

SECCIÓN DE OBRAS DE ECONOMÍA CONTEMPORÁNEA

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN I



Primera edición, Chile, 2000

Título original:

Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud.

Los casos de Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile - Colombia

© Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas

© Fondo de Cultura Económica

Av. Picacho Ajusco 227; Colonia Bosques del Pedregal; 14200 México, D.F.

© Fondo de Cultura Económica Chile S.A.

Paseo Bulnes 152, Santiago, Chile

Registro de propiedad intelectual N° 114.526

I.S.B.N.: 956-289-017-1 (Volumen I)

I.S.B.N.: 956-289-016-3 (Obra completa)

Ilustración de la portada: Juan Cristián Peña Camarda

Composición y diagramación: Gloria Barrios

Impreso en Salesianos S.A.

Impreso en Chile

DANIEL TITELMAN / ANDRAS UTHOFF
COMPILADORES

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE
ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN I



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA
MÉXICO - ARGENTINA - BRASIL - COLOMBIA - CHILE - ESPAÑA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA - GUATEMALA - PERÚ - VENEZUELA



COMISIÓN ECONÓMICA PARA
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)

PROBLEMAS Y REFORMA DEL SECTOR SALUD EN LA ARGENTINA

Roberto Tafani

1. INTRODUCCIÓN

La República Argentina ha transformado su economía con un doble efecto. Por un lado, ha generado una fuerte dinámica de crecimiento macroeconómico con estabilidad de precios (Tafani, 1996, cap. 1). Por el otro, ha agravado las condiciones distributivas del ingreso. Los datos para el Gran Buenos Aires muestran que mientras en 1980 el 10% más rico de la población obtenía el 28.7% del total de ingresos, en 1987 esa cifra crecía al 32.2%, en 1991 al 34.2%, y en 1996 al 35.5%. En el otro extremo de la escala, el 30% más pobre de la población pasó de obtener el 11.3% del total de ingresos en 1980, a cifras de 10.4% en 1987, 8.8% en 1991, y 8.5% en 1996. El 60% restante de la población vio caer su participación del 60% en el primer año citado, al 57% en 1991 y al 56% en 1996. (*Ámbito financiero*, 1997). Considerando que la crisis económica fue resuelta a partir de 1991 (ley de convertibilidad de la moneda), y que el crecimiento económico se manifiesta sostenido desde aquel año (salvo en 1995 por el efecto "tequila"), resulta que la mayor concentración del ingreso no se verifica durante la estabilidad y el crecimiento sino durante la crisis que culmina en la hiperinflación. La fase de recuperación, sin embargo, no solo no consigue revertir el proceso sino que lo sostiene, lo cual parece confirmar en el caso argentino aquello de que la fase ascendente del ciclo económico va acompañada de una distribución regresiva del ingreso.

Esta dinámica macroeconómica tiene un impacto directo sobre la estructura del financiamiento de los servicios de salud (y en las condiciones de acceso y cobertura para la población) tanto por la participación

relativa del gasto privado de bolsillo en el total del financiamiento como por su elasticidad-ingreso positiva. En la medida que la distribución del ingreso se haga más regresiva y el gasto privado financie crecientemente las prestaciones de salud (por el estancamiento de la financiación de los seguros y del sector público, y el aumento del pago privado de salud en los estratos superiores debido a la concentración del ingreso y la elasticidad-ingreso positiva), así también debe aumentar la desigualdad en el acceso y en la cobertura de atención de las personas.

Para el gasto privado de bolsillo las cifras sugieren que este es efectivamente elástico al ingreso, y que en consecuencia los efectos de la *distribución deben haber ampliado la diferencia en las posibilidades de acceso a la salud*. En 25 años, dicho gasto privado incrementó fuertemente su participación como porcentaje de la canasta de consumo. El cuadro siguiente sugiere una sociedad que reduce la proporción del gasto en alimentos y vestidos para aumentar el cuidado de su salud, la cohesión social (comunicaciones y transporte), el esparcimiento y la educación.

CANASTA DE CONSUMO PROMEDIO

(En porcentaje)

| | 1960 | 1970 | 1985 |
|------------------------------------|------|------|------|
| Alimentos y bebidas | 59.2 | 46.3 | 38.2 |
| Indumentaria | 18.7 | 10.9 | 9.4 |
| Vivienda | 7.0 | 11.3 | 9.0 |
| Equipos y funcionamiento del hogar | 3.0 | 5.2 | 7.9 |
| Gastos para la salud | 1.5 | 4.5 | 7.9 |
| Transporte y comunicaciones | 2.5 | 8.7 | 11.5 |
| Esparcimiento y educación | 3.5 | 6.4 | 10.1 |
| Bienes y servicios varios | 4.6 | 6.7 | 5.9 |

Fuente: Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL), indicadores de coyuntura.

Como el gasto varía según el nivel de ingresos se presentan a continuación las canastas de consumo para cinco tramos de la población. El número I representa el 20% de la población con menores ingresos, el V al 20% de la población con mayor nivel de ingresos.

CANASTA DE CONSUMO SEGÚN TRAMOS DE INGRESOS.
AÑO 1985

| | I | II | III | IV | V |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Alimentos y bebidas | 54.7 | 47.6 | 41.3 | 36.3 | 25.4 |
| Indumentaria | 7.5 | 9.0 | 9.1 | 9.1 | 10.2 |
| Vivienda | 8.3 | 9.0 | 9.1 | 8.1 | 9.7 |
| Equipos y funcionamiento del hogar | 6.1 | 6.1 | 6.6 | 7.7 | 9.9 |
| Gastos para la salud | 4.8 | 6.9 | 7.4 | 8.9 | 8.8 |
| Transporte y comunicaciones | 7.3 | 8.9 | 10.7 | 12.8 | 13.6 |
| Esparcimiento | 3.3 | 5.4 | 6.4 | 8.5 | 13.8 |
| Educación | 2.1 | 2.3 | 2.4 | 3.2 | 2.5 |
| Bienes y servicios varios | 5.7 | 5.4 | 6.9 | 5.4 | 6.0 |

Fuente: Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL), indicadores de coyuntura.

El cuadro muestra que los rubros con mayor elasticidad-ingreso son esparcimiento, transporte y comunicaciones, y gastos para la salud. En este último caso, los sectores de mayores ingresos no solamente gastan más en términos absolutos en salud, sino que también lo hacen como proporción del total de la canasta de consumo. Esto sugiere que en la medida que el ingreso se ha ido concentrando en la Argentina, así también se han creado condiciones para el aumento del gasto en los sectores más acomodados de la población. El sistema de salud tiende hacia un esquema de múltiples fajas consumidoras de servicios de salud, en tanto que una política de reducción del gasto en el sector público (en los seguros semipúblicos hay copagos, y el gasto privado solo puede intentar modificarse mediante estructuras de incentivos adecuadas), conduciría a aumentar el abismo que separa a los sectores de mayores y menores ingresos en materia de atención y acceso a la salud.

DESIGUALDAD Y SUBCOBERTURA

En todo caso, la Argentina tiene una franja de subcobertura donde un 40% de la población no tiene seguro de salud. Es un grupo de bajos ingresos, joven y que se concentra en dos provincias del país. En ese sentido, un trabajo reciente (Vargas de Flood, 1996), con datos del censo de 1991 afirma que la población sin cobertura llega al 38.9% de la población, es decir unas 12 millones de personas. Esa población se concentra en los primeros quintiles de ingresos. Así, en 1992 dentro del 20% más pobre de la población (26.6% del total), solo el 19% tenía afiliación a un seguro de salud, mientras que un 43.6% no contaba con ninguna cobertura, y un 36.4% no sabe o no responde. Esto muestra el espectro de la subcobertura y la falta de información existente para determinar la verdadera magnitud del problema. La autora del trabajo afirma que el 33% del segundo quintil (19% de la población) no tiene cobertura de ningún tipo, mientras que solo el 8% del quinto no la posee pero se supone que tiene recursos para atenderse privadamente.

Para una población de 33 millones de personas, esto implica que hay 5.9 millones de personas situadas en la franja del 40% más pobre que no tienen cobertura de salud. Del total de personas sin cobertura, 4.5 millones (40%) corresponden a la provincia de Buenos Aires. Si se agrega un millón más en la provincia de Córdoba, se llega a la mitad del problema en las dos provincias mencionadas. Siguen luego las provincias de Santa Fe, Mendoza y Chaco con 802, 593 y 430 mil personas —respectivamente— sin cobertura. El resto de las provincias se encuentran bajo la cifra de 400 mil personas sin seguro, cada una. Finalmente, las personas sin cobertura son jóvenes. Entre el 41% y el 45% de la población de 0 a 29 años, no tiene seguro.

