosa de **acumulación de capital**. En segundo lugar, los dirigentes gremiales que administraban las OO.SS. -atendiendo a las expectativas de sus beneficiarios- preferían la contratación de establecimientos privados, que tenían una **imagen** más digna de la atención que los hospitales públicos. A esto se agrega la **monopolización de la oferta** de servicios ejercida por las organizaciones intermedias de prestadores, de carácter gremial, que obligaba a las OO.SS. a contratar la totalidad de los prestadores inscriptos y protegía el crecimiento irrestricto de la oferta.

Pero quizás el factor principal, sea que la gran mayoría de las instituciones sanatoriales del país, no nació con "vocación" de empresa. Cuando un grupo de médicos estaba en condiciones de hacer una inversión, formaba una pequeña clínica, fundamentalmente con la idea de contar con un adecuado "continente" para su propio trabajo, antes que con el objetivo de constituir una **empresa** productora de servicios. El padrón de accionistas de algunas de estas sociedades, a menudo reúne 50 ó 100 médicos, sin que la tenencia de estas acciones tenga mayor significación patrimonial, dado que el **capital acumulado** es escaso.

En estos establecimientos, el **trabajo médico** fue siempre prioritario respecto de la **empresa sanatorial**. De tal manera que aunque la retribución del trabajo sanatorial fuera precaria, para los médicos era prioritario garantizar sus propios honorarios profesionales. Por otra parte, la posibilidad de requerir a los pacientes pagos adicionales "al contado", actuó siempre como "válvula" en circunstancias desfavorables. Con esta conducta microeconómica se desarrollaron la mayor parte de los sanatorios en el período mencionado, teniendo en cuenta además que la magnitud de las inversiones hasta comienzos de los '70 -cuando aún no existían servicios de terapia intensiva ni tecnología "pesada" de diagnóstico- era proporcionalmente baja, y esencialmente dedicada a "hotelería" hospitalaria.

La "avalancha" tecnológica de la década del 70, encontró a estas empresas sin capacidad de **capitalización**, de manera que -para actualizar su equipamiento- debieron recurrir a quienes habían mantenido cierta capacidad de ahorro: otros médicos, vinculados a especialidades **tecnología-intensivas**, que habían sido particularmente gratificadas por la estructura arancelaria del NN. Los nuevos especialistas no se incorporaron como **socios** de la empresa, sino como **arrendatarios** de la explotación de un servicio, aportando su propio equipamiento. Así, antes que empresas capitalizadas, se fueron conformando modelos institucionales interiormente fragmentados donde, el Radiólogo explotaba el servicio de Rayos X y era propietario del aparato, el Bioquímico usufructuaba el Laboratorio, el Gastroenterólogo los fibroscopios y el Terapeuta la Terapia Intensiva. La empresa sanatorial propiamente dicha quedó con lo menos rentable, la explotación de la planta física o la "hotelería" de internación.

En el marco de esta organización fragmentada, lo natural era que cada servicio pugnara por su mayor rendimiento, más allá de la estricta secuencia racional de diagnóstico y tratamiento, necesaria para cada paciente. El **riesgo financiero** del costo asistencial, corría totalmente por cuenta de la entidad financiadora. Esta **lógica**

determinada por la desagregación arancelaria, funcionó mientras subsistieron los contratos pagados **por prestación**. Cuando los sanatorios debieron buscar condiciones para trabajar con contratos **por capitación** o por **aranceles globalizados**, empezaron a requerir la racionalidad diferente de una empresa sanatorial integrada, donde todos se interesen por la **eficiencia global** y -el mejor rendimiento- provenga de la **economía general** de la organización asistencial. El riesgo financiero se traslada parcialmente ahora, al **interior** de la institución prestadora, y ésta tiene que empezar a discutir con qué criterios se va a llevar a cabo la distribución interna de los recursos.

En lo referente a su comercialización, aquellas clínicas tienen ahora que estar asociadas a una **red de establecimientos**, atendiendo a **precios menores** que los de antes, con una auditoría médica más estricta y trabajando con *algunas* OO.SS., no con todas. Al igual que en otras ramas de la producción, lo esperable es una **concentración de capitales** y una **economía de escala superior**, en las nuevas ofertas competitivas de servicios.

El fenómeno se extendió masivamente, con la decisión en 1992 del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), de licitar **redes** de establecimientos para atender el 2º nivel de atención (ambulatorio especializado, emergencias e internación) de su Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI). Estas redes fueron denominadas Unidades Prestacionales Integradas (UPI) e inicialmente, se constituyeron a punto de partida de la adhesión voluntaria de los sanatorios asociados a la entidad gremial de la zona. Posteriormente, algunos establecimientos procuraron presentarse, agrupados al margen de la entidad gremial, o ésta misma promovía un proceso de autoselección en su seno. Por otra parte, algunas entidades corporativas lideraron intensos procesos de autoselección y racionalización, que les permitieron estructurar redes asistenciales competitivas y a escalas económicas de gran magnitud (ver Capítulo III).

La modalidad de estos convenios con el INSSJP-PAMI era en todos los casos de **pago por capitación**. Algunos intentos iniciales, procuraron simplificar la distribución de los fondos en el interior de la red, repartiendo los recursos en relación proporcional al número de camas de cada establecimiento; esta conducta fue luego explícitamente prohibida por el PAMI. En consecuencia se difundieron nuevas modalidades retributivas, como los **aranceles modulados** por patología y los **incentivos a la restricción de los gastos** generales de la red, distribuyendo los fondos remanentes entre los establecimientos asociados. Con los aranceles modulados se mantiene una modalidad intra-red de **pago por prestación**, pero se traslada parte del riesgo financiero al interior del sanatorio, que ahora debe definir cómo distribuirá internamente los recursos entre los servicios participantes. Esta distribución se complica cuando los propietarios de algunos servicios especializados, constituyen sociedades diferentes de la que administra globalmente la institución. Cabe acotar que los aranceles modulados son una forma vernácula y simplificada, genéricamente comparable a los DRG (Diagnosis Related Groups) de USA y Europa, aunque no aptos como aquéllos para el análisis de los costos internos (34).

¿Qué caminos seguirá la evolución hacia una empresa competitiva? El imperativo de la **integración** económica del conjunto de microempresas que conforman un sanatorio, en una empresa de escala superior, seguramente no se agotará en la reconversión del establecimiento individual. Es probable que el conjunto de unidades asistenciales que conforman una **red de establecimientos**, se vean obligadas a corto plazo a constituir una macroempresa asistencial con múltiples puertas de acceso. La razón es simple: 2 clínicas están a corta distancia entre si y ambas tienen Tomografía

Axial Computada (TAC); la carga de trabajo existente no alcanza para amortizar ambos aparatos.

Un caso puntual, ejemplifica la situación de sobreoferta. En 1994, en la zona norte de la Provincia de Buenos Aires, la red de establecimiento del 2º nivel del PAMI, destinada a atender por capitación a 80.000 beneficiarios, contaba con 22 sanatorios privados y 11 hospitales públicos, todos de bajas dimensiones (entre 30 y 100 camas); dentro de esa red había disponibles 11 aparatos de TAC y la tasa de resultados normales de una pequeña investigación operativa sobre las TAC cerebrales, fue mayor del 90%.

En síntesis, es esperable un paulatino **cambio de conducta** -apremiado por las circunstancias- desde la clínica pensada como "servicio propio" de un grupo de médicos, a la lógica de una **empresa de atención médica**.

2.3.- Reestructuración de las Obras Sociales como agentes competitivos de la Seguridad Social

El objeto central de este apartado, es el análisis de las OO.SS. de **origen sindical** regidas por leyes nacionales, que -por su significación política- han sido destinatarias de planes controvertidos y decisiones contrapuestas, a lo largo de las últimas décadas. Este análisis no comprende a la OS de los jubilados (INSSJP-PAMI), ni a las OO.SS. Provinciales de los empleados públicos, originadas en iniciativas estatales, ya que han tenido un desenvolvimiento diferente y otras implicancias políticas. En realidad, estas últimas son las más voluminosas, cubren alrededor del 20% de la población del país y -en cualquier escenario provincial- representan del 50 al 70% de la facturación de la SeS. Sin embargo, las OO.SS. de origen sindical han concentrado la atención, porque han sido un factor de tensiones y negociaciones políticas, entre el Gobierno y los trabajadores gremialmente organizados (35,36).

Desde comienzos de los años '90, se viene empleando el término "desregulación" para caracterizar el proceso de **reestructuración** que deben transitar las OO.SS., con el fin de contribuir con mayor **eficacia, eficiencia y equidad**, al conjunto de **políticas sociales** a través de las cuales se procura instrumentar la redistribución social de los recursos, en sentido **progresivo**.

El **marco jurídico** en el que debe llevarse a cabo esta transformación del sistema no es coherente. Las autoridades nacionales previas a 1989, impulsaron el Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS), sancionado por medio de las Leyes 23660 y 23661, con la intención de concentrar el manejo financiero de la organización sanitaria del país, como "llave" para alcanzar su control político. Cabe destacar que el SNSS preveía también la incorporación de la población **carente de capacidad contributiva**, mediante aportes estatales; pero esto nunca llegó a concretarse.

Con posterioridad a 1989, se propusieron distintas alternativas: a) derogar el SNSS y volver a la antigua Ley 18610; b) equiparar el financiamiento de las Obras Sociales mediante una cuota per cápita (CUPAM), administrada por un organismo central, en una especie de **modelo de reparto** adaptado a las OO.SS. (37); c) unificar la recaudación del Sistema a través de un solo ente. Esta última se ejecutó a través de Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS), por el Decreto 2284/91.

Más tarde, se decidió **liberar** la facultad de afiliarse a la OS preferida y **evitar condiciones monopólicas** de contratación, impuestas frecuentemente por las

organizaciones intermedias de los prestadores. Sucesivas decisiones de las autoridades sanitarias nacionales, instrumentadas por medio de Decretos del PEN, procuraron implementar estas orientaciones mediante diversas medidas parciales, que afectaban la operatoria de las OO.SS.; en algunos casos fueron fundamentadas como modificatorias de la reglamentación de las Leyes 23660 y 23661. De esta manera, entre 1992 y la actualidad, se fueron superponiendo diversas normas legales tendientes a reorientar el Sistema, mediante reglamentaciones “desregulatorias”, que contradicen el espíritu “altamente regulatorio” de las Leyes que reglamentan. En consecuencia, puede afirmarse que las OO.SS. se desenvuelven -desde hace tres lustros- en un marco legal inconsistente y sujetas a decisiones contradictorias.

Discutamos las bases conceptuales, que determinaron la configuración particular de nuestro Sistema de OO.SS., con características muy diferentes a las de otros países de la Región. Fue concebido como un modelo de **asistencia social**, inspirado en los sistemas europeos estatales de SeS, creados en la mayor parte de los países entre la Primera y Segunda Guerra Mundial. Pero, a diferencia de los ejemplos en que se inspiraron, las OO.SS. argentinas nacieron como entidades **fragmentadas** por rama de la producción, en el seno de organizaciones **no estatales** de naturaleza sindical, impulsadas por los mismos inmigrantes que trasladaron el modelo. Por las características de su génesis, el Sistema de OO.SS. nunca se planificó a partir de una evaluación de su **factibilidad financiera**, respecto a la cobertura de los riesgos sociales que cubriría. Por el contrario, sus decisiones organizativas estuvieron amparadas en criterios de “otorgamiento de derechos”, antes que de “cobertura de riesgos”.