Ante esta situación de subcobertura y el posible agravamiento de la inequidad, se ha discutido en la Argentina el nivel y composición del gasto. El mismo representaba en 1995 un 7.2% del PIB, unos 20 mil millones de dólares.¹

1. Véase más arriba el texto de M. Cristina V. de Flood, "Gasto en financiamiento de la salud en Argentina".

Lo que se destaca, es el cambio en la composición de su estructura. Con la universalización en los años 70 de la obligatoriedad del aporte para los trabajadores dependientes en seguros semipúblicos (fondos de enfermedad no comerciales conocidos como obras sociales), hubo una caída del gasto directo de bolsillo. Desde 1980, sin embargo, el gasto público pierde importancia, las obras sociales se encuentran virtualmente estancadas en su participación, y el gasto privado continúa creciendo en forma sostenida. Esto sugiere que *“la seguridad social y el subsector público no cumplieron el rol esperado de cobertura de salud y las familias tuvieron que aumentar sus erogaciones para compensar las carencias en las prestaciones”*. Asimismo, indica que *“los aumentos de los gastos son solventados por las familias en un contexto en el que disminuyen las coberturas de las Obras sociales y el subsector público fiscal, no sólo reduce sus gastos sino también su actividad de entidad reguladora y fiscalizadora”* (Vargas de Flood, 1996). Desde la óptica señalada al inicio el cuadro es claro, la mayor parte del financiamiento de la salud en la Argentina proviene del gasto privado de bolsillo, lo que mantiene la desigualdad del sistema. Como además el desequilibrio en la distribución del ingreso está aumentando, entonces resulta que pese al aumento de los recursos el sistema es crecientemente inequitativo.

El criterio de medir el nivel del gasto en salud como porcentaje del PIB, ha sido colocado en tela de juicio por los analistas. Para algunos (Fuchs, 1994), ello no dice mucho porque en el nivel del gasto subyace una cuestión de valores. Existen también problemas cuando el nivel del gasto se trata en términos comparativos, lo que involucra precios relativos y variación cambiaria debido a flujos del comercio (White, 1995). La solución mediante el método de paridad del poder adquisitivo (PPA), requiere un mayor desarrollo metodológico en los sistemas de información.²

De cualquier manera, no se pueden desconocer los argumentos que evalúan críticamente la cuestión de la eficiencia médica y señalan que gastar mucho en una atención que produce marginalmente una pequeña contribución reduce el ahorro, la inversión y la prosperidad, impactando negativamente en la salud. Desde ese punto de vista, disminuir el gasto

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

en atención médica es el camino para mejorar la salud. Dicho de otra forma, la presencia de una curva plana de atención médica con rendimientos decrecientes en el contexto de una práctica médica que hace una contribución modesta a la salud, implica reconocer el impacto favorable de la asignación de recursos a la salud cuando estos van a generar procesos llamados de "efecto poblacional", o sea referidos al sistema social y político en general y ajenos a la interacción entre pacientes y prestadores de servicios. Por ejemplo, educación, vivienda, parques públicos, integración social (Lu Ann y otros, 1993; Sagan, 1987).

SOBREFERTA Y FALTA DE EFICIENCIA MÉDICA

La cuestión referida en el párrafo anterior no es menor y puede estar detrás del problema de los indicadores sanitarios comparados. La Argentina con un ingreso per cápita que supera al de Chile y Uruguay tiene comparativamente peores indicadores epidemiológicos. El Banco Mundial concluye de las cifras que *"serias ineficiencias e inequidades en el uso de los recursos para los servicios de salud —con la mayoría de los recursos circulando a través del sistema de seguros de salud del país— son un factor principal que contribuye a esos desilusionantes resultados en salud"* (Banco Mundial, 1995).

El punto es que el contraste de las cifras no necesariamente implica que el problema se resuelve mediante una reforma del sistema de seguros. Esa es una simple conjetura posible. Otra alternativa es pensar en asignar más recursos a procesos de efecto poblacional y no puramente clínico, lo que implica centrar la respuesta en el entorno social antes que en el sistema de salud o en los seguros. No se trataría así de una cuestión de eficiencia institucional de las obras sociales sino de eficacia del sistema de atención médica. El punto es primordial porque en un país que cuenta con una importante sobreoferta de servicios, la reforma no debería centrarse tanto en el mecanismo de financiamiento de la demanda de los seguros semipúblicos que históricamente han servido en la Argentina para convalidar financieramente la expansión de prácticas de alta complejidad y de dudosa eficacia clínica, sino entrar de lleno en la cuestión de la oferta del sistema y su ineficiencia en materia de asignación de recursos.

La sobreoferta en la Argentina es conocida. Hace ya una década, Katz y Muñoz (1988) señalaban que la cantidad de médicos crecía a una

tasa muy superior a la de la población incrementando su número absoluto en 5 mil profesionales al año. Argumentaban asimismo que la dotación de camas crecía al 4% y que aparecían unos 350 nuevos fármacos al año. Por su parte, un ex secretario de salud, el Dr. Canitrot, hacía notar el ingreso de aparatos médicos al país en los años 80 en tal proporción que solo para tomografías había una capacidad instalada suficiente para unos 300 millones de personas, o sea diez veces la población del país.

Esa tendencia a la sobreoferta en el sector, no parece haber disminuido. Con la convertibilidad del peso y la apertura de la economía, el anclaje de la paridad cambiaria y la inflación inercial (desde abril de 1991 hasta el logro de cifras de crecimiento del índice general de precios a tasas internacionales), generaron un problema de poder de paridad de la divisa, lo que indujo al aumento de las importaciones de bienes de capital en salud. Esta situación recuerda la época de la tabla cambiaria durante el período del Ministro Martínez de Hoz, donde junto con la sobrevaluación del peso y la apertura económica se llevó adelante un proceso de reequipamiento acelerado. Las cifras sobre importación de bienes de capital en salud dan testimonio del incremento de aparatos en un 300% durante los cinco años previos y posteriores a la convertibilidad monetaria argentina. Así, entre 1986 y 1990 se importaron unos 175 millones de dólares de bienes de capital en salud. Esa cifra pasó entre 1991 y 1995 a más de 716 millones y, salvo la retracción observada en 1995, no ha parado de crecer en 1996 y 1997 (Ministerio de Economía y obras y Servicios Públicos, 1995, 1996, 1997).

Estos son los hechos que han llevado a Jorge Katz recientemente (en el seminario internacional de reformas en salud, Santiago de Chile, 1996) a plantear que en la Argentina el sector salud se modifica a partir de los mercados, con debilidad regulatoria, y no a partir de un conjunto armónico de políticas con la discusión de la sociedad. Desde esa óptica resulta poco convincente que la simple reforma de los mecanismos de financiamiento, y la introducción de mayor competencia entre los proveedores de servicios tendrá como efecto un funcionamiento más razonable del sistema. En realidad, sin políticas que se centren en el problema de la sobreoferta y busquen la eficacia del sistema, lo más probable es que el costo siga creciendo exponencialmente y que sea imposible generalizar la cobertura.

La salud, al decir del economista de la CEPAL mencionado, está siendo bombardeada por nuevos bienes de capital, y el sector paga una renta

por innovación permanente. Esas innovaciones derivan de una fuente externa, particularmente del sector de la microelectrónica, que descubre formas de procesar imágenes y luego busca su aplicación en mercados con tercer pagador. Algo similar ocurre con el desplazamiento de la frontera biomédica, la innovación molecular, la nueva generación de fármacos, y la elevación de costos. La industria farmacéutica que en los Estados Unidos capta del 8% al 10% de los recursos sectoriales, llega en la Argentina casi al 30%. Más aún, con la apertura de la economía y el cumplimiento de la ley de un solo precio —dado que el precio local de los fármacos era más bajo que en los países desarrollados—, ha habido un aumento creciente del gasto en medicamentos. Como se ve, no es tanto un problema de financiamiento como de oferta.

Esta forma de plantear las cosas trae implícito el reduccionismo epistemológico de centrar las diferencias de indicadores sectoriales casi exclusivamente en una cuestión de financiamiento de la demanda. Desde otro ángulo, esta manera de plantear el problema conduce a otro que le subyace, que es el entorno social. Son las prácticas alimentarias, la disponibilidad de viviendas aptas, los hábitos individuales (fumar, beber), el crimen, el tráfico peligroso, lo que genera los problemas del sector salud. Estos problemas pueden enfrentarse mediante el sistema de servicios de atención sanitaria u otras políticas que si bien contribuyen a la salud no necesariamente son de competencia de este sector. Comparar indicadores para deducir de allí una conclusión sobre la eficiencia del gasto referida principalmente a la institución de los seguros, es una forma de convalidar la irracionalidad en la asignación de recursos en un país que cuenta con exceso de médicos, camas y aparatos de alta complejidad, y que gasta en medicamentos tres veces la proporción de los Estados Unidos. Solo en caso de tener dos sociedades con idénticos parámetros sociales y similares esquemas globales de asignación de recursos, se podrían atribuir las diferencias de los indicadores sanitarios al impacto del comportamiento diferencial de los sistemas de atención de la salud, y dentro de este al mecanismo de financiamiento subyacente. Pero esta comparación es improbable. En sociedades como la argentina, con un índice elevado y en ascenso de muertes y accidentes graves de tránsito, con alto y desigual comportamiento de la mortalidad infantil por causas evitables, y otros problemas del entorno, un programa de salud podría orientarse hacia pautas de nutrición, límites de velocidad, impuestos al tabaco, planes de obras públicas y de comunicación social, o sea hacia

cuestiones de efecto poblacional. El punto de partida debe ser el reconocimiento de los niveles decrecientes de la oferta en salud y la ineficiencia en la asignación global, que implica seguir colocando recursos en el sector en detrimento de otras inversiones sociales.