Tampoco lograron las OO.SS. ni el organismo que las regula (antes INOS, ahora ANSSAL), establecer un orden de prioridades para la cobertura de prestaciones de atención médica, en base al objetivo de proteger la **salud del trabajador y de su familia**. De hecho, en su origen fueron imaginadas para resolver otras necesidades de bienestar de los trabajadores como: turismo social (hoteles-colonia), recreación (campos de deportes) o consumo (proveedurías). La atención médica era un componente más, no siempre el principal.

Dado que en el transcurso del debate sobre el destino de las OO.SS., se acudió en algunos casos a compararlas con aseguradoras comerciales, conviene recordar que los principios de la SeS persiguen el bienestar de un sector de la sociedad, mediante el **aporte solidario y obligatorio** de todos sus miembros. Sin embargo la evaluación de su viabilidad económica, no tiene por qué ser ajena al **análisis actuarial** del riesgo cubierto, ni tampoco a la estimación de la **propensión al gasto** de cada franja de población. En este sentido, en la reestructuración de las OO.SS. deberá favorecerse la articulación de **unidades económicamente viables**, teniendo en cuenta tanto la **magnitud de la población** cubierta, como el **riesgo de enfermarse** de sus beneficiarios.

El abordaje de la reestructuración del Sistema debe también evitar la repetición de antiguos ensayos fracasados, que ignoraron la naturaleza histórica de las OO.SS. o pretendieron modificarla drásticamente. Debe descartarse en primer lugar, toda tentación de **estatizar** el Sistema, como pretendía la Ley 22269 sancionada por el Gobierno militar de 1980, desconociendo su **origen mutual-no estatal**. La necesidad de integrar a las OO.SS. entre sí, para que resulten económicamente viables, tampoco podrá ignorar su origen **grupál, fragmentado** y vinculado a la **actividad laboral**, posibilitando que la fusión de las entidades afines se concrete por la voluntad de sus propios cuerpos orgánicos.

Por último, la “desregulación” de las OO.SS., deberá contemplar la naturaleza **compulsiva** y **universal**, que las tributaciones a la SeS de trabajadores y empleadores, tienen por definición en todos los países del mundo, con la salvedad que en el nuestro

sólo alcanzan a la población en **relación de dependencia**. En síntesis, la **reestructuración** de la OO.SS. debería evitar alternativas que terminen **desnaturalizando** al Sistema.

2.4.- Posibles regulaciones del mercado de la Medicina Prepaga

El sector **financiador privado** comprende también un espectro amplio de instituciones de diferente naturaleza: "planes de salud" de hospitales privados de comunidades extranjeras, programas de cobertura prepaga de organizaciones intermedias de prestadores y empresas de naturaleza comercial. También se incluye en el análisis económico de este sector, el gasto "de bolsillo" de las personas. En este apartado nos dedicaremos a la franja de empresas dedicadas específicamente a la medicina prepaga.

Desde que se planteó la necesidad de **desregular** a las OO.SS., se viene hablando del modelo administrativo de las empresas de medicina prepaga (EMPP), comparándolo en términos de **eficiencia** con los resultados prácticos exhibidos por aquéllas (35,36). En realidad se trata de modelos institucionales *no* comparables. Como ya se dijo, las OO.SS. son organizaciones **solidarias** constituídas por aportes **compulsivos**, mientras que las EMPP son entidades **comerciales** de contratación **voluntaria**. ¿Cómo definir entonces en la experiencia argentina a las EMPP? ¿Son estrictamente empresas de **aseguramiento comercial**?

Con las Aseguradoras Comerciales de Bienes (ACB) tienen similitudes y algunas diferencias. Las ACB cubren sólo el **riesgo económico** de un eventual siniestro, no se ocupan de su reparación; las EMPP cubren económicamente el **riesgo de enfermarse**, pero también ofrecen los servicios a través de los cuales restituir la salud. En este sentido, también son empresas de **servicios**. Sin embargo, en su manera de preservarse de los riesgos financieros, las EMPP presentan ciertas similitudes con las aseguradoras. Establecen **plazos de carencia**, durante los cuales el asociado paga su cuota pero no puede utilizar los servicios. No cubren **patologías preexistentes**, mediante normas frecuentemente empleadas en forma arbitraria. Fijan **topes de consumo** anuales, para los beneficiarios que presentan una alta propensión al gasto o requieren tratamientos muy prolongados. Asimismo, determinan una serie de **enfermedades o tratamientos excluidos**, como patologías congénitas, adicciones, SIDA, diálisis crónica, drogas oncológicas o trasplantes de órganos (38).

Si se las compara con las OO.SS., éstas no cuentan con las limitaciones de cobertura mencionadas. Suelen, en cambio, establecer normas de **participación del beneficiario en el gasto**, a través del pago de un porcentaje del valor de las prestaciones (coseguros) o de los **bonos moderadores**, como forma de desalentar el uso excesivo de los servicios. Por lo menos teóricamente, las OO.SS. otorgan una cobertura **integral** de la atención de las enfermedades. Pero las limitaciones prácticas en la utilización de los servicios, se instrumentan a través de restricciones a la **accesibilidad**, ya sea por trámites administrativos, por la obligación de efectuar gastos adicionales en el momento de utilizar los servicios, o por la distancia geográfica que media entre el domicilio del beneficiario y el prestador contratado para esa zona. En términos económicos, si se acepta que la masa global de fondos disponibles para el sistema de OO.SS., admite una asignación per capita de hasta \$ 30 por beneficiario/mes, las EMPP -de acuerdo a sus pautas habituales de funcionamiento- están muy lejos de brindar una cobertura **integral** de atención médica por esos montos, y requieren por lo menos el doble.

A mediados de 1993, se conoció un anteproyecto de la Superintendencia de Seguros de la Nación (SISN), por el que se encuadraba a las EMPP dentro de un régimen similar al de las aseguradoras comerciales (39). Dicho proyecto no tuvo viabilidad posterior, pero dio origen a una serie de anteproyectos tramitados a nivel parlamentario, cuyos contenidos se ajustan a las pautas básicas establecidas en el primero. Hasta el momento no se ha sancionado ninguna norma regulatoria del sector, pero existen serias posibilidades que se concrete alguna similar, en un plazo más o menos breve. Tiene interés, por consiguiente, analizar los aspectos salientes de aquella iniciativa.

Una parte de los requisitos establecidos estaba destinada a garantizar la solvencia financiera de las empresas: debían contar con un capital societario mínimo de \$ 100.000; formar un **fondo de reserva** con el 3% de sus ingresos, como garantía de sus compromisos de cobertura, y contratar una póliza de **reaseguramiento** para riesgos financieros eventuales. Otras condiciones estaban dirigidas a asegurar la calidad y costo de los servicios comprometidos: los contratos deberían celebrarse por un mínimo de un año, con un **precio inamovible** durante ese período; las empresas serían **co-responsables** de los servicios brindados por sus prestadores, compartiendo con éstos la responsabilidad civil; los prestadores deberían estar **acreditados y categorizados** por una entidad especializada. Para fiscalizar el cumplimiento de los requisitos mencionados, las EMPP quedarían bajo el poder de policía de la SISN, con lo que se establecería un **régimen regulatorio** específico, para un mercado en el se pactan libremente las condiciones de contratación entre usuarios y aseguradores. Otros proyectos preveen la creación de un organismo de contralor especial, diferente de la SISN.

La **regulación** de las EMPP, resulta en apariencia una política inversa a la de la esperada **desregulación** de las OO.SS. En realidad se trata de sistemas que parten desde posiciones opuestas: las OO.SS. vienen de una modalidad fuertemente regulada, con poblaciones "cautivas", condiciones de contratación uniformes a los precios fijados por el NN y prestadores intermediados monopólicamente por su entidad gremial; las EMPP, en cambio, vienen actuando fuera de toda regulación: sin garantías de solvencia, con normas de restricción de cobertura a menudo especulativas, con libertad para pactar condiciones y aranceles con los prestadores, y también sin ataduras para reajustar los precios de sus cuotas (40,41).

Pero, independientemente de la legislación que reglamente en el futuro el funcionamiento de las EMPP, una **concentración** de las carteras de clientes en un menor número de empresas, teniendo en cuenta que actualmente existen unas 200 instituciones que cubren a alrededor de 2.400.000 afiliados en todo el país. Se observa además una tendencia a adquirir u organizar **servicios propios** -ya sean centros de atención ambulatoria o sanatorios- con el fin de orientar la conducta de los usuarios o por estrategias de integración vertical. En este proceso de reestructuración del mercado, se ha evidenciado asimismo la participación de inversores extranjeros -al amparo de la apertura de la Economía- y, se espera la llegada de nuevos capitales en el marco del Mercosur.

Los aspectos comentados contribuyen a describir el comportamiento del sector. En tanto entidades de servicios, las EMPP deberán nivelar la marcada asimetría de reciprocidad, incrementando la información a los usuarios en el momento de suscribir el contrato, así como reduciendo las restricciones a la cobertura que actualmente se interponen. En cuanto al comportamiento de la población, debe esperarse que sus criterios de selección se basen en el plan más conveniente para sus requerimientos del

cuidado de la salud, y no en pautas de **consumo suntuario** para la atención de algunas enfermedades, con ciertas condiciones de confort.

2.5.- El factor "calidad" como futuro regulador del Sector

Tradicionalmente, los mecanismos de control de la calidad del trabajo médico se basaron en los métodos habituales del trabajo hospitalario: la evaluación de las historias clínicas, las recorridas de sala, las discusiones de casos en ateneos y las investigaciones estadísticas. Posteriormente, el control de las infecciones hospitalarias, los Comités de Historias Clínicas y los de Auditoría Médica, contribuyeron a consolidar una actitud evaluativa de los resultados del trabajo médico. En etapas más recientes, la acelerada complejización de la atención médica y cambios substanciales producidos en la organización del Sector, motivaron la aparición de instituciones -públicas y privadas- encargadas de evaluar los servicios prestados por otras. Esta evolución determinó la presencia de nuevas formas de **garantía de calidad** y la creciente influencia de este factor en las decisiones ejecutivas.

También se produjeron cambios importantes en la mentalidad de quienes administran instituciones de salud. Haciendo una secuencia esquemática de esta evolución, puede afirmarse que: en las décadas del 50 y 60 se ponía el acento en la más minuciosa **planificación** de los sistemas y programas; en los '70 y los '80 se enfatizaba en el adecuado **gerenciamiento** de las organizaciones; desde fines de la década pasada se viene atribuyendo al **mejoramiento de la calidad** un papel dinamizador en el desarrollo de todas las instituciones sanitarias. Los orígenes de este fenómeno exceden los límites del propio Sector; fueron coincidiendo aspectos internos y externos para que se consolidara esta tendencia y, entre estos últimos, tiene gran importancia la **corriente de calidad** en el campo de la producción.

En el ámbito industrial, en primera instancia se propuso extender el **control de calidad** del producto final, a todas las etapas de la producción, desde la materia prima hasta la comercialización. A este fenómeno se lo denominó **calidad total**, procurando dotarlo de una aspiración de **excelencia**, además de mayor efectividad en los resultados. La experiencia del modelo industrial japonés, instaló el objetivo de perfeccionamiento en todos los niveles institucionales, pivotando sobre **círculos de calidad** integrados por el personal de cada sección, con el objetivo de lograr un **mejoramiento contínuo** del conjunto de la organización, en función de las expectativas de los clientes. En tiempos más recientes la calidad se ubica en la base de una nueva doctrina de la organización, basada en el planeamiento estratégico, el análisis de los procesos y la satisfacción del cliente interno y externo. A este modelo se lo denomina **gerenciamiento para la calidad total** o Total Quality Management (TQM).

También contribuyó a esta tendencia, el crecimiento relativo del "sector servicios" o terciario de la Economía, favoreciendo que la evaluación de calidad - anteriormente reservada a los productos industriales- se extendiera a la **calidad de los servicios**. En este marco -como área de servicios- las inversiones en salud fueron alentadas, junto al proceso de **terciarización** de la Economía. Todos estos factores confluyeron para que se desarrollara en forma acelerada una **corriente de calidad**, también en la Sector Salud.

¿Cómo se han manifestado estos hechos en el campo de la atención médica en la Argentina? Tradicionalmente correspondió a las autoridades sanitarias estatales -

nacional o provinciales- la fiscalización de aspectos relacionados con la calidad inicial de los efectores, como la **matriculación** de los profesionales o la **habilitación** de los establecimientos. El crecimiento de la Seguridad Social como financiador de servicios de salud, introdujo distintos métodos de evaluación de calidad en función de los costos, comprendidos dentro de la disciplina **Auditoría Médica**. Por su parte, las sociedades científicas aportaron numerosas **normas**, tendientes a garantizar la calidad de los procesos en servicios especializados como Pediatría, Cirugía, Terapia Intensiva, Hemoterapia e Inmunohematología, Anestesiología, Infectología, Hemodiálisis, Arquitectura Hospitalaria y otras (42).

En años recientes aparecieron nuevas modalidades de mejoramiento, ya sea como iniciativa de organizaciones no gubernamentales o como inquietudes de algunos servicios pertenecientes a grandes instituciones. Entre estas últimas pueden mencionarse algunas experiencias en hospitales públicos y privados, semejantes a **círculos de calidad**, destinadas a optimizar las prestaciones y satisfacer mejor a los usuarios. Entre las primeras, conviene destacar a la categorización y certificación de profesionales, y a la categorización y acreditación de establecimientos.

La **categorización profesional** fue impulsada y ejecutada por las organizaciones gremiales de profesionales de la salud, como prestadores de servicios a las Obras Sociales, en base a su antigüedad y nivel de capacitación. La **certificación profesional** se efectúa a través de un Consejo patrocinado por la Academia Nacional de Medicina, que avala con carácter honorífico las condiciones profesionales, científicas y éticas de los que voluntariamente lo solicitan, a partir de condiciones previas establecidas por las sociedades científicas de cada especialidad. También los Colegios Médicos provinciales implementan mecanismos de certificación de especialidad; en realidad estas instituciones **deontológicas**, tienen como misión primordial otorgar la matriculación y las licencias para ejercer especialidades en los territorios provinciales, por delegación de la respectiva autoridad sanitaria; otorgan una certificación de carácter legal.

En lo que respecta a la evaluación de establecimientos públicos y privados de salud, la **categorización** tiene la finalidad de estratificar y ordenar a las instituciones de salud, en base a criterios de complejidad o riesgo de las patologías que atienden. Está encarada por entidades de diferente naturaleza, como Ministerios de Salud provinciales, o cámaras empresarias, que agrupan a sanatorios y establecimientos ambulatorios de diagnóstico. En cambio la **acreditación** tiene por objetivo verificar la presencia de indicadores de calidad en las condiciones estructurales de los nosocomios, en el funcionamiento de los servicios y en sus resultados, mediante una evaluación periódica, voluntaria, confidencial y basada en estándares conocidos (43,44). En la Argentina, al igual que en otros países donde se aplica el método, es promovida por una organización no gubernamental (ONG) sin fines de lucro, el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES).

Como surge de este breve panorama, el **factor calidad** en el terreno de la atención médica configura una verdadera **corriente**, resultante de la confluencia de múltiples vertientes. También este fenómeno se ve reflejado en la Resolución 432/92 de la Secretaría de Salud, que creó el Programa Nacional de Garantía de Calidad. Pero, en momentos en que la organización general del sistema de salud transita hacia una nueva configuración, parece más posible que el **mejoramiento continuo** de la calidad, sea resultante de una voluntad colectiva de diversos protagonistas, expresada a través de múltiples iniciativas, que de una acción programada por las autoridades sanitarias.

3.- FENÓMENOS EMERGENTES EN EL MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD

En este capítulo se describirán algunas de las nuevas modalidades de operatorias, que se han registrado en el mercado de servicios de salud desde 1990 que, por su significación, pueden caracterizarse como tendencias en la configuración futura del Sector. Metodológicamente, serán tratados como "estudios de casos", procurando describir sus aspectos principales, a partir de manifestaciones de informantes claves, información periodística, algunos documentos institucionales y el propio análisis crítico del autor.

Los casos seleccionados, están determinados por la disponibilidad de información y la posibilidad de sistematizarla. Se analizará en primer lugar, una modalidad particular de **asociación de prestadores** que, aunque está vinculada al proceso de reconversión del sector prestador, representa la tendencia de las entidades **compradoras de servicios** a transferir el riesgo financiero hacia las entidades **proveedoras**.

En segunda instancia, abordaremos la presencia de importantes corrientes de inversión, provenientes de **operadores ajenos al Sector Salud** y su influencia en la medicina prepaga. Muestra la presencia de un mercado de capitales dispuesto a intervenir en el Sector, con perspectivas atrayentes de rentabilidad. Por último, tomaremos el fenómeno de las **Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART)**, como una nueva franja de negocios, que actúa sobre un problema hasta ahora mal resuelto y posibilita la inserción de las compañías aseguradoras en el Sector.

Aunque estaba previsto en el plan de trabajo original, hemos descartado el tratamiento de las **asociaciones de Obras Sociales**. Es un tema que se encuentra actualmente en el "ojo de la tormenta" de las políticas de **flexibilización laboral** y constituye la principal causa de tensiones/negociaciones entre el Gobierno y el movimiento sindical. Por esta razón el acceso a información valedera está bloqueado, más aún porque precisamente en los primeros días de octubre (1996), el Gobierno está anunciando la **libre elección de OO.SS.** por parte de los trabajadores -mediante los Decretos 1141 y 1142- y la puesta en marcha del **programa de reconversión**, con financiamiento del Banco Mundial (ver apartado 7 del Capítulo I), para la contratación de servicios de consultoría (45).

Unos diez días después del Decreto mencionado, se anunció públicamente la contratación de una consultora internacional por parte de la OS de los docentes (OSPLAD), para reorganizar su estructura administrativa y adquirir condiciones competitivas (46). Por otro lado, el día siguiente se informó que 5 Obras Sociales, que en conjunto representan unos 45.000 beneficiarios, se fusionaron y confiaron la administración de sus prestaciones médicas a la empresa multinacional International Medical Group (IMG), con el fin de mejorar su poder de compra y negociación (47). De

cualquier modo, la información disponible no tiene suficiente entidad, como para abastecer un apartado especial de este trabajo.

3.1.- Asociaciones de prestadores: el caso Equisal S.A

Equisal S.A. es una empresa definida jurídicamente como “sociedad anónima sin fines de lucro”, resultante de la asociación de las 2 mayores organizaciones de 2º grado (provinciales) de la mayor Provincia argentina: la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA) y la Federación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA). El objeto de esta sociedad, es la administración de **contratos de riesgo** y, en particular, la gestión del **contrato por capitación** con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), en el marco de su Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI). Es significativa la síntesis del logotipo con que se anuncia: “FEMEBA-FECLIBA-INSSJP / Modelo de Atención Médica”.

El ámbito de cobertura de este contrato es el territorio de la Provincia de Buenos Aires, con excepción de los 19 Partidos del Gran Buenos Aires y otros del interior de la Provincia, donde los prestadores locales mantienen convenios directos con el PAMI. La población cubierta es del orden de los 430.000 beneficiarios, en base a los “principios de la Seguridad Social: solidaridad, igualdad, integralidad, universalidad” (48). Todos los efectores están conectados a una red informática, que provee los requerimientos del programa: registros administrativos, verificación afiliatoria e Historia Clínica Única (HCU).

Las prestaciones incluidas en el Modelo corresponden a los 3 niveles de atención del PAMI:

- **I Nivel:** consulta en consultorio y a domicilio. Radiología, Laboratorio y Rehabilitación ambulatorios.
- **II Nivel:** consultas y prácticas especializadas. Internaciones programadas y de urgencia, clínicas y quirúrgicas, medicamentos, materiales descartables y prótesis. Radiología, Laboratorio y Rehabilitación en internación.
- **III Nivel:** alta complejidad diagnóstica. Técnicas invasivas ambulatorias, cirugía de alta complejidad. Traslados programados y urgentes. Emergencias médicas.

El convenio excluye procedimientos de hemoféresis, diálisis crónica, medicamentos en ambulatorio, drogas para SIDA, citostáticos, factores de hemofilia, Psiquiatría y Odontología, que están contemplados por el INSSJP mediante otros convenios específicos.

La puerta de entrada obligatoria del Modelo es el Médico de Familia (MF) urbano y rural, “que conduce al paciente dentro del programa en un tránsito ordenado y articulado al que también supervisa”, excepto en las situaciones de emergencia en que el paciente ingresa a través del II Nivel. Para cumplir su tarea, el MF cuenta con todos los efectores de diagnóstico y tratamiento de la red, incluyendo los médicos especialistas y las farmacias adheridas al PAMI, a los cuales debe acceder el paciente por derivación del MF.

A los fines de la **categorización de los prestadores** del II Nivel, respecto a los procedimientos que pueden efectuar, Equisal adopta los requisitos mínimos establecidos por el Decreto 3280/90, dictado por el Ministerio de Salud de la Provincia

de Buenos Aires. La incorporación de los prestadores -tanto individuales como institucionales- al Modelo, es por **adhesión voluntaria** con la aceptación explícita de las normas operativas del sistema.

El sistema está básicamente ordenado en 3 escalones: la administración central de Equisal, las Unidades Operativas Periféricas (UOP) y el MF. Las funciones de Equisal en la conducción del Modelo, están enunciadas de la siguiente manera:

- define las normas asistenciales y administrativas
- define los mecanismos de facturación y liquidación a los prestadores
- define los métodos de estímulo y desaliento a aplicar en el pago a los prestadores
- administra el padrón de beneficiarios del INSSJP incluídos en el convenio
- efectúa Auditoría sobre todos los prestadores
- evalúa permanentemente el convenio y sus resultados, en lo asistencial, en lo sanitario y en lo económico-financiero
- establece los mecanismos de flujo y procesamiento de la información

Las UOP funcionan en las agencias de 1° grado (por Partido o ciudad) de las 2 entidades socias de Equisal, FEMEBA y FECLIBA. Son responsables de:

- cumplir las indicaciones de la administración central
- administrar el padrón de beneficiarios de cada uno de los prestadores de su zona
- recibir y procesar los formularios emitidos por los MF y cargarlos en el sistema
- tramitar quejas y denuncias de beneficiarios
- pagar a los prestadores y archivar la documentación avalatoria
- consolidar la información y enviarla a la administración central

Las funciones del MF son amplias:

- manejar el ingreso al Modelo
- desarrollar acciones de promoción de la salud, prevención y rehabilitación de la enfermedad
- atender patología ambulatoria correspondiente a su nivel de capacitación
- coordinar y seguir al paciente en los demás niveles de atención
- es responsable de contener a la familia y utilizar razonablemente los recursos
- confeccionar y custodiar las HCU

Adquiere particular interés todo lo referente a las modalidades retributivas de las actividades asistenciales, dado que configuran un modelo tendiente a su **autoregulación**, con el fin de posibilitar un **balance presupuestario "cero"**. Es decir que el **total de lo percibido**, es distribuido por Equisal entre todos los prestadores, de manera que permite definir al sistema como no lucrativo.