INEFICIENCIA DISTRIBUTIVA Y PRODUCTIVA DE LOS SEGUROS

Establecido el problema de la desigualdad y del déficit de cobertura poblacional, por un lado, y la cuestión de la ineficacia del sistema de atención y la mala asignación global de recursos, por el otro (simbolizada en la sobreoferta de servicios), puede abordarse el problema de la ineficiencia distributiva y productiva de los seguros así como la cuestión de la discontinuidad de la cobertura y el problema de la subcobertura. La ineficiencia de los seguros se manifiesta en el desvío de los fondos destinados a salud. Una señal de este desperdicio se encuentra tanto en la hipertrofia de la intermediación como en el excesivo costo del *loading fee* (porción de los recursos que se asignan en los seguros a la administración y al excedente) (Jacobs, 1991). En el sistema de seguro de salud argentino, hay ejemplos de ambos fenómenos.

Esto es así por la aparición de entidades que reciben de las obras sociales las asignaciones de la capitación y que proceden luego a administrar el riesgo. Estas administradoras de fondos han nacido en un contexto de estabilidad macroeconómica, y son una manifestación de las nuevas formas organizacionales que se gestan en el sistema, ante la incapacidad de continuar con la vieja gestión institucional basada en la licuación de la deuda. Desde la óptica de la obra social, ello tiene significados múltiples. En primer lugar, patentiza la desnaturalización de su papel negando su función de administrar el riesgo y transformándola en una mera intermediaria en la canalización de recursos lo que le resta medios a la finalidad de salud. En segundo lugar, desdibuja el concepto de financiamiento solidario puesto que, tanto en el caso de las administradoras de proveedores como de las empresas de medicina prepaga —que son también buscadas por las obras sociales como socias para administrar el riesgo—, se incorporan prácticas de períodos de carencias y de preexistencias. En tercer lugar, las nuevas formas asociativas que aumentan la intermediación evidencian que pese a la naturaleza semipública de las obras sociales y al escaso desarrollo de los seguros privados en el

país, en última instancia la realidad va imponiendo mecanismos de mercado por la vía de la integración vertical de estas entidades con las obras sociales, dada la barrera a su entrada que representa el no otorgamiento de inscripción por sí misma en el registro de la Administración Nacional del Seguro de Salud. (ANSSAL). La norma actual genera la aparición de entidades privadas de carácter accesorio al sistema de las obras sociales con un doble efecto negativo; por un lado, no permite la competencia entre obras sociales y entidades prepagas, y, por el otro, aumenta el costo de administración.

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

Esto implica que el conflicto sobre el excedente se da en términos lógicos, en primer lugar entre la obra social y la administradora o entidad prepaga que recibe sus asignaciones per cápita, y posteriormente entre estas últimas y los proveedores de servicios. Desde el punto de vista de las obras sociales, no parece ya útil mantener capacidad instalada. Los precios testigo que generaban la posibilidad de atención dentro de los propios servicios de las obras sociales, están siendo reemplazados por las prácticas de control de la utilización de servicios por parte de los nuevos administradores del riesgo. Las computadoras reemplazan a la capacidad instalada. Esta puede ser una de las razones que expliquen la reducción a la mitad de las camas propias de las obras sociales entre 1980 y 1995. Como se verá luego, la dotación de camas de las obras sociales ha caído a una tasa anual promedio acumulativa del 4%, lo que explica que después de 15 años la dotación total haya pasado de unas 8 mil camas a poco más de 4 mil. Esto sugiere que el cambio de papel de la

obra social y su conversión en un intermediario financiero, se vincula con la desactivación de su capacidad instalada de camas.

La hipertrofia de la intermediación implica que los recursos destinados a remunerar la provisión de servicios crecen menos de lo que potencialmente sería posible en un sistema basado en una organización donde cotizante y proveedor estuvieran menos separados institucionalmente. Existen, además, problemas de ineficiencia por falta de competencia y por la no observancia del marco regulatorio existente. Ello aumenta la prima adicional (*loading fee*) lo que se manifiesta en el desnivel creciente entre el aporte per cápita a la obra social y la asignación correspondiente en salud que se pacta en los convenios con los proveedores.

En la medida que la lógica del seguro sea evitar la pérdida de utilidad que genera la enfermedad por su efecto sobre la riqueza (alteración de los ingresos y recursos poseídos), la compra del seguro debe medirse no por la parte del precio que se paga acorde con los gastos esperados en función de la expectativa de riesgo, sino por la proporción correspondiente a los gastos de administración y al excedente que va a cubrir la ganancia. En el caso de las obras sociales, la salvaguarda contra la subida en espiral de esta parte del precio, estaba en el 8% de los ingresos establecido en las leyes regulatorias del sistema de seguro.

Sin embargo, la no aplicación de la ley y sus sanciones por la autoridad conduce a invertir la lógica del sistema. Esto muestra hasta dónde la falta de competencia que debe operar básicamente sobre dicha prima adicional, ha permitido la ineficiencia en el sistema y el derroche institucional de recursos. La situación expuesta se consolida con la caída de precios cuando el hospital autogestionado cierra convenios por cuotas per cápita aun inferiores a las ya deprimidas del sector privado. Como la caída en la asignación de salud per cápita no se traduce en una menor imposición al salario, entonces la diferencia pasa a aumentar la cantidad asignada por concepto de prima adicional. Este es el mecanismo que hace regresiva la imposición sobre el salario.

Al margen de la ineficiencia en la asignación de recursos (hipertrofia de la intermediación) y operativa (prima adicional excesiva) de los seguros semipúblicos, hay que mencionar la cuestión de la discontinuidad de la cobertura y de los subasegurados. La falta de continuidad en la cobertura se presenta en la Argentina —que organiza sus obras sociales en base al sector de actividad económica— en rubros con alta rotación de la mano de obra, como la construcción. En la actualidad, el marco

legal que permite la cobertura por los tres meses posteriores al término del contrato, tiene tres problemas principales: a) no garantiza la continuidad de la cobertura más allá de ese período, b) genera desequilibrios financieros a los seguros que deben afrontar egresos sin el concomitante ingreso de recursos, y c) favorece abusos de los empresarios que, para evitar el aporte, exageran la rotación en el empleo al elevar la información respectiva.

Otra situación que da lugar a la falta de continuidad en la cobertura, se genera en el régimen de trabajadores de tiempo parcial. Según la normativa vigente, las personas que tienen un ingreso inferior a tres 'amos' (unidad de medida correspondiente al sistema de previsión social y que ronda aproximadamente los 70 pesos) y que no aportan de su bolsillo la proporción que le correspondería al empleador, quedan sin cobertura y sin acceso al fondo de distribución automático de subsidios establecido por el decreto 292 de 1995. Esta situación legal permite el reemplazo de trabajadores de tiempo completo por otros de tiempo parcial, con la consiguiente caída de la cobertura. Como la condición de estos nuevos empleados no obliga a la parte empresarial en lo relativo a sus aportes, *si el trabajador no lo hace enteramente por sí mismo, pierde la cobertura.*

La situación de los subasegurados, o sea de aquellos casos en los que su seguro no cubre los costos de enfermedades graves, repone el problema de la necesidad de reasegurar las intervenciones de alta morbilidad (variable centrada en el paciente) y de alta complejidad (variable centrada en el tratamiento). En la actualidad, el fondo de alta complejidad del país no opera como un reaseguro propiamente dicho, sino que es un mecanismo distribuidor de subsidios. Ese fondo no cuenta con recursos adecuados a su finalidad, a la vez que presenta problemas con las categorías que ameritan la entrega de los subsidios. En la práctica, se utilizó el mecanismo de la excepción para los efectos de autorizar coberturas que no se encontraban en la normativa vigente. Esos precedentes han sido la base para la reciente ampliación de las coberturas a casos tales como trasplantes de médula ósea, renal, cardíaco, cardiopulmonar, hepático, de páncreas, y masivo de huesos. Actualmente, con la entrada de aseguradoras internacionales que operan en gran escala, se están redefiniendo las posibilidades de cobertura de enfermedades graves o tratamientos costosos.

DEBILIDAD REGULATORIA Y REFORMA SECTORIAL.

Finalmente, el sector salud aparece como un problema por la debilidad regulatoria que lo caracteriza. No por falta de leyes o decretos, los cuales abundan, sino por falta de su aplicación universal. El tema es importante por la desprotección que implica para las personas. Mientras los problemas de imperfección de los mercados y la cuestión de la información asimétrica eran abordados con un modelo de matrícula profesional certificada por grupos de pares médicos y con instituciones proveedoras que operaban mayoritariamente como entidades sin fines de lucro, la cuestión de la regulación pública no tuvo la urgencia actual. Con el control oligopólico de los mercados, la privatización creciente de la oferta, la mercantilización de la medicina, la pérdida de funciones de las entidades intermedias, la sobreoferta y la puja distributiva, la pérdida de contención ética, y la globalización creciente de las redes de servicios, se hace necesario que la protección de las personas provenga de un marco regulatorio que se haga cargo de la acreditación, que ponga reglas de juego a la competencia, y que permita un cuadro previsible de comportamiento mediante la aplicación universal de las normas.

En ese sentido, todas las propuestas de reforma plantean la necesidad de un marco regulatorio adecuado. Lo que ocurre, sin embargo, es que la debilidad institucional subyacente vuelve inoperante las normas (en muchos casos, adecuadas) que existen, lo que hace que el problema sea no tanto de necesidad de una legislación nueva como de aplicación estricta de la que existe. La experiencia en la Argentina indica que las medidas que se toman, a veces no tienen el efecto deseado. En el caso de los hospitales, cuando se ha intentado aumentar el gasto en salud para mejorar el acceso, se ha procedido a aumentar las horas de dedicación de los profesionales sin bloqueo de título. Aumentar el nivel de una recta de ingresos que es constante cualquiera sea el número de pacientes que se atiendan, no neutraliza la lógica de la curva de oferta de atención de ser lo más reducida posible en número de pacientes atendidos. El pago por tiempo, en un contexto en el que los profesionales buscan reducir la dedicación al sector público para maximizar sus ingresos en la práctica privada, ha sido una medida que ha tenido efecto sobre los ingresos profesionales pero que no cambia la situación del acceso.

Simultáneamente, la política no interfiere sobre la oferta. En un país donde hay un médico cada 300 habitantes —o sea, con un nivel de saturación similar al de los países desarrollados— se siguen creando facultades de medicina, y las señales de precios no parecen desalentar el ingreso a la carrera. Es como si se le diera al mercado un papel más exigente del que puede cumplir. No obstante, esta impresión no es del todo exacta. El mercado ha comenzado a generar mecanismos de racionalización. Han aparecido los agentes de intermediación que habrán de practicar la contratación selectiva, el control de las tasas de utilización y, en definitiva, la creación de un ejército de reserva profesional. Si bien ese es el rumbo, la falta de una política de oferta y el dejar todo en manos del mercado termina embarcando al país en un despilfarro de recursos, donde se forman médicos para que no ejerzan y donde se instalan camas para ser clausuradas al poco tiempo.

Lo expuesto en esta introducción sugiere en definitiva que el sector salud requiere que se lo estudie y reforme, porque hay problemas de desigualdad creciente, de sobreoferta y mala asignación de recursos; por la ineficiencia operativa de los seguros; porque a los problemas de acceso se suman la discontinuidad de la cobertura y el subaseguramiento; y, en definitiva, porque ante la falta de políticas y reformas apropiadas en un contexto de debilidad regulatoria, todo indica que se potenciará la puja distributiva, la desprotección de los usuarios y la desocupación profesional unida a las quiebras institucionales.

2. LA OFERTA Y LA ACELERACIÓN DEL CAMBIO

En esta sección, se profundiza sobre los cambios en el mercado para mostrar que existe un proceso de privatización creciente de la oferta institucional —tanto ambulatoria como de internación— que acelerará el ritmo del cambio sectorial. Como eso ocurre en un contexto de estancamiento del financiamiento de los seguros, también se agudizará la puja distributiva y se retroalimentarán los cambios institucionales privados.

En la Argentina, el sector público alcanzó hacia mediados de siglo el máximo protagonismo en salud, cuando contaba con 120 mil camas. En la actualidad, cuenta con menos de la mitad de las instituciones y poco más de la mitad de las camas. A este proceso privatizador de la oferta se agrega la descentralización de las responsabilidades públicas.

En 1991, se gastaron 13 mil millones de dólares en salud. De ese total, un 20% fue gasto público, siendo tres cuartas partes del mismo responsabilidad de las provincias, un 15% de los municipios, y el resto estuvo a cargo de la nación. El gasto público aumentó entre 1991 y 1993 un 54%. Este incremento se debió al mayor gasto provincial que creció en un 63%, y de los municipios que lo hicieron en un 53%. El gasto nacional, en cambio, se mantuvo sin variaciones con un incremento de solo un 1.9%. Estas cifras reflejan el proceso de descentralización en marcha.

Si el sector público alcanzó en 1991 el 19.3% del gasto, las obras sociales con sus 4 278 millones de dólares llegaron al 32.7% del total del gasto. De ese financiamiento, el 89% fue para la oferta privada de servicios. Dos años más tarde, en 1993, el financiamiento de las obras sociales creció en un 37.5%, manteniendo el referido porcentaje de gasto en el sector privado. Los datos arrojan dudas sobre la posibilidad del sector público de financiarse mediante la fijación de aranceles a las obras sociales y el convertir los hospitales en establecimientos autogestionados. Según estas cifras, los hospitales solo captan una pequeña parte de los recursos de las obras sociales, las que siguen prefiriendo la atención del sector privado. Si a este panorama se le agregan los elevados costos fijos de los hospitales dada la concentración de camas existentes en el sector público, entonces el contexto para la política actual de introducir competencia entre el sector público y el privado parece desfavorable. Cuando se observa el sector público, él mismo ha utilizado sus mecanismos de contratación para facilitar la privatización de la oferta en el país en una situación similar a la que ocurre con los gastos de las familias, que financian casi la mitad del gasto en salud y no registran desembolsos en el sector público. Por todo ello, resulta evidente que los flujos financieros en el país se canalizan crecientemente hacia el sector privado, lo cual explica la privatización de los servicios y refuerza la hipótesis de la improbabilidad del financiamiento público fuera del presupuesto.

LA OFERTA PRIVADA

La oferta privada está compuesta por los profesionales, las clínicas y sanatorios, y los hospitales sin fines de lucro de las mutualidades, creadas generalmente por colectividades extranjeras. Los profesionales independientes (más de 90 mil) constituyen una importante boca de entrada

del modelo prestador de servicios. Las clínicas y sanatorios enfrentan una crisis, por su expansión pasada y los bajos aranceles de internación de las obras sociales. Operan sin regulación ni control de calidad. En los últimos años, la oferta privada ha disminuido la antigüedad promedio de sus bienes de capital importando equipos que acortaron la distancia tecnológica con el mundo. Con la globalización económica esta modernización es un imperativo de sobrevivencia, que genera sin embargo problemas por el exceso de capacidad instalada.

Los profesionales se agremian en instituciones que desarrollaron una fuerte capacidad de defensa de sus intereses. Lo mismo ocurre con las clínicas y sanatorios. En el pasado, estas entidades constituyeron poderosas corporaciones que hacían contratos con las obras sociales en representación de sus miembros para prestar servicios, dentro de un sistema de libre elección y pago por prestación. Al facturar unificada-mente las prestaciones, se transformaban en el único interlocutor válido para las obras sociales. Pero, en los últimos años, dada la puja distributiva estas corporaciones profesionales abandonaron la política de reconocer a las obras sociales como su principal fuente de financiación en un sistema solidario, e impulsaron políticas de cargo directo a los usuarios a través de un plus y de nomencladores propios del cobro adicional por las prestaciones, a fin de compensar la caída de sus niveles habituales de ingresos. Tal estrategia provocó fragmentación, pérdida de poder de negociación, la quiebra ética del sistema solidario, y el deterioro social de los profesionales frente a la población (Jouval, 1993).

*CRECIMIENTO INSTITUCIONAL, DIVISIÓN DEL TRABAJO
Y MEZCLA PÚBLICO/PRIVADO*

Recientemente, y con información oficial, se ha podido observar el proceso privatizador y reorganizador de la oferta de servicios en salud (Ministerio de Salud y Acción Social, 1995). Del mismo se desprenden varias características de la oferta:

a) Entre 1980 y 1995, hubo un aumento tanto de los establecimientos con capacidad de internación (10%) como de los de atención ambulatoria (más del 100%). Este crecimiento a una tasa anual acumulativa del 3.9% elevó la oferta total de 9 051 establecimientos a 16 085, o sea un aumento del 78% en quince años. Si bien hubo un crecimiento público (de 4 648

a 6 971) y una contracción en los establecimientos de las obras sociales (de 364 a 222), el mayor cambio ocurrió en el sector privado el cual más que duplicó su cantidad (de 4 039 a 8 873). Así, entre el sector público y el sector privado llegan al 98.5% de todos los establecimientos, correspondiendo el 55.2% al sector privado. Esto implica que la oferta de instituciones hospitalarias es mayoritariamente privada, dentro de un contexto de creciente mercantilización de la práctica profesional. La consecuencia será una mayor flexibilidad en la estructura asistencial y expectativas de adaptación, lo cual acelerará el ritmo de cambio en el sector. El sector privado prevalece con más de la mitad de los establecimientos del sector, entre ambulatorios y con internación.