Los MF son retribuidos por **capitación ajustada por índices de estímulo/desaliento**. A título ilustrativo, el valor de referencia para el MF urbano, es de U\$S 2,90 por mes por cada beneficiario del padrón asignado, que puede variar desde U\$S 1,00 hasta 3,20 por la aplicación de los índices de ajuste. Para el MF rural el valor de referencia de la cápita se eleva a U\$S 4,30. El ajuste de los valores de referencia se efectúa en base al **desvío** observado en las **tasas esperadas** de utilización de consultas, interconsultas especializadas, exámenes complementarios e internaciones; se promueve así un comportamiento equilibrado del MF, entre la sobre y la sub-prestación en la atención de sus pacientes (49).

Los médicos especialistas son retribuidos por **consulta integral modulada ambulatoria (CIMA)** que comprende, tanto la consulta especializada como las prácticas especializadas de baja complejidad, que el paciente requiera. Cada especialista sólo

puede facturar una CIMA por paciente y por mes, y hasta 4 CIMA por paciente y por año. La atención de ciertas patologías específicas se retribuye por un **módulo de seguimiento (MS)**. Por otro lado, las prácticas de mediana complejidad, son retribuidas por la modalidad de **atención por prácticas (AP)**, que deben ser solicitadas por el MF. El **Nomenclador Equisal** estipula el valor de la CIMA, de los MS y de las AP para cada especialidad. En todos los casos no urgentes, para acceder a los especialistas debe mediar la derivación del MF.

Las internaciones son retribuidas por **módulos clínicos y quirúrgicos (MCQ)**, que incluyen la totalidad de las prestaciones que se realizan durante la internación, así como los medicamentos, materiales descartables y prótesis empleados, excepto las prácticas de alta complejidad. Las internaciones deben ser derivadas por el MF, salvo en los casos de urgencia que están expresamente tipificados. La asignación del MCQ que corresponda, está a cargo de médicos auditores, que visitan diariamente a todos los pacientes internados. El valor de los MCQ está estipulado en el Nomenclador Equisal, que proviene de la modalidad denominada de **aranceles globalizados**. De la misma manera las prácticas e intervenciones de alta complejidad, están aranceladas en base a los **módulos de alta complejidad (MAC)**.

Lo novedoso de este Modelo es que entidades gremiales de prestadores, que hasta la década pasada defendían la oferta irrestricta de médicos y establecimientos, se reúnen ahora en un proyecto **autorregulado**, no sólo en la magnitud de la oferta de servicios, sino también en la baja elasticidad de sus componentes presupuestarios. Veamos los factores de regulación:

- a) la oferta de MF está regulada por la cantidad de beneficiarios cubiertos y su distribución geográfica.
- b) la retribución de los MF está regulada por la tasa de exámenes complementarios, interconsultas e internaciones que producen; en general, el MF está **mejor retribuido** que el especialista.
- c) el valor de las CIMA, los MS y las AP de los especialistas, está regulado por un presupuesto asignado por zona a cada especialidad.
- d) la oferta de camas de internación está regulada por la tasa de egresos esperada, por la categoría del establecimiento y por la cantidad de camas contratadas.
- e) el valor de los MCQ está regulado por el presupuesto asignado por establecimiento a las internaciones del II Nivel.
- f) el valor de los MAC está regulado por el presupuesto asignado a cada especialidad.
- g) el costo general de la administración del sistema no llega al 5% de su presupuesto global y funciona sin dividendos de rentabilidad.

En síntesis, el caso Equisal S.A. muestra una de las soluciones posibles al proceso de **transferencia del riesgo financiero**, desde el sector financiador o comprador hacia el sector prestador o proveedor. Este Modelo aparece como una alternativa factible, proporcionando equidad y racionalidad en la provisión de servicios, a una población altamente consumidora -como la del INSSJP- y en un territorio extenso -como el de la Provincia de Buenos Aires-. También ha logrado desplazar el centro de gravedad de la atención médica, desde los especialistas hacia los médicos generalistas, promoviendo nuevas conductas prestacionales, que el propio INSSJP no había logrado a través de sus médicos de cabecera contratados por capitación.

También este Modelo, que se está extendiendo a los beneficiarios del PAMI de otras Provincias, resultaría más eficiente -en términos de racionalidad del gasto en

salud- frente a una simple **delegación** del riesgo hacia un intermediario financiero, como podría ocurrir si la medicina prepaga interviniera en el circuito de cobertura de la Seguridad Social.

3.2.- Nuevos inversores ajenos al Sector: el caso The Exxel Group

The Exxel Group es el caso emergente del fenómeno de expansión del mercado de capitales dentro del Sector Salud, en magnitudes significativas. El mencionado, no es el único caso de inversiones extranjeras en salud, pero tiene carácter ejemplificador, por la modalidad propia de "operatoria financiera" con que actúa el Grupo, sin especialización en el área de Salud.

En primer lugar, la imagen exterior de la Argentina se ha modificado, tornándola atractiva para las inversiones internacionales. Un informe del Departamento de Comercio de los EE.UU., firmado por Ron Brown en julio de 1995, ubicaba a la Argentina entre los 10 más **grandes mercados emergentes (GME)** del mundo (50), junto con China, Indonesia, Corea del Sur, México, Brasil, Sudáfrica, Polonia, Turquía e India. En pleno transcurso de la recesión provocada por el llamado "efecto tequila", el informe recomendaba al capital norteamericano "no asustarse por los nubarrones negros de esta crisis", augurando un crecimiento del 5% anual entre 1996 y 1998.

Dentro del mismo informe se aconsejaba invertir en tecnología ambiental, informática, comunicaciones, aviación, automotores y salud. En este último rubro menciona que la Argentina es el 3º mercado farmacéutico de América Latina y, "aunque el sistema de salud se ha deteriorado mucho, están surgiendo nuevas compañías competitivas". El informe recomienda **asociarse** con el capital argentino para realizar las inversiones en el país dado que, aunque los términos y condiciones establecidos por el Gobierno argentino en las privatizaciones, virtualmente obligaban a la presencia de firmas calificadas extranjeras, la participación de socios locales facilita el acceso a la cultura, la sociedad y la política autóctonas.

Dentro del mercado de la medicina prepaga y de los sanatorios, ha habido varios inversores extranjeros notorios. El **Swiss Medical Group**, propietario del Sanatorio Suizo-Argentino de Buenos Aires, adquirió en 1994 por U\$S 30 millones a la prepaga CIM, que anteriormente había pertenecido al quebrado holding del Sanatorio Güemes. En la misma operación compraron a la prepaga Magna y en diciembre del mismo año se quedaron con el 50% de la prepaga Salud (51), con lo que alcanzó una cartera de 83.000 asociados (52). Aunque aún no ha sido formalmente anunciado, a principios de octubre de 1996 se supo que había adquirido también la cartera de Diagnos, de alrededor de 25.000 adherentes. El **Grupo Intersalud** compró la prepaga Ceprimed por U\$S 3 millones en julio de 1994 y en febrero de 1995 se quedó con el 90% de Mediplan; hasta mediados de 1995 había invertido en la Argentina unos U\$S 10 millones, con capitales de origen chileno.

Una estrategia más definida parece tener el **Grupo Amil**, dado que es un conglomerado de empresas brasileñas dedicado a prestar servicios de salud en EE.UU., Brasil y Argentina y que, haciendo base en el Mercosur, se prepara para expandirse al resto de Latinoamérica. Sus dimensiones son importantes. En 1995 tuvo una facturación de U\$S 970 millones y 1,1 millón de asociados. Durante la última década, mostró un crecimiento anual promedio de 54%. Sus inversiones en la Argentina, desde que se instaló en 1992, alcanzan unos U\$S 15 millones, y se espera que invierta otro

tanto en los próximos 3 años. Globalmente, tiene 7.000 empleados directos, de los cuales 5.000 se encuentran en el área de salud (53). El espectro de negocios en el que opera es amplio: turismo, publicidad, tickets de comida, tickets de combustible, asistencia médica, red de farmacias, emergencias médicas y escuela de marketing (54).

El 28 de marzo de 1995, **The Exxel Group** anunció públicamente la compra del 100% del paquete accionario de las prepagas Galeno, Vesalio y Life, el 72% de las acciones del Sanatorio de la Trinidad y el 90% del Sanatorio de Jockey Club. Aunque quizá no tenga otra significación que la información periodística, conviene mencionar que -excepto la prepaga Life- el principal accionista de las empresas adquiridas, era el actual Ministro de Salud y Acción Social, Dr. Alberto Mazza. Según el propio anuncio, con estas adquisiciones se da comienzo a "un nuevo concepto en Servicios de Salud, basado en la innovación tecnológica y en recursos de gestión con los más altos estándares internacionales de calidad".

Las compras de Galeno, Vesalio y los sanatorios La Trinidad y Jockey Club, se pactó por U\$S 25 millones en noviembre del '94 y el Exxel absorbió un pasivo de U\$S 2 millones. En cambio Life fue adquirida por U\$S 11 millones en febrero del '95, con sus 32.000 asociados, de los cuales 6.000 eran empleados del Citibank, el banco en el que el fundador de Exxel inició su formación en el campo de las finanzas (55). 45 días más tarde, estas empresas fueron fusionadas bajo el rubro Galeno-Life. A mediados de 1996, el Grupo incorporó por U\$S 40 millones, a la prepaga TIM y a la Clínica del Sol, con lo que su cartera alcanzó unos 170.000 asociados e ingresos anuales por U\$S 246 millones (56).

El Grupo fue fundado por Juan Navarro en 1991, a partir de inversores norteamericanos comprometidos mediante el contrato del "The Argentina Private Equity Fund", además de aportes de capital iniciales del Banco Mariva. En diciembre de 1992 compró la Compañía Industrias Argentinas de Buenos Aires (CIABASA). En 1993, mediante una estrategia tendiente a ganar una mayor participación en el concentrado mercado de los productos de limpieza, adquirió Poett San Juan. A mediados de 1994, el Grupo compró una parte menor de la empresa líder del mercado de papel tissue, Papelera del Plata, pero ya en febrero de 1993 había adquirido Papelera Mar del Plata.

Mediante una modalidad de inversión conocida como "club de amigos", creó un fondo específicos para introducirse en la industria de "fast-food". De este modo, a fines de 1993 compró el 48% del paquete de Pizza Hut, una cadena de pizzerías, que se amplió al 60% en octubre de 1995. Desde 1993 hasta marzo de 1996, la cadena pasó de 7 a 20 locales.

También se insertó en el negocio de la distribución de energía, asociado con la empresa española Unión Fenosa y el grupo Aldo Roggio, al ganar la licitación de la Empresa de Electricidad de San Luis (EDESAL). Hasta fines del '94 habían invertido más de U\$S 25 millones y destinarían otros U\$S 52 millones a la construcción de una planta generadora en la misma Provincia. A principios de 1995, junto con la misma empresa española, compró por U\$S 152 millones la distribuidora de la Provincia de La Rioja, EDELAR.

La última gran adquisición, fue la tarjeta de crédito Argencard, que ocupa el 35% del mercado en la Argentina. El 56% del paquete accionario, fue comprado a fines de 1995 a la Banca Nazionale del Lavoro, por U\$S 135 millones, tras una larga negociación en la que el Grupo se vio beneficiado por el "efecto tequila".