Mientras en 1980 la relación total entre establecimientos con y sin internación era del doble a favor de estos últimos, quince años después esa diferencia se amplía a cuatro veces. Esto se destaca en el sector público que de 3 a 1 pasa a otra razón de 5 a 1, lo que indica el paulatino retiro del sector público del mercado hospitalario y el fomento de los centros primarios de atención. La participación relativa del sector público cae del 57% al 45% del total en establecimientos ambulatorios, y del 39% al 37% en los con internación. El sector privado muestra un comportamiento inverso, crece del 38% al 54% en los ambulatorios y del 57% al 61% en aquellos con internación. El cuadro evidencia la consolidación del proceso de privatización de la oferta. No solo porque el sector privado ha ampliado las diferencias numéricas de establecimientos con internación en relación con el sector público, creciendo a tasas más grandes, sino que también lo ha desplazado en el liderazgo cuantitativo de instituciones ambulatorias. Esto confirma que el llamado proceso de "provincialización" y municipalización del sector público, va acompañado de una pérdida relativa de participación global en el sector.

Existe adicionalmente otra característica en que difieren el sector público y el privado: ser establecimientos de atención general o especializada. Si bien los primeros son el 80% del total, se observa una asimetría en su distribución. Mientras en el sector público ambulatorio solo 212 de 5 713 (el 3.7%) son especializados, en el sector privado se detectaron 1 252 sobre 1 953 (64%). El mismo dominio privado en la especialización ocurre con los de internación, donde los establecimientos públicos alcanzan el 18% mientras los privados llegan al 23% del total. Para el sector de las obras sociales la especialización de los establecimientos es marginal: 3.6% en los de internación y 7% en los ambulatorios.

b) Entre 1980 y 1995, el número absoluto de camas creció en 10 mil unidades pasando de 145 690 a 155 749. Referido al crecimiento poblacional, este movimiento significa una caída de la razón de 5.2 camas por cada mil habitantes en 1980, a 4.6 en 1995. El crecimiento de camas se dio solamente en el sector privado, puesto que las camas públicas y las de las obras sociales decrecieron en forma sostenida. Este comportamiento se debe a factores múltiples. En el sector público, porque se concentra en la atención primaria. En las obras sociales, porque estas no tienen incentivos para tener camas dado que los agentes intermediarios las han liberado de la puja con los proveedores. Al transferir las cuotas de capacitación la capacidad propia deja de ser funcional a la defensa de su excedente y se convierte en un costo fijo indeseable. En esas condiciones, el sector privado pasa a ocupar espacios en el mercado hospitalario.

Desde el punto de vista del tamaño (número de camas), los establecimientos públicos y los de las obras sociales duplican al sector privado. En 1980, había un promedio de 77 camas públicas por establecimiento. Esa cifra bajó a 68 camas quince años después. El sector privado a su vez aumentó su tamaño de 27 a 33 camas promedio por entidad. Es este un elemento adicional que arroja dudas sobre la posibilidad de trabar competencia entre los sectores público y privado. Todo indica que los hospitales se diseñaron con otra lógica, que tienen excesivos costos fijos y que, sin redimensionarlos, hablar de introducir eficiencia en estructuras sobreexpandidas mediante la competencia con el sector privado, tiene poco sentido. Finalmente, hay otras diferencias intersectoriales según se trate de establecimientos para tratamientos generales o especializados. El sector privado concentra los establecimientos especializados, pero no ocurre lo mismo con las camas. En este caso, es el sector público el que concentra la mayoría de las mismas. Sobre 155 749 camas del país, el 74% son de atención general. De las 40 841 camas en establecimientos especializados, el 62% son públicas. Para ambos sectores, el 60% de las camas especializadas corresponden a salud mental. Luego vienen el resto de las especialidades (pediatría, materno-infantil, oftalmología, etc.), que absorben menos del 6% de las camas privadas y del 10% de las públicas.

Se da una segmentación del mercado donde se privatiza la especialización ambulatoria pero no la de internación. Lo expuesto se manifiesta en una curva de mayor concentración de camas públicas: el 9% de los establecimientos concentra el 50% de las camas. En el sector privado, la

cifra es de 17% de establecimientos para la mitad de las camas. Esta concentración pública se debe a que la organización hospitalaria tiene funciones de asistencia social, así como prácticas de tratar como agudos pacientes que son crónicos. Esto sugiere que la autogestión en competencia solo podría existir para algunos hospitales, pero parece inviable como política para todo el sector público.

c) La tercera característica es la aparición de nuevas modalidades de atención y de prestación que van desde los servicios de traslado y de emergencia, pasando por el hospital de día, a la internación breve, los servicios vacunatorios, y la atención domiciliaria. Estas son nuevas formas de organización del trabajo médico a partir del cambio tecnológico y el surgimiento de procesos de intervención que reducen la internación. En forma creciente se combina la atención ambulatoria con los procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Regionalmente, fuera del caso de los servicios de traslado que se registran en todas las ciudades grandes del país, las otras modalidades se concentran en el área metropolitana y en muy pocas ciudades del interior. Dentro de los establecimientos sin internación, la mayoría se centra en el diagnóstico exclusivamente. Se caracterizan por aglutinar varios procedimientos de diagnóstico y se encuentran mayoritariamente en la Capital Federal, y escasamente en el Gran Buenos Aires y en Córdoba y Rosario. En el resto del país es común la presencia de establecimientos profesionales unipersonales dedicados a una sola práctica diagnóstica, preponderantemente laboratorios de análisis clínicos.

En la periferia de las grandes urbes se han detectado unidades móviles o centros primarios de atención que funcionan sobre transportes rodantes, o flotantes. Entre Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba, el estudio estadístico registró 35 de ellos. Con respecto a las modalidades de atención breve y de internación de día, las mismas representan una nueva forma organizacional de servicios que reduce costos. La característica que los distingue es que los cuidados permanentes del paciente (enfermería, lavandería, mantenimiento, etc.) son organizados sin mantenerlos en actividad las 24 horas del día todos los días de la semana. El hospital de día se utiliza frecuentemente en salud mental, mientras que la internación breve aparece en la microcirugía ocular, la cirugía plástica y en algunos procedimientos diagnósticos. En relación con el sector público, el aumento de los establecimientos que brindan exclusivamente consulta externa se debe al crecimiento de los centros primarios de atención, por

lo que la modalidad debe interpretarse como una política de aumento de la cobertura a través de la estrategia de desarrollo del primer nivel de atención.

d) Por último, otro aspecto relevante de la oferta es la existencia de nuevas características en los establecimientos; por un lado aparece una acentuada fragmentación del recurso físico, y por otro surgen nuevas formas de complementariedad entre el sector público y el privado. La fragmentación, ocurre por la presencia de distintas empresas en un mismo establecimiento. Por ejemplo, la instalación de la terapia intensiva pediátrica en una clínica. Los propietarios de esta subunidad hacen la inversión en tecnología, llevan la administración con contabilidad separada, y comparten costos con la clínica mayor en la que se encuentran insertos. Situaciones similares se registran con unidades de diálisis, de terapia intensiva y servicios especializados neonatológicos. Estos esquemas, sin embargo, no tienden a la atomización. Si bien existe dicha fragmentación de los servicios al interior de las instituciones, hacia afuera y a los fines de negociar con las obras sociales las clínicas están recurriendo cada vez más a este tipo de servicios con los que se asocian sin perder cada cual su identidad. Son formas organizativas que no llegan todavía a la fusión, pero que intentan fortalecer una oferta oligopólica. La duda es si esas instituciones que no renuncian a su capacidad instalada para ganar sinergias operativas, pueden mantenerse en el tiempo simplemente mediante la unión para obtener convenios.

En la Capital Federal la fragmentación se extendió al sector público, lo que genera complementariedad con el sector privado. Esto ocurre en establecimientos con pocas camas, y asimismo en pequeñas localidades del interior del país (entidades de dependencia administrativa mixta). También se da la situación inversa, el sector público opera dentro del ámbito privado. Se trata de centros primarios de salud, provinciales o municipales, cuyos edificios pertenecen a sociedades vecinales y entidades sin fines de lucro. Así como en ocasiones los privados atienden dentro del sector público y reducen costos fijos, otras veces es el sector público el que opera con infraestructura privada.