Vale la pena mencionar finalmente, los socios inversores internacionales a los que representa The Exxel Group: The Common Fund, The Ford Foundation, Aetna, Liberty Mutual, SunAmerica, Chemical Bank, Chase Manhattan Bank, C.S. Holdings, C.S. First Boston, Getty Family Trust, Rockefeller & Co., Brown University, Oppenheimer & Co.,

Kingdom Capital, Hancock Venture Partners, Conistone Partners y Bain Capital (55). A mediados de este año, el ex-Embajador de EE.UU. en la Argentina, Terence Todman, fue incorporado al Directorio del Grupo (57).

Por su modalidad de operatoria financiera, un observador periodístico de la Economía, afirmó que “la definición que mejor le calza al Exxel es la de **boutique de negocios**”, que no son una novedad en los EE.UU. y ahora van en camino de ser moneda corriente en la Argentina (58). En términos de estrategia empresarial, el comportamiento del Grupo presenta algunas constantes en su actuación en el país, a juzgar por la información periodística disponible:

- constitución de fondos de inversores privados, que delegan en el mandatario el objeto y la oportunidad de las inversiones
- selección de mercados con perspectivas e expansión en el futuro mediano
- adquisición de empresas, que se encuentran en dificultades económicas, mediante ofertas atractivas al contado
- ocupación de franjas significativas de los mercados, fusionando empresas compradas por separado
- aplicación de tecnologías modernas de gerenciamiento en la gestión empresarial
- mejoramiento de la calificación de la empresa para una eventual venta del paquete accionario.

3.3.- La nueva franja de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART)

El origen de la existencia de una franja específica, para la atención de las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo, proviene de que en la legislación argentina estos problemas están contemplados en normas legales diferentes de las que rigen el sistema de Seguridad Social. En efecto, las sucesivas Leyes de OO.SS. -Nº 18610/69, 22269/80 y 23660-23661/89- preveían la atención médica integral del trabajador y su familia, mediante el **financiamiento conjunto** de los aportes del trabajador y las contribuciones del empleador. Sin embargo, Leyes específicas, que siguieron vigentes después de la sanción de las anteriormente nombradas, establecían que la atención de las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo son de **responsabilidad exclusiva** del empleador.

En la práctica, los trabajadores concurrían a los servicios de su OS ante cualquier problema de salud, y también ante un accidente de trabajo. Las OO.SS. no derivaban en general al paciente a los servicios de Medicina Laboral del empleador, sino que se hacían cargo de su atención, con la teórica intención de reclamar posteriormente al empleador, los gastos demandados por la atención del accidente. Este reclamo nunca llegaba a concretarse y las OO.SS. no estaban en general preparadas para tramitarlos. Si esto ocurría con los accidentes de trabajo, mucho más aún lo hacía con las enfermedades profesionales, donde la responsabilidad patronal puede ser más discutible. De manera que en la práctica, los riesgos del trabajo quedaban a cargo de la propia OS (59).

El sistema de OO.SS. no se mantuvo ajeno a los problemas inherentes a la salud del trabajador, a la hora de definir sus responsabilidades. En 1985, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) incluía la prevención del riesgo específico de enfermar -según la rama de la producción- así como la atención de los problemas del trabajador, no

imputables al ámbito laboral (60). Del mismo modo, se promovía el papel protagónico que deberían tener las OO.SS. en la prevención de los riesgos laborales (61). Sin embargo, la Ley 9688 de principios de este siglo, tipificaba la magnitud de las discapacidades producidas en los accidentes de trabajo, y determinaba la responsabilidad patronal en la reparación de los daños y en las indemnizaciones.

Por su parte, la Ley 19587 de Higiene y Seguridad del Trabajo (HST), establecía las condiciones de seguridad que debían prever las empresas en las plantas de producción y los servicios médicos con que debían contar, para afrontar la Medicina Laboral de sus trabajadores; pero su aplicación en la práctica, fue de escaso cumplimiento. Entretanto, alrededor de la dependencia del Ministerio de Trabajo donde se denunciaban los siniestros, se había conformado una suerte de "industria jurídica" tendiente a la gestión de indemnizaciones, que llegaban al damnificado en escasa proporción. La Ley 9688, en manos de abogados hábiles, permitía alcanzar magnitudes de alto riesgo para el sector patronal, por lo que los empleadores acudían a frecuentes artimañas judiciales para eludir sus compromisos. La Ley 24028 de diciembre de 1991, estableció nuevos criterios indemnizatorios, fijando un tope de U\$S 55.000, pero mantenía la voluntariedad de la contratación de un seguro con esta finalidad.

De acuerdo a este breve panorama, la situación existente en septiembre de 1995, momento en que se sancionó la Ley 24557 de Riesgos del Trabajo, era de un alto grado de desorden e inequidad. La nueva Ley establece la **obligatoriedad** de contratar un **seguro específico** por parte de las empresas, para todo su personal en relación de dependencia, salvo que la empresa tenga capacidad financiera para **autoasegurarse**. Cada empleador puede elegir libremente la entidad aseguradora a la que habrá de afiliarse, sea una compañía de seguros generales o una ART, pero éstas no pueden rechazar afiliaciones ni realizar exámenes médicos antes de aceptarlas.

La afiliación libera al empleador de toda **responsabilidad** ante un siniestro o una enfermedad profesional y los empleados no pueden iniciar acciones legales contra sus empleadores, salvo en caso de dolo. El empleador deberá **pagar la alícuota** predeterminada, junto con el resto de las cargas sociales, a través del ente recaudador del Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS). Si las alícuotas estuvieran impagas, la ART deberá igualmente hacerse cargo de las coberturas y prestaciones, pero después podrá **ejecutar** al empleador. Cada aseguradora podrá establecer libremente la magnitud de su alícuota, como porcentaje de la nómina salarial sujeta a cargas sociales; esta cotización puede variar, según el nivel de **siniestralidad** de la rama de la producción y de las medidas de HST, previstas por cada empresa. El contrato de afiliación deberá incluir un plan de HST, que las empresas deberán cumplir dentro de los 2 años. Por su parte, la ART será la encargada de verificar su cumplimiento y denunciar las transgresiones a la Ley 19587. Si un accidente se produjera por incumplimiento de las normas de HST, el empleador deberá pagar una multa de hasta U\$S 30.000 (62).

Los servicios en especies que deberán brindar las aseguradoras están definidos como:

- seguro contra siniestros y capacitación para su prevención
- asistencia médica y farmacéutica
- prótesis, ortopedia, recuperación psíquica y física
- rehabilitación en general
- recalificación profesional y reinserción laboral
- servicios funerarios
- sistema integrado de prevención de accidentes
- adaptación a las normas de seguridad industrial

Las prestaciones en dinero se establecen según el "ingreso base" (IB), correspondiente al promedio remunerativo mensual de los 12 meses anteriores al siniestro, que se ajusta por la variación del Aporte Medio Previsional Obligatorio (AMPO) y por la renta devengada del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP). Estas prestaciones son las siguientes (63):

- incapacidad temporal: salarios caídos
- incapacidad permanente: 70% del IB, ponderado por el porcentaje de incapacidad + asignaciones familiares durante 36 meses
- incapacidad leve: indemnización de pago único, según porcentaje de incapacidad, hasta un tope de U\$S 55.000
- incapacidad grave: renta mensual según grado de incapacidad
- incapacidad total y muerte: renta devengada según el SIJP
- gran invalidez: renta ajustada por AMPO y el SIJP

La misma Ley crea un Comité Consultivo Permanente (CCP), presidido por el Ministro de Trabajo y Seguridad Social e integrado por: 4 representantes por el Estado, 4 por los trabajadores, 4 por los empresarios (2 de ellos por las PyMEs). Dicho Comité tiene, entre otras funciones, la de elaborar las tablas de evaluación de incapacidad laboral y la de tipificar las enfermedades profesionales (64). Esta última tiene una particular significación, dado que define taxativamente las patologías imputables a las condiciones y medio ambiente del trabajo, por rama de la producción.

Las dimensiones de esta nueva franja del mercado de la salud, creada mediante la Ley 24557, con plazo de inscripción por ART hasta el 31/III/96 y plazo de adhesión para las empresas hasta el 30/VI/96, varían según las estimaciones entre U\$S 1000 y 1300 millones anuales, a través de una comercialización esperada del orden de los 5.000.000 de asegurados. El costo estimado de la cobertura oscila entre 3 y 7% de la nómina salarial, según el grado de siniestralidad de la rama de la producción asegurada. Al 1º/IV/96 había inscritas unas 50 empresas, pero todos los analistas suponen que no quedarán más de una docena (65,66).

En síntesis, la franja del mercado que ahora ocupan las ART, corresponde a un antiguo problema de salud de los trabajadores en relación de dependencia, inadecuadamente resuelto. Diferentes etapas históricas, a lo largo de la consolidación del sistema de SeS, pretendieron su incorporación a las coberturas de las OO.SS. Sin embargo, en la tradición jurídica del país y en la práctica, la cobertura de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, se mantuvo en la órbita de las responsabilidades patronales. Por consiguiente, el sistema creado tiende a ordenar y racionalizar un campo hasta ahora mal atendido.

Entre los inconvenientes que ha presentado su implementación, pueden apuntarse los siguientes:

- a) la falta de experiencia en el país, hace que se carezca de estadísticas de siniestralidad por rama de la producción y de estimaciones de costos por tipo de siniestros; de modo que las empresas se basaron en datos de otros países para calcular actuarialmente sus cotizaciones.
- b) se está avanzando en la tipificación de patologías laborales y en la estimación de sus costos de atención, para establecer aranceles modulares. También se están registrando datos que, a través del tiempo, aportarán información histórica sobre siniestralidad en cada actividad.

-
- c) el alto grado de competitividad en un mercado que se inicia, ha determinado restricciones en la operatoria de los servicios nominalmente ofrecidos, para poder sostener bajas cotizaciones. Se espera que este problema se despeje a medida que el mercado se concentre en un número menor de grandes competidores.
 - d) a través de esta franja, se están introduciendo en el mercado de salud las compañías aseguradoras comerciales, que hasta ahora no se atrevieron a ocuparlo mediante la compra de empresas de medicina prepaga, probablemente debido al alto grado de "incertidumbre actuarial" con que acostumbran se operar en este campo.

4.- CONSIDERACIONES FINALES

El sistema de Salud en la Argentina, se encuentra en un proceso de transición, desde el **Modelo Pluralista de Planificación Descentralizada** -tal como lo hemos caracterizado en el Capítulo I/apartado 1- que se mantuvo vigente entre 1955 y 1989, y un nuevo modelo organizativo cuya configuración se encuentra en vías de desarrollo. A partir de la explosión hiperinflacionaria de 1989/90, se produjeron un conjunto de tendencias, cambios en la modalidad operativa de las instituciones y nuevos comportamientos micro-económicos, que permiten imaginar los futuros escenarios en los que habrá de desenvolverse el Sector.

Algunas de estos fenómenos se encuentran en curso y ya han dado lugar a decisiones formales, en cambio, otros constituyen tendencias previsibles, con un razonable grado de certeza. Con estas advertencias estimamos que, la configuración del sistema de Salud de la Argentina en los años venideros, tendrá los rasgos que se sintetizan a continuación.