Como resumen final de este cuadro de aumento de establecimientos y de camas, privatización de la oferta, división del trabajo, nuevas formas de organización, fragmentación institucional, y complementariedad entre los sectores público y privado, puede decirse que ello ocurre a medida que avanza el progreso tecnológico y cambia la división del

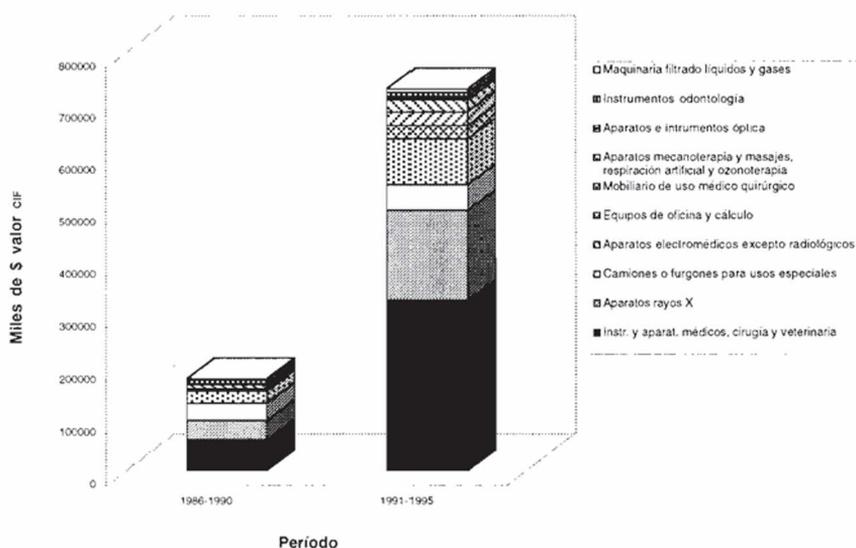
trabajo. Como el sector privado incorpora las innovaciones más rápido que el sector público y dado que representa más de la mitad de los establecimientos, todo indica que en el futuro el ritmo de cambio se habrá de acelerar, con lo cual la propia privatización de la oferta será aún mayor. Desde el punto de vista de la distribución regional de la modernización de las modalidades de atención de los servicios, el cuadro que surge es el de un corredor que atraviesa el país desde la ciudad de Mendoza, pasando por Córdoba, Rosario y la Capital Federal. Probablemente, el interior del país empiece a operar a través de corredores afluentes hacia esos centros, y la estructura de servicios tienda a una concentración espacial.

*CAPITALIZACIÓN SECTORIAL, SATURACIÓN DEL MERCADO
Y RENTA DE LA INNOVACIÓN*

La innovación tecnológica modifica la división del trabajo, la estructura y el comportamiento de la oferta. Sin embargo, como sostiene Jorge Katz, lo que interesa entender es la lógica microeconómica sectorial basada en la introducción de rentas ligadas a la innovación. Cada vez que se incorpora un proceso nuevo se hace a un precio que garantiza ganancias extraordinarias. Luego, la difusión y la caída del precio reducen la renta del ente innovador y se incorporan nuevos procesos para recuperar la rentabilidad de la empresa. Esto implica una renovación permanente del equipamiento y se puede observar el fenómeno en la importación de bienes de capital de salud. Adicionalmente, hay tres razones que justifican detenerse en el tema; primero, porque puede arrojar luz sobre el futuro comportamiento de la oferta más allá de la evolución del perfil epidemiológico de la población. Segundo, por la aparente contradicción que existe entre un mercado de alta tecnología que habría entrado en una fase de saturación (Katz, 1995) y que muestra, sin embargo, un comportamiento correspondiente a una curva exponencial en la importación de bienes de capital. Y tercero, porque si este crecimiento se da sobre una base sobredimensionada de la oferta, entonces el sector está en la antesala de la agudización de la puja distributiva y de cambios aún mayores a los actuales.

El gráfico siguiente da una idea del crecimiento de la provisión de bienes de capital importados, y de sus proporciones relativas.

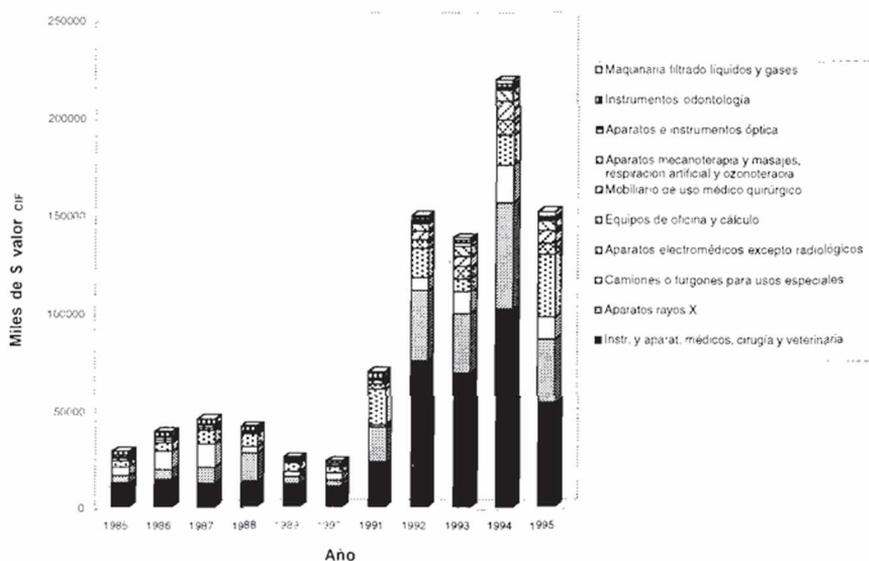
STOCK DE BIENES DE CAPITAL



Este crecimiento es un indicador incompleto de los procesos en marcha. Habría que entender cómo se están realineando los actores y qué lazos de referencia y contrarreferencia se establecen, para tener una mejor idea de la estructura del capital y la futura producción del mismo (Hayek, 1946). En la actualidad, con la aparición de la ley de accidentes del trabajo y la necesidad de constituir redes provinciales para la atención, el proceso de articulación social se está acelerando. Por otra parte, hay quienes argumentan la necesidad de distinguir entre alta y baja tecnología, fijando la barrera entre una y otra en el orden de los 150 mil a 200 mil dólares, por equipo. Sugieren que pese a la importación creciente aún no se ha instalado en el país la alta tecnología (aparatos resucitadores, de hemodinamia, de resonancia magnética de última generación, y otros) y que los equipos incorporados corresponden a baja tecnología (equipos de ecografía, de rayos, etc.). En parte, esta restricción se da por los propios límites económicos del mercado. Adicionalmente, y debido a las dificultades de cobro de las empresas proveedoras de equipos, se estaría fomentando el arrendamiento de equipos (*leasing*). Pero, superada la barrera financiera, la perspectiva parece ser la de una permanente innovación tecnológica.

El ritmo al cual se han incorporado los bienes de capital en la salud ha sido acelerado. El siguiente gráfico muestra la importación en valores absolutos en los últimos diez años.

IMPORTACIÓN BIENES DE CAPITAL EN SALUD



La presencia de esta curva exponencial en un contexto de mercados saturados y con bajas tasas de retorno de la inversión, no es contradictoria. Como a cada fase de saturación le corresponde un patrón de conducta defensiva de los proveedores (Katz, 1995), lo que ocurre es un doble fenómeno. Por un lado, existe un proceso de puesta al día, como lo ha señalado Daniel Titelman, ante la apertura de la economía que permite un acercamiento a la frontera tecnológica. Por el otro, la inversión en tecnología de alta complejidad viene a representar el nuevo ajuste defensivo del proveedor ante la saturación. De esta forma, este proceso de corto plazo no debe ser confundido con la tendencia hacia la saturación y la puja distributiva, que no desaparece sino que se posterga temporariamente. En realidad, el comportamiento defensivo de los proveedores

toma la forma de profundización del capital, aumentando el equipamiento por proveedor. Así, saturación, ajuste defensivo e inversión acelerada, son todas caras de un mismo fenómeno. La saturación no impide la aceleración del progreso tecnológico sino que en sí misma lo potencia. Esta estrategia —puesta de relieve por Katz— de una diferenciación del producto que recompone la rentabilidad, toma la forma de una nueva inversión en equipos médicos. Hay así un estímulo permanente a salir de la curva de saturación con su comportamiento inverso respecto a la tasa de retorno, y a reiniciar la actividad desde un nivel de menor competencia y mayor diferenciación del producto. Hay una búsqueda permanente de una posición oligopólica.

Lo expuesto sugiere que es esperable que la puja distributiva se agudice en un contexto de menor crecimiento del financiamiento institucional de la demanda, salvo que se ajuste por un mayor gasto privado, o por la organización de seguros masivos con primas razonables. Esto implicaría una desregulación mayor que la actual, y una injerencia de las compañías de seguros que aún no se visualiza. Si ello no ocurre, habrá de reponerse la saturación a un mayor nivel de complejidad. Habrá formalización de acuerdos de cartera cerrada, los que se darán entre organizaciones cada vez más grandes.

Esta situación fue generada también por dos decretos emanados del poder ejecutivo en 1991 y en 1993, por los cuales se introdujo competencia dentro del sector proveedor haciendo inviable simultáneamente la posibilidad de contratación a través de las entidades profesionales. Primero, el decreto de desregulación del 31 de octubre de 1991 alteró las condiciones de contratación al prohibir a las entidades profesionales negociar el pago y los precios colectivamente. De esta forma se quebró *el frente oligopólico de la oferta, pero terminó por diferenciar socialmente a los prestadores de servicios entre aquellos que por su capacidad de internación pudieron constituir uniones transitorias de empresas y los que quedaron como simples proveedores de servicios independientes, con menor poder de mercado que el resto.* Posteriormente, el decreto 9 de 1993, prohibió la celebración de contratos de prestación de servicios con entidades fiscalizadoras de la matrícula profesional, y estableció la contratación directa no regulada por nomenclador de aranceles o tarifas prefijadas de prestación.