4.1.- Funciones de las autoridades sanitarias estatales

La autoridad sanitaria nacional (ASN) ha delegado toda intervención en la administración directa de establecimientos hospitalarios, transfiriéndolos a la órbita de las autoridades sanitarias provinciales (ASP), y a su vez, algunas ASP han derivado una parte de los establecimientos a los municipios. Este proceso, que fue acompañado por una progresiva delegación de las decisiones administrativas hacia los niveles jerárquicos más cercanos a la faz operativa, ha sido caracterizado como de **desconcentración y descentralización**.

La ASN sólo retuvo la dependencia de 2 institutos de Epidemiología, uno de Chagas, uno de Bacteriología y uno de Virología, dado que estas instituciones intervienen en estudios de vigilancia epidemiológica, en la producción de insumos para prevención e inmunizaciones y en controles de calidad de productos comerciales. Del mismo modo sus funciones de contralor bromatológico y fiscalización tecnológica, fueron reforzadas a través de la creación de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT)

Para fortalecer su capacidad de planificación, inversión y asistencia técnica a las ASP, la ASN recurrió al financiamiento externo del BID, el BM/BIRF y, en mucho menor medida, de la OPS, al mismo tiempo que iba perdiendo su disponibilidad de transferir a

las Provincias en forma directa, fondos del presupuesto nacional. Este proceso de reconversión de la ASN, acompaña al de **reforma y ajuste** del conjunto del Estado Nacional.

El escenario futuro es el de una ASN de reducidas dimensiones relativas y fuerte capacidad de planificación y asistencia técnica. Al mismo tiempo, recaerá sobre las ASP el centro de gravedad de la ejecución de las acciones sanitarias estatales, que deberán reforzar su eficiencia administrativa.

4.2.- Administración de los hospitales públicos

Los hospitales públicos tienden a una administración autárquica, con distintos grados de avance en las diferentes Provincias. En un gradiente que va, desde la simple autorización para facturar prestaciones a las OO.SS., hasta el otorgamiento de personería jurídica y total capacidad para ejecutar su presupuesto, los establecimientos públicos están transitando un proceso hacia la **administración descentralizada**. Por su parte, la ASN ha alentado este proceso, caracterizándolo como **autogestión** y comprometiendo para ello los recursos de la ANSSAL, con el fin de liquidar las deudas de las OO.SS. con los hospitales. Asimismo, definió el proceso como tránsito desde el **subsidio a la oferta** hacia el **subsidio a la demanda**.

Independientemente de la denominación, el escenario futuro de los hospitales se orienta a una gestión equivalente a la de las **empresas públicas de servicios**, con autarquía para ejecutar su presupuesto, determinar su plantel de personal, sancionar su propio estatuto y posibilitar la participación de la comunidad en sus decisiones. Por otra parte, el papel futuro del Estado respecto de los hospitales, se concentraría en financiar la atención de los pacientes carentes de cobertura (subsidio a la demanda), financiar inversiones en bienes de capital, apoyar programas preventivos o educativos y ejercer su sindicatura. En este marco, la **sobreoferta de camas** hospitalarias tendería a su racionalización, a través de la capacidad de cada establecimiento para **competir** en la satisfacción de las necesidades de la población.

4.3.- Reestructuración del sistema de Obras Sociales

Independientemente de los plazos de ejecución, el llamado proceso de **desregulación** de las OO.SS. es inexorable. Estas entidades nacieron fragmentadas -fuera del ámbito estatal- y fueron las depositarias nacionales del fenómeno mundial de la Seguridad Social, ocurrido en la primera mitad de este siglo. Ahora se encaminan hacia la constitución de una red de **instituciones financiadoras** o **agentes prestatarios** de servicios de salud, de naturaleza solidaria, sin fines de lucro, financiadas mediante aportes universales y obligatorios, aunque no ajenas al análisis de **viabilidad económica** de la cobertura de riesgos sanitarios.

El escenario previsible de este sector para el futuro mediano, es de no más de 80 instituciones, de entre 50 y 500 mil beneficiarios que eligen libremente su afiliación, constituidas a partir de la fusión voluntaria de un grupo de las actuales OO.SS. y

asistidas técnicamente por empresas de consultoría administrativa. No es esperable por ahora que, los trabajadores en relación de dependencia, tengan libertad para disponer total o parcialmente de sus aportes al sistema, como ocurre con las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP). Pero aún manteniéndose la **compulsividad** de los aportes, es probable que -por encima de las prestaciones previstas por un Programa Médico Obligatorio (PMO)- los asociados de mayor capacidad contributiva, cuenten con la posibilidad de contratar **beneficios diferenciados** dentro de su propia entidad prestataria.

Respecto a la población carente de capacidad contributiva, no se vislumbra con claridad el panorama futuro. Su cobertura podría llevarse a cabo a través de una **Obra Social para carenciados**, mediante su incorporación a **programas especiales** de las OO.SS. de empleados estatales provinciales o por el **subsidio a la demanda** en los hospitales públicos, por parte de las autoridades sanitarias respectivas. En todos los casos, los fondos deberán necesariamente provenir de las **rentas generales del Estado**. Por último, además de las alternativas operativas analizadas, debe esperarse una revisión de la actual legislación sobre OO.SS., que ha quedado desactualizada.

4.4.- Reconversión del subsector privado

Puede esperarse un amplio y variado proceso de **integración horizontal y vertical** de las actuales PyMEs de servicios de salud, al compás de la progresiva **transferencia de riesgos** desde el sector financiador hacia el sector prestador.

La integración horizontal se está produciendo a través de asociaciones de prestadores dentro de **redes sanatoriales**, que comparten una administración común. Estas redes celebran contratos **por capitación**, pero distribuyen los recursos entre sus componentes mediante pagos **por prestación**, en general a través de aranceles globalizados. La integración vertical se lleva a cabo por medio de la incorporación de **médicos independientes** a las redes sanatoriales, la inclusión de **prestaciones de alta complejidad** en los contratos generales y la compra de sanatorios por parte de empresas de medicina prepaga (EMPP), o viceversa.

Simultáneamente, en el interior de las PyMEs sanatoriales se están produciendo algunos fenómenos, tendientes a su consolidación empresarial. En primer lugar, el replanteo de las organizaciones desde una **lógica semi-cooperativa** hacia una **lógica de empresa de servicios**, modificando su estructura interna y atendiendo en forma diferenciada los diversos contratos. En segundo lugar, integrando las sociedades de las diferentes microempresas -"arrendatarias" de los diversos servicios de la institución- en un capital societario de intereses homogéneos. Por estos diversos caminos, el escenario esperable en la operatoria cotidiana, es de un menor número de empresas atendiendo en una escala económica superior y a precios menores.

En el campo de las EMPP, también se verifica la tendencia a la integración vertical y horizontal, aunque con una presencia más significativa de la **inversión financiera** pura. Por ahora sólo se han presentado fusiones de carteras, ampliaciones de capital o compras de empresas. Es probable que, a través de la apertura del mercado de las ART, las compañías aseguradoras empiecen a interesarse en la compra de EMPP o de sanatorios. Con la misma certeza con que se espera la "desregulación" de las OO.SS., se presume una próxima **regulación de las EMPP**, que seguramente va a acentuar la concentración de capitales en este sector.

Por el contrario, es improbable que -en el corto plazo- las EMPP estén en condiciones de insertarse en el sistema de SeS, dado que operan con costos mayores a los de las OO.SS. y con normas operativas diferentes. Por otro lado, a través de las OO.SS. de Personal de Dirección, hasta ahora la SeS ha mostrado mayor competitividad para insertarse en la Medicina Prepaga, que éstas últimas para recorrer el camino inverso.

4.5.- Mecanismos futuros de regulación

En un panorama como el descripto es esperable que el **factor calidad** tenga un fuerte papel regulatorio. En primer lugar, porque las autoridades sanitarias tienden a limitar su función, a la gestión de programas de asistencia técnica y de prevención. En segundo lugar, porque el Estado -en tanto administrador de establecimientos- está desconcentrando sus decisiones hacia las autoridades de los nosocomios, que tenderán a funcionar como **empresas públicas** de servicios.

Por consiguiente, frente a un escenario protagonizado por diversas modalidades de **prestación y financiación**, los programas de evaluación de calidad se presentan como uno de los recursos más idóneos para dimensionar mercados y establecer pautas operativas de reciprocidad. Al mismo tiempo, al compás de la transferencia del riesgo financiero desde los financiadores hacia los prestadores, el factor calidad se está extendiendo desde la **evaluación externa** hacia la **gestión interna de los procesos**. Todo esto debe desenvolverse necesariamente, en el marco de una nueva constelación de normas jurídicas, cuya responsabilidad recae en los distintos poderes gubernamentales.

También asistiremos en los próximos años a una racionalización de los recursos de salud. La actual sobreoferta de médicos, camas y tecnología, junto con un déficit de servicios asistenciales básicos, acciones preventivas, personal auxiliar y especialmente de enfermería, deberán encontrar mecanismos de compensación. Como ocurrió en otros casos, el motor fundamental de estas reformas va a estar dado por nuevas modalidades de contratación y arancelamiento, que tiendan a la mayor racionalidad en la composición del gasto, con optimización de los resultados.

Como síntesis final, la organización general del Sector Salud de la Argentina está marchando hacia la configuración de un nuevo modelo, dentro de un marco jurídico desactualizado y a veces contradictorio con los nuevos fenómenos en curso. Es esperable que a lo largo del desarrollo de este proceso surjan nuevas normas legales, que transformen en criterios **de derecho** las tendencias observadas **de hecho**.

ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS

CUADRO N° 1
CANTIDAD DE ESTABLECIMIENTOS CON Y SIN INTERNACIÓN, SEGÚN
DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
Años 1980 y 1995

AÑO	TOTAL	Públicos	OO.SS.	Privados	Mixtas
1995					
Sin Internación (1)	12.775	5.740	167	6.852	16
Con Internación	3.310	1.231	55	2.021	3
1980 (2)					
Sin Internación	6.038	3.471	251	2.316	n/c
Con Internación	3.013	1.177	113	1.723	n/c

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS)

(1) Incluye los Establecimientos que también cuentan con Internación Breve/Hospital de Día.

(2) Los datos de 1980 han sido ajustados según las definiciones empleadas en la actualización de la Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

n/c= no corresponde

CUADRO N° 2
PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS CON Y SIN INTERNACIÓN, SEGÚN
DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
Años 1980 y 1995

AÑO	TOTAL	Públicos	OO.SS.	Privados	Mixtas
1995					
Sin Internación (1)	100.0	44.9	1.3	53.7	0.1
Con Internación	100.0	37.2	1.7	61.0	0.1
1980 (2)					
Sin Internación	100.0	57.5	4.1	38.4	n/c
Con Internación	100.0	39.1	3.7	57.2	n/c

Fuente: MSAS

(1) Incluye los Establecimientos que también cuentan con Internación Breve/Hospital de Día.

(2) Los datos de 1980 han sido ajustados según las definiciones empleadas en la actualización de la Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

n/c= no corresponde

CUADRO N° 3
CAMAS DISPONIBLES SEGÚN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
Años 1980 y 1995

a) en cantidades

AÑO	TOTAL	Públicos	OO.SS.	Privados	Mixtas
1995 (1)	155.749	84.094	4.375	67.198	82
1980 (2)	145.690	91.034	8.045	46.611	n/c

b) en porcentajes

1995	100.0	54.0	2.8	43.1	0.1
1980	100.0	62.5	5.5	32.0	n/c

Fuente: MSAS

- (1) Incluye las camas de Establecimientos con Internación Breve/Hospital de Día.
(2) Los datos de 1980 han sido ajustados según las definiciones empleadas en la actualización de la Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

n/c= no corresponde

CUADRO N° 4
CAMAS DISPONIBLES

	AÑO 1995 (1)	AÑO 1980 (2)
Total de Camas Disponibles	155.749	145.690
Camas Disponibles x 1000 hab.	4,55 (3)	5,21

Fuente: MSAS

- (1) Incluye las camas de Establecimientos con Internación Breve/Hospital de Día.
(2) Los datos de 1980 han sido ajustados según las definiciones empleadas en la actualización de la Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.
(3) Elaborado en base a datos de población inéditos proporcionados por INDEC, "Estimaciones de Población al 30 de junio de cada año."

CUADRO N° 5
PROMEDIO DE CAMAS DISPONIBLES POR ESTABLECIMIENTO,
SEGÚN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
Años 1980 y 1995

AÑO	TOTAL	Públicos	OO.SS.	Privados	Mixtas
1995 (1)	47,1	68,3	79,5	33,2	27,3
1980 (2)	48,4	77,3	71,2	27,1	n/c

Fuente: MSAS

(1) Para el cálculo, se incluyeron las camas de establecimientos con Internación Breve/Hospital de Día.

(2) Los datos de 1980 han sido ajustados según las definiciones empleadas en la actualización de la Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina., 1995.

n/c= no corresponde

CUADRO N° 6
OBRA SOCIALES SEGÚN NATURALEZA JURÍDICA, BENEFICIARIOS E INGRESOS

OBRAS SOCIALES	Cantidad	N° de Beneficiarios	Ingreso promedio mensual por Beneficiario (en \$)
Sindicales	203	4.611.492	19
Estatales	6	83.963	36
Por convenio	19	44.496	35
Personal de dirección	23	609.404	51
Administración mixta	13	2.303.163	28
Otras	12	162.146	22
Directas (como P. Judicial)	-	433.647	-
TOTAL	276	8.248.311	23

Fuente: Fundación Isalud y Banco Mundial

CUADRO N° 7
PROMEDIO DE GASTO EN SALUD E INGRESOS DE LAS OBRAS SOCIALES,
POR BENEFICIARIO Y POR MES

COBERTURA	Aportes		Gasto de Bolsillo	Total por persona	Total anual (Millones \$)
	Directos	Indirectos			
OO.SS Nacionales	23	8	17	49	5.000
PAMI	45	5	20	70	3.600
OO.SS Provinciales	26	5	17	48	2.800
Prepagos	70	5	20	95	2.300
Sin cobertura	19	-	20	39	5.600

Fuente: Fundación Isalud y Banco Mundial

CUADRO N° 8
DIMENSIONES DE LA MEDICINA PREPAGA

Cantidad de Empresas en el Sector	200
Facturación anual del Sector	\$ 2.100.000.000
Cantidad total de afiliados	2.400.000
Precio promedio por afiliado	\$ 72
Precio promedio por afiliado empresa más cara	\$ 120
Precio promedio por afiliado empresa más barata	\$ 40
Cantidad de afiliados empresa más grande	200.000
Cantidad de afiliados empresa más chica	1.500
Porcentaje de afiliados directos promedio del Sector	65%
Porcentaje de afiliados por empresa promedio del Sector	35%

Fuente: Bobrosvsky & Lezzi Consultores

CUADRO N° 9
RANKING DE EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA

EMPRESA	CANTIDAD DE AFILIADOS	NIVEL SOCIO-ECONÓMICO	SANATORIOS CLÍNICAS PROPIAS
AMSA	240.000	Medio/Medio bajo	Mitre-Agote
MEDICUS	150.000	Alto/Medio alto	Otamendi-Sant. Lomas
DOCTHOS	100.000	Medio alto/medio	Ninguno
TIM	80.000	Medio alto/medio	Clínica del Sol
CIM	50.000	Medio alto/medio	Maternidad Suizo Arg.
OMINT/SKILL	45.000	Medio alto/medio	Trinidad
DIAGNOS	45.000	Medio alto/medio	Finocchiato
GALENO/VESALIO	40.000	Medio alto/medio	Trinidad-Jockey Club
ACCIÓN MÉDICA	40.000	Medio	Ninguno
LIFE	32.000	Medio alto/medio	Ninguno
MEDICORP	30.000	Medio/medio bajo	Ninguno
QUALITAS	23.000	Alto	Ninguno
SALUD	20.000	Medio alto/medio	Ninguno
Otras (200 Compañías)	1.272.000	Medio alto/medio	Ninguno
TOTAL	2.160.000		

Fuente: Towers Perrin/Marcu y Asociados

CUADRO N° 10
INFLACIÓN DESDE LA CONVERTIBILIDAD (IV/91)

LOS 10 QUE MAS SUBIERON		LOS 10 QUE MENOS SUBIERON	
	en %		en %
• Tomate	229,2	• Arroz	3,0
• Alquiler	180,0	• Harina de Trigo	0,6
• Pan Francés	120,1	• Aceite mezcla	-2,6
• Verduras	115,2	• Azúcar	-5,8
• Espectáculos	111,3	• Jamón cocido	-6,1
• Servicios para la Salud	110,2	• Ropa exterior	-8,5
• Peluquería	107,5	• Cerveza común	-18,0
• Batata	95,5	• Café	-18,1
• Colegios	92,3	• Gaseosa (1,5 lt.)	-33,7
• Turismo	87,5	• Cebolla	-58,5
• Nivel General	37,0		

Fuente: INDEC

CUADRO N° 11
BENEFICIARIOS DE OBRAS SOCIALES SEGÚN NATURALEZA INSTITUCIONAL

Naturaleza de la obra social	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Sindicales	7.099.792	7.319.024	7.585.003	8.031.908	6.699.849	9.508.330
Estatales	763.512	522.968	354.889	225.042	133.354	118.184
Por convenio	216.143	92.855	46.159	88.609	53.120	72.711
Personal de dirección	964.081	940.145	579.358	965.431	1.146.629	1.154.407
Administración mixta (1)	8.784.297	8.612.145	7.973.358	7.933.218	8.291.224	5.284.278
Por adhesión (2)	60.740	47.899	45.723	47.795	29.639	51.057
Ley N° 21.476 (3)	60.367	60.176	41.232	42.505	4.267	36.476
De empresas (4)	25.054	26.628	29.862	29.862	30.505	23.611
Especiales (5)	-	4.467	4.572	4.821	6.175	7.249
Agente seguro	-	-	-	-	6.646	14.357
Total	17.973.986	17.626.307	16.660.156	17.369.191	16.401.408	16.270.660

Fuente: Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL)

- (1) Creadas por ley y cuya conducción es ejercida por un organismo integrado por empresas del Estado, beneficiarias y empleadores.
 (2) Exceptuadas de la ley de Obras Sociales que no obstante se adhieren.
 (3) De empresas estatales creadas por una disposición especial (Atanor, Papel Misionero, etc.).
 (4) Se trata en realidad de una sola empresa
 (5) Autorizadas a funcionar por cumplir con los requisitos de la nueva ley de Obras Sociales N° 23.660, art.1, inc. H.

CUADRO N° 12
MERCADO DE LA SALUD

PRESTADORES	Cantidad de personas cubiertas	(1) Gasto Anual	%De personas cubiertas	% del gasto total anual	Gastos por beneficiario/año	Gastos por Beneficiario/mes
• Obras sociales sindicales	15.800.000	3.150	45,34	27,51	199,37	16,61
• Obras sociales de personal de dirección	950.000	800	2,73	6,99	842,11	70,18
• Empresas de medicina prepaga	2.100.000	2.100	6,02	18,34	1.000,00	83,33
• INSSIP (PAMI)	4.200.000	3.000	12,05	26,20	714,29	59,52
• Hospitales públicos	11.800.000	2.400	33,86	20,96	203,39	16,95
TOTAL	34.850.000	11.450	100,00	100,00	328,55	27,38

Fuente: Elaboración propia, en base a datos del ANSES, ANSAL, Ministerio de Economía y Diagnos S.A.

- (1) Incluye gastos administrativos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Katz J. y col.: El sector salud en la República Argentina; su estructura y comportamiento. Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1993. Ver Katz J., Arce H., Muñoz A.: El modelo organizacional vigente y sus orígenes histórico-institucionales, págs. 13-30.
2. Arce H.: El territorio de las decisiones sanitarias. Ed. H. Macchi, Buenos Aires, 1993, págs. 155-190.
3. Arce H.: La salud durante la crisis hiperinflacionaria. Informe a la Secretaría de Salud, mimeo, Buenos Aires, VI/1989.
4. Katz J., Muñoz A.: Hiperinflación y agravamiento de la crisis estructural del Sector Salud de la República Argentina. CEPAL, mimeo, Buenos Aires, 1989.
5. Moreno E.: Algunos aspectos de política operativa de la Secretaría de Salud. Documento de trabajo, mimeo, Buenos Aires, XI/1991.
6. Poder Ejecutivo Nacional: Proyecto de ley de presupuesto general de la Administración Nacional para el ejercicio 1992; mensaje 1867. Trámite Parlamentario N° 95, Buenos Aires, 13/XI/91.
7. Arce H.: Op. cit., 1993, pág. 197.
8. Oviedo C.: Antecedentes de la asistencia técnica y financiera de la Nación a las jurisdicciones. Informe a la Subsecretaría de Salud, mimeo, Buenos Aires, VIII/1991.
9. González G., Abadie P., Llovet J., Ramos S.: El gasto en salud y en medicamentos, Argentina, 1985. Estudios CEDES, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1989, págs. 26-27.
10. Arce H.: Op. cit., 1993, pág. 196.
11. Arce H.: Naturaleza y perspectivas del Consejo Federal de Salud. COFESA, informe de la Secretaría Técnica, mimeo, Buenos Aires, 1989.
12. Consejo Federal de Salud: Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud. Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires, 1991.
13. Ministerio de Salud y Acción Social: Decreto 1269/92, Políticas Sustantivas e Instrumentales de la Secretaría de Salud. Boletín Oficial, 1a. Sección, 27/VII/92, pág. 2.
14. Ministerio de Salud y Acción Social: Decreto 578/93, Hospitales Públicos de Autogestión. Boletín Oficial, 1a. Sección, 13/IV/93, pág. 2.
15. Dal Bó L.: Un nuevo modelo de efector público de salud. Medicina y Sociedad, Vol. 12, N° 5/6, Buenos Aires, 1989, págs. 34-43.