Las normas impactaron al sector. Por un lado se estableció una situación de competencia de precios entre los prestadores de servicios,

los que al realinearse en nuevas formas de organización erosionaron su capacidad de operar en un frente único a través de sus entidades profesionales. Por el otro, se creó en relación con las obras sociales una situación de desregulación asimétrica, puesto que estas últimas no fueron inducidas también a competir. Un ejemplo es la Federación Médica de Buenos Aires (FEMEBA), que se transformó en una entidad buscadora de trabajo para sus asociados, celebrando convenios de adhesión voluntaria y con mayor flexibilidad de precios que en el pasado. Esto sugiere que la desregulación operó para los prestadores. Mas, recientemente esta organización se asoció con su contraparte en clínicas y sanatorios, la obra social de los jubilados de la provincia de Buenos Aires (EQUISAL), a los fines de administrar el convenio del programa de atención médica integral (PAMI). El cambio de modelo de prestación de servicios, con médico de cabecera, contratación modulada, y selectividad de sus propios integrantes, sugiere que la entidad empezó a funcionar como una administradora de fondos por capitación. Así, la oferta privada se ha desregulado. Esto implica menos protagonismo de las entidades gremiales, y el surgimiento a la vez de asociaciones comerciales menos solidarias y más preocupadas por adaptarse al juego del mercado.

3. EL FINANCIAMIENTO Y LA DEMANDA

Se vio al inicio de este trabajo que la demanda de salud tiene elasticidad-ingreso positiva. Esto implica que a medida que aumentan los recursos disponibles de las personas, éstas gastan en salud en forma más que proporcional al aumento de sus ingresos. Hay también otros condicionantes de la demanda, como el sexo. Las mujeres gastan más que los hombres, aunque esto varía en el tiempo. Hasta los 40 años, por la edad fecunda de las mujeres, su gasto es superior; luego, debido a la incidencia de las afecciones cardiovasculares y de próstata, los hombres consumen más atención que las mujeres. El gasto en salud también varía con la edad; bajo al inicio, se acelera exponencialmente en las últimas dos décadas de vida. Asimismo, la demanda tiene una relación directa con la educación, la gravedad de las afecciones, y la urbanización; y una relación inversa con la mayor distancia de los centros de atención, el tiempo de espera, el costo global, y el precio.

Hay otras particularidades específicas en la demanda de salud. En casos de urgencia (infarto, accidente grave), los sustitutos tienen poca importancia y la demanda se vuelve vertical, pues se paga cualquier precio posible. Sin embargo, estos casos son una minoría y frecuentemente hay tiempo para reaccionar, y cursos alternativos de acción. La regla es que, mientras menor sea la emergencia y mayores los sustitutos, menor inclinación tendrá la curva de demanda. La suma de las demandas propias (que constituyen la demanda interna o privada), por otra parte, puede no ser equivalente a la demanda total de atención. En materia de salud, hay individuos que están dispuestos a pagar para que otros consuman (demanda externa), como en el caso de un traslado ante un ataque cardíaco, o de las sociedades de caridad para la atención médica. La inmunización gratuita es un ejemplo de financiamiento público que promueve la demanda externa. El efecto que tiene la demanda externa es el de aumentar la cantidad de atención demandada a un precio dado. En ese sentido el programa médico obligatorio implementado en la Argentina que garantiza un mínimo de atención para todos los pacientes de los agentes del seguro de salud, es un ejemplo de demanda externa.

La demanda en la salud también varía positivamente con la calidad. Dos atributos de ella son determinantes: primero, el nivel de la excelencia médica que se vincula con la precisión del diagnóstico y la eficacia del tratamiento para restaurar la salud, y segundo, el *confort* y el lujo manifestados en los modales del médico, la amenidad del lugar, etc. Un mayor nivel de calidad aumenta la importancia del cuidado médico respecto de otros servicios en todo nivel de consumo. Más calidad mueve la curva de la demanda hacia arriba. La excepción a esta regla es que si la baja calidad resulta en más enfermedad también habrá más demanda, pero por deterioro de la calidad de vida.

Cuando existe oferta pública gratuita de servicios, las variaciones en la cantidad demandada se determinan por las variaciones en los costos de tiempo y monetarios. Los que pagan los menores costos de tiempo, demandan mayores cantidades. Los que pagan menores costos de tiempo, sin embargo, pueden no ser los mismos que tienen su condición de salud afectada. La atención se raciona entonces para aquellos que pueden esperar, y no para los que están enfermos. Finalmente, la atención se ve afectada por la ignorancia del consumidor. El médico actúa como consejero y ejecutor del tratamiento. Puede cambiar la demanda si él provee información generadora de demanda. El esquema supone que el

médico conoce el estado de salud y el impacto que la unidad adicional de cuidado médico tendrá sobre la salud. La forma de motivar la demanda es falsear la condición de salud original, agravándola artificialmente con retórica. Esa exageración de la gravedad de su estado, aumenta luego en la percepción del paciente la utilidad de la atención sugerida. Empero, hay límites a la inducción a la demanda, a medida que los pacientes ganan información. Por otro lado, en el diagnóstico y en el tratamiento hay incertidumbre, lo que en muchos casos impide distinguir una inducción artificiosa de un ensayo honesto.

LOS SEGUROS DE SALUD: IMPACTO SOBRE LA DEMANDA

En la Argentina, los trabajadores dependientes privados y públicos aportan obligadamente para un seguro de salud. La lógica del seguro implica la existencia del pago de una prima seguida por reducidas erogaciones en caso de enfermedad. Por definición, un seguro implica una cobertura parcial. En la Argentina, esta cuestión no ha sido considerada ni en las obras sociales ni en los seguros públicos provinciales, ni de jubilados (PAMI). Debido al desconocimiento de la restricción presupuestaria, hay una historia de déficit crónicos recurrentes. Esta situación llegó al límite en el PAMI, con un déficit diario superior al millón de dólares y patrimonio neto negativo lo que llevó a su refundación por decreto al hacerse cargo el poder ejecutivo de sus deudas. Los seguros públicos argentinos realizan la solidaridad grupal cerrada con recursos de terceros.

Según la teoría, la decisión de asegurarse depende de factores varios como los gustos, la riqueza, el precio, la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad, y la pérdida resultante de la misma. Los gastos de atención médica son una pérdida de riqueza para el individuo, lo que implica caracterizar el bienestar por niveles alternativos de riqueza. Es el concepto de utilidad. A cada nivel de riqueza corresponde un nivel de utilidad. Un cambio en la riqueza debido a una enfermedad, genera un cambio negativo en la utilidad. Se supone que hay rendimientos decrecientes en ella puesto que cada aumento de riqueza resulta en menor utilidad marginal. Si la riqueza tiene utilidad marginal decreciente para un individuo, entonces esa persona tiene aversión al riesgo. La conclusión lógica es que, a cierto nivel de riqueza, la pérdida de un monto dado es de mayor importancia subjetiva que el ganar un monto igual. Desde

este ángulo, la utilidad es el índice subjetivo de la relativa importancia de la riqueza. El individuo quiere maximizar su nivel de utilidad.

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

Por otra parte, factores como la globalización económica, la necesidad de reducir costos, y el ajuste fiscal sugieren que en el futuro se habrá de pensar *no tanto en un seguro nacional de salud sino en algo que asegure contra accidentes, enfermedades graves y hospitalización prolongada (el seguro catastrófico)*. En la Argentina existe la parcelación de esta idea, mediante la cobertura de distintos regímenes que operan simultáneamente. Así, la ley de accidentes del trabajo contempla una de las dimensiones del seguro catastrófico referido únicamente al criterio económico de pertenencia, esto es la cobertura por ser trabajador y en el ámbito de su labor diaria o en el trayecto de ida y vuelta a ella. En el caso de enfermedades graves, han habido modificaciones recientes en el fondo de alta complejidad de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), *pero nada que contemple un régimen de reaseguro en casos de alta morbilidad, para todas las personas*. Esta parcelación del riesgo cubierto sugiere que el mercado de seguros está subdesarrollado en la Argentina, en parte debido a la regulación existente que ha bloqueado el mayor crecimiento de la iniciativa privada, y en parte debido al cierre de la economía que no permitió una adecuada transnacionalización del sistema de reaseguro para cuadros de alta morbilidad y complejidad. La imagen de una estructura más simple de beneficios cubiertos, donde los gastos médicos más allá de cierto umbral deberían pagarse totalmente en todas las enfermedades y situaciones, parecería ser un *escenario probable en el país*.

Lo que sí no existe en la Argentina, como en otros países, es evidencia sistemática sobre las enfermedades de alto costo. En los Estados Unidos, por ejemplo, se sabe que los costos del tratamiento de una enfermedad de costos aplastantes representan una parte mucho mayor de lo que suele creerse de los costos totales de la atención médica; que las características de la enfermedad e implicaciones financieras varían mucho entre los grupos de pacientes; que a menudo la enfermedad de alto costo es de largo plazo y repetitiva (lineal y consumidora de muchos recursos habituales antes que repentina e intensiva en el consumo de alta tecnología); que algunos costos de la atención médica parecen ser en parte controlables con incentivos apropiados (respecto a los hábitos dañinos para la salud), y que las complicaciones inesperadas son un factor importante en el aumento de los costos de la enfermedad catastrófica. En otras palabras, la evidencia estadounidense sugiere que existe una alta concentración de los costos médicos, que la enfermedad de alto costo rara vez es un episodio singular, que la tecnología no es la fuente principal del aumento de los costos, y que son igualmente importantes las complicaciones inesperadas y los hábitos nocivos (Zook, Moore y Seckhauser, 1992).

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

La teoría sobre los seguros hasta aquí expuesta tiene limitaciones. El modelo se centra en los beneficios de la reducción del riesgo y no en la salud o la atención médica, de las cuales también depende el bienestar. La reducción del riesgo es un bien económico distinto de la salud y la atención médica. Lo que en todo caso hay que destacar es que el sistema de seguros, al bajar el precio directo (el que paga el paciente), incrementó la demanda por atención médica y con ella el incentivo al desarrollo de

la oferta privada de servicios. Esto fue potenciado en la Argentina al no pagar el individuo la prima entera, por los aportes del empleador. Como adicionalmente la afiliación al seguro es por actividad, se evita la afiliación oportunista lo que permite que el fondo común, cuya función es convertir el riesgo individual en riesgo promedio, opere sin el sesgo de una sobrerrepresentación de individuos con una alta concentración de costos. En otras palabras, el sistema de afiliación por actividad genera mayor certidumbre, y asigna un riesgo a cada beneficiario evaluando su pérdida esperada en función del grupo, el cual a su vez no se ha conformado en razón de la situación clínica sino de la línea de actividad económica, lo que garantiza la representación aleatoria de los riesgos médicos altos.

En la medida que se lleva adelante actualmente un proceso de fusión de obras sociales, se refuerza la lógica del fondo común y de la conversión de los riesgos individuales en promedio, y se gana en certidumbre. En esas condiciones de seguros cada vez mayores, dadas las tasas de uso y los precios de las prestaciones —los cuales caen debido a la competencia entre los proveedores desregulados, impulsada por los propios seguros a través de la licitación de descuentos sobre los precios de referencia—, el fondo común más grande permitirá obtener ventajas de escala y reducir el costo final del seguro. Esto no implica directamente que el beneficiario de estas transformaciones será el aportante. En realidad, el precio del seguro es el cargo adicional y no la prima, pues el producto que se compra es la protección contra el riesgo y no la provisión de atención médica (Jacobs, 1991). Cuanto mayor sea el nivel del cargo adicional, menor será la compra de seguros. En el caso argentino esta es la mayor distorsión que existe, puesto que no hay ni libertad de elegir seguros ni la posibilidad de cambiar de obra social en caso de disconformidad del afiliado. De esa forma, las obras sociales han volcado en el cargo o suma adicional una porción de sus ingresos que sería insostenible en condiciones de libertad y competencia.

Los actores del sistema distorsionan los argumentos, pues en nombre de una selección no oportunista (que es un mérito del sistema) lo cierran, con lo cual se bloquea la posibilidad de una gestión eficiente, la reducción del costo del seguro, y la transferencia de los beneficios de la competencia a los propios aportantes y beneficiarios. La actual reforma del sistema de obras sociales debe pasar por la fijación de un tope a la prima adicional. La ley que fija un porcentaje de los ingresos (8%), ha

fracasado en su objetivo por la debilidad de los órganos encargados de ejecutar la normativa. Si bien el sistema cerrado con regulación no ha permitido la transferencia del excedente al consumidor, esto no implica que la introducción de competencia deba realizarse en un vacío normativo. La experiencia indica que sin regulación se genera la selección de riesgo y la desprotección de los beneficiarios.

Lo que no parece dejar dudas es que el sistema de seguros debe profundizarse en el país. El seguro afecta el precio directo de la prestación. Sin seguro, el precio cargado es igual al precio directo. Con seguro, el precio directo cae. En ese contexto un copago, o proporción del precio cargado que paga el paciente, es solo una fracción del precio total el cual se completa con el pago que hace la aseguradora. En la Argentina, sin embargo, esta cuestión ha sido invertida. El pago de una prima de cobertura parcial se pensó como suficiente para obtener como resultado la cobertura total de la prestación en todas partes. Como la prima era un porcentaje de los ingresos, en la medida que los ingresos y los costos médicos no crecieran en la misma proporción nada podía garantizar que aun lo que empezó siendo una prima de cobertura completa pudiera mantenerse como tal en el tiempo. Esta situación se potencia si hay reducción salarial (en la Argentina hay salarios congelados desde la implantación de la convertibilidad del peso, pero la inflación inercial de los primeros años del régimen de cambio fijo alcanzó al 60%, lo que implicó una reducción de ingresos reales y de aportes a las obras sociales).

Sintetizando, los seguros impactan sobre la demanda y el precio. El sistema de seguros argentino, si bien elimina la posibilidad de la selección sesgada, es ineficiente debido al problema de la prima adicional y al fracaso en hacer cumplir las normas respectivas. A medida que se consolida la restricción presupuestaria y las coberturas se adaptan a la misma, la tendencia será —si las tasas de uso son estables— a operar sobre los costos mediante la ampliación del espectro de riesgo vía fusiones de entidades. Ambos mecanismos están en funcionamiento. En todo caso, la reforma debe dar una mayor libertad en la elección de la entidad aseguradora para permitir que las ventajas de la competencia puedan transferirse a los consumidores en forma de menores aportes o más servicios. Para ello se requiere una estricta regulación que evite prácticas de selección de riesgo, y que los individuos sanos al elegir el autoseguro o un seguro determinado terminen dejando a los más enfermos en aquellos que subirán su precio.

ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO DE LOS SEGUROS

En la Argentina se pensaba que la población asegurada (algo más de la mitad del total) era superior a la real. Había varias razones para este mito de la solidaridad total, pero la principal era la falta de un sistema de información adecuado junto al interés de las obras sociales por mostrar cuotas de capitación bajas para obtener subsidios. A esto se agrega una segunda característica de los seguros argentinos, cual es su estructura, que resulta ser una mezcla público-privada carente de coordinación y con reglas fiscales distintas, que impide generalizar la competencia. Un tercer carácter distintivo es que la cobertura de seguros públicos y semipúblicos representa más de cuatro quintas partes del total de los seguros (en los Estados Unidos los seguros públicos solo llegan al 19%, y los seguros privados bordean el 68% de la población cubierta). El cuadro siguiente describe la situación.

COBERTURA DE SALUD. AÑO 1994

| <i>Organismos</i> | Beneficiarios |
|---|---------------|
| Obras sociales nacionales | 8 490 810 |
| Obras sociales provinciales | 5 179 262 |
| INSSJP ^a | 3 943 373 |
| EMPP ^b | 2 300 000 |
| Total de beneficiarios | 19 913 445 |
| Población del país | 34 101 025 |
| Beneficiarios/población (en porcentaje) | 58.4 |

^a Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

^b Empresas de medicina prepaga.

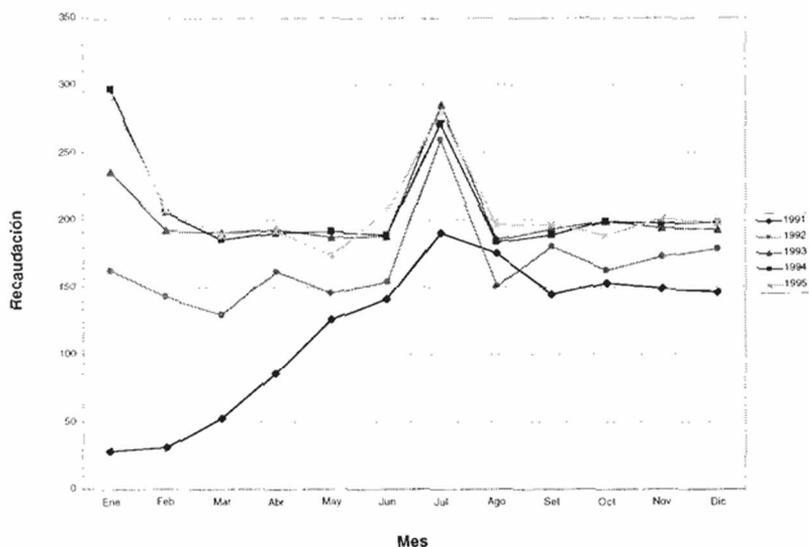
LAS OBRAS SOCIALES DE LA ANSSAL

Los seguros grupales solidarios basados en la ocupación (obras sociales nacionales) dan cobertura a 8.5 millones de personas (trabajadores dependientes y familiares directos), o sea al 25% de la población y al 42% del total de asegurados. En 1995 hubo una caída de titulares, de 3.7 millones en noviembre de 1994 a 3.3 millones un año después. Como los beneficiarios pasaron de 8.4 a 7.8 millones en el mismo período, la relación beneficiarios/titular cambió de 2.26 beneficiarios por titular a 2.38. Esto sugiere un proceso de desfinanciamiento relativo. La evolución descrita se debe en parte al impacto sobre la cobertura de la recesión de 1995, y muestra que el aseguramiento por rama de actividad genera discontinuidad en el acceso.

Estas entidades (obras sociales regidas por la Administración