16. Arce H.: Funciones y responsabilidades del hospital público. En Los Servicios de Salud en Argentina de Mera J. y col., Ed. Fund. Univ. "Hernandarias", Buenos Aires, 1995, tomo II, págs. 151-183.
17. Díaz Muñoz A.: Procesos de privatización en el Sector Salud en Argentina. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), mimeo, Buenos Aires, 1991.
18. Ministerio de Salud y Acción Social: El Proyecto AR 0120; relaciones diferenciales con otros Proyectos con Financiación Externa en el Sector Salud. Unidad Ejecutora Central, mimeo, Buenos Aires, 1996.
19. Ministerio del Interior: **Informe mensual de progreso, marzo de 1996.** Programa de Saneamiento Financiero y Desarrollo Económico de las Provincias Argentinas, mimeo, Buenos Aires, 1996.
20. Ministerio de Economía, Secretaría de Programación Económica, Dirección de Financiamiento y Cooperación. Información registrada, Buenos Aires, julio de 1996.
21. Arce H., Roncoroni A.: **Acerca del histórico fatalismo de los hospitales públicos.** Medicina y Sociedad, Vol. 10, N° ½, Buenos Aires, 1987, págs. 33-37.
22. Arce H.: **Mejorar el hospital público para integrarlo al sistema.** Enfoques sobre Seguridad Social, año III, N° 15/16, Buenos Aires, 1989, págs. 38-39.
23. Arce H., González Morán O., Marracino C., Pérez H.: **Inserción del hospital público en el sistema de Seguridad Social.** Auditoría Médica, año 2, N° 3, Buenos Aires, 1985, págs. 96- 104.
24. Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS): **Inserción del Hospital Público en la Seguridad Social.** Medicina y Sociedad, Vol. 12, N° ½, Buenos Aires, 1989, págs. 54-56.
25. Arce H.: **Política hospitalaria municipal.** Secretaría Municipal de Calidad de Vida, mimeo, Buenos Aires, 1989.
26. Arce H.: **Consideraciones político-técnicas sobre la descentralización hospitalaria.** Secretaría Municipal de Calidad de Vida, mimeo, Buenos Aires, 1989.
27. Arce H., Roncoroni A.: **Hospitales Públicos y Obras Sociales; una propuesta.** Medicina y Sociedad, Vol. 7, N° 5, Buenos Aires, 1984, págs. 140-146.
28. Arce H.: **Arancelamiento hospitalario; normas administrativas.** Medicina y Sociedad, Vol. 13, N° ½, Buenos Aires, 1990, págs. 35-39.
29. Tafani R.: **Implicancias operativas de la autogestión.** Consultor de Salud, N° 70, Buenos Aires, VII/93, pág. 10.
30. Roncoroni A.: **Señalan a las obras sociales como una de las causas de la crisis hospitalaria.** La Nación, Buenos Aires, 23/X/95, pág. 16.
31. Ministerio de Salud y Acción Social: **Sistema para valorar el origen ocupacional en egresos hospitalarios.** PRONATASS/BIRF/ PNUD, Buenos Aires, V/94.
32. Ministerio de Salud y Acción Social: **Normas de descentralización para establecimientos de salud.** PRONATASS/ BIRF/PNUD, Buenos Aires, XI/94.
33. Ministerio de Salud y Acción Social: **Instrumentos para el Hospital Público de Autogestión.** PRONATASS/BIRF/PNUD, Buenos Aires, XI/94.
34. Arce H.: Op. cit., 1993, págs. 203-217.
35. R.D.G.: **Salud, un negocio de 4.700 millones de dólares anuales.** El Economista, 19/VI/92, Buenos Aires, pág. 12.

36. Bermúdez I.: **El negocio de la salud, se avecina un cambio de mano.** Clarín Económico, 7/II/93, Buenos Aires, págs. 2-3.
37. **Ámbito Financiero**, 10/I/92, págs. 8 y 17, Buenos Aires.
38. Hapke E.: **Sin cobertura, la "letra chica" de la medicina prepaga.** Noticias, 3/VII/96, Buenos Aires, págs. 48-53.
39. Superintendencia de Seguros de la Nación: **Medicina Prepaga; proyecto de Resolución.** Mimeo, Buenos Aires, 1993.
40. Pérez Alonso N.: **Salud, en terapia intensiva.** Noticias, 5/III/96, Buenos Aires, pág. 78-79.
41. Bermúdez I.: **El Gobierno fija nuevas reglas a las empresas de medicina prepaga.** Clarín, 7/VI/96, Buenos Aires, pág. 20.
42. Arce H.: **El papel del Estado en los procedimientos de evaluación de la calidad de la atención médica.** Medicina y Sociedad, Vol. 18, N° 2, Buenos Aires, 1995, págs. 33-35.
43. Arce H.: **Editorial.** Revista del ITAES, N° 1, Buenos Aires, 1995, págs. 3-4.
44. Arce H.: **El factor "calidad" como futuro regulador del sector Salud.** Consultor de Salud, N° 127, Buenos Aires, 1995, pág. 11.
45. Bermúdez I.: **Cómo será el nuevo sistema de salud.** Clarín Económico, 13/X/96, Buenos Aires, págs. 1-7.
46. Correa R.: **La obra social docente se anota para competir.** La Nación, Economía & Negocios, Buenos Aires, 20/X/96, pág. 8.
47. Clarín: **Se unen cinco obras sociales.** Buenos Aires, 21/X/96, pág. 22.
48. Equisal S.A.: **Manual de Funcionamiento.** Mimeo, Buenos Aires, 1996.
49. Equisal S.A.: **Normas de Facturación y Pago a Prestadores.** Mimeo, Buenos Aires, 1996.
50. Aizen M.: **Estados Unidos dice que es recomendable invertir en la Argentina.** Clarín, Buenos Aires, 25/VII/96, pág. 10.
51. Hapke E.: **Prepagas, píldora salvadora.** Noticias, Buenos Aires, 28/V/95, pág. 64.
52. Correa R.: **El mercado espera la desregulación.** Nación, Economía & Negocios, Buenos Aires, 29/IX/96, págs. 1-5.
53. Villalonga J.: **El caso Amil, management sano.** Noticias, Buenos Aires, 8/VI/96, pág. 59.
54. A.G.: **Los brasileños en el negocio de las prepagas.** Clarín, Buenos Aires, 24/V/95, pág. 22.
55. Apertura: **The Exxel Group.** Buenos Aires, abril 1996, págs. 56-65.
56. Clarín: **El Exxel Group pagó 40 millones por una prepaga.** Buenos Aires, 28/VIII/96, pág. 13.
57. Clarín: **Todman, al grupo Exxel.** Buenos Aires, 25/VII/96, pág. 13.
58. Ceriotto L.: **El capital extranjero se quedó ya con varias firmas líderes.** Clarín, Buenos Aires, 13/X/96, pág. 22.
59. Arce H.: **Normas para la atención de patologías cuya cobertura es de responsabilidad patronal.** Obra Social de Gastrónomicos, mimeo, Buenos Aires, 1988.

60. Marracino C., Arce H., Caballero N., Schiavi P., Korinfeld S., Brigante M.: **Las Obras Sociales y su intervención en las condiciones y medio ambiente del trabajo, así como en las condiciones generales de vida.** INOS, mimeo, Buenos Aires, 1984.
61. Instituto Nacional de Obras Sociales: **Anteproyecto de prestaciones básicas y coberturas esenciales de atención médica para Obras Sociales.** INOS, mimeo, Buenos Aires, 1985.
62. Bermúdez I.: **Seguro privado para cubrir los riesgos laborales.** Clarín Económico, Buenos Aires, 10/XII/95, págs. 1-5.
63. Prein V.: **La Ley de Riesgos del Trabajo.** El Prestador, N° 15, CEDIM, Buenos Aires, 1996, págs. 13-18.
64. Comité Consultivo Permanente: **Listado de enfermedades profesionales de la Ley 24557.** Ed. Luelca, Buenos Aires, 1996.
65. Meañes F., Baulde C.: **Mejor prevenir.** Noticias, Buenos Aires, 17/III/96, págs. 44-45.
66. Clarín: **El debut del nuevo sistema.** Suplemento especial, Buenos Aires, 1º/IV/96.

Serie Financiamiento del Desarrollo *

Nº	Título
1	"Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988)" (LC/L.522), noviembre de 1989
2	"Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987" (LC/L.526), diciembre de 1989
3	"Los determinantes del ahorro en México" (LC/L.549), febrero de 1990
4	"Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones" (LC/L.553), abril de 1990
5	"La cooperación regional en los campos financiero y monetario" (LC/L.603), noviembre de 1990
6	"Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pasivos: experiencias de América Latina" (LC/L.609), enero de 1991
7	"El leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina" (LC/L.652), noviembre de 1991
8	"Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras" (LC/L.655), noviembre de 1991
9	"Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma" (LC/L.656), noviembre de 1991
10	"¿Existe aún una crisis de deuda latinoamericana?" (LC/L.664), diciembre de 1991
11	"La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno" (LC/L.721), noviembre de 1992
12	"Las monedas comunes y la creación de liquidez regional" (LC/L.724), diciembre de 1992
13	"Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política" (LC/L.755), junio de 1993
14	"Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores" (LC/L.768), julio de 1993

* El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago de Chile.

- 15 "Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño" (LC/L.833), mayo de 1994
- 16 "El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia" (LC/L.834), mayo de 1994
- 17 "La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica" (LC/L.835), mayo de 1994
- 18 "Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México" (LC/L.843), junio de 1994
- 19 "Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993" (LC/L.839), mayo de 1994
- 20 "Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador" (LC/L.830), junio de 1994
- 21 "Integración de las bolsas de valores en Centroamérica" (LC/L.856), agosto de 1994
- 22 "La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos" (LC/L.853), agosto de 1994
- 23 "Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile" (LC/L.854), agosto de 1994
- 24 "Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos" (LC/L.855), agosto de 1994
- 25 "El movimiento de capitales en la Argentina" (LC/L.857), agosto de 1994
- 26 "Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas" (LC/L.859), agosto de 1994
- 27 "Flujos de capital: el caso de México" (LC/L.861), agosto de 1994
- 28 "El financiamiento latinoamericano en los mercados de capital de Japón" (LC/L.862), agosto de 1994
- 29 "Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe" (LC/L.879), febrero de 1995
- 30 "Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia" (LC/L.901), julio de 1995
- 31 "Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador" (LC/L.903), septiembre de 1995

- 32 "Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas" (LC/L.907), septiembre de 1995
- 33 "Private international capital flows to Brazil" (LC/L.909), octubre de 1995
- 34 "Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina" (LC/L.911), octubre de 1995
- 35 "Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica" (LC/L.914), octubre de 1995
- 36 "Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993" (LC/L.940), mayo de 1996
- 37 "Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta" (LC/L.949), julio de 1996
- 38 "Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia" (LC/L.965), agosto de 1996
- 39 "Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994" (LC/L.984), octubre de 1996
- 40 "Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa" (LC/L.1002), abril de 1997
- 41 "Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México" (LC/L.1003), abril de 1997
- 42 "Costa Rica: una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986" (LC/L.1004), junio de 1997
- 43 "Choques, respostas de politica economica e distribucao de renda no Brasil" (LC/L.1005), junio de 1997
- 44 "Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas" (LC/L.1006), mayo de 1997
- 45 "Pension reforms in Central and Eastern Europe: necessity, approaches and open questions" (LC/L.1007), abril de 1997
- 46 "Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena" (LC/L.1008), mayo de 1997
- 47 "La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada" (LC/L.1009), mayo de 1997
- 48 "On economic benefits and fiscal requirements of moving from unfunded to funded pensions" (LC/L.1012), junio de 1997

- 49 "Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno" (LC/L.1030), julio de 1997
- 50 "La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile" (LC/L.1031), julio de 1997
- 51 "Mecanismos de pago/contratación del regimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia" (LC/L.1032), julio de 1997
- 52 "A comparative study of health care policy in United States and Canada: what policymakers in Latin America might and might not learn from their neighbors to the North" (LC/L.1033), julio de 1997
- 53 "Reforma al sector salud en Argentina" (LC/L.1035), julio de 1997
- 54 "Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de Chile" (LC/L.1036), julio de 1997
- 55 "El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia" (LC/L.1037), julio de 1997
- 56 "Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile" (LC/L.1038), julio de 1997
- 57 "Gasto y financiamiento en salud en Argentina" (LC/L.1040), julio de 1997
- 58 "Mujer y Salud" (LC/L.1041), julio de 1997
- 59 "Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina" (LC/L.1042), julio de 1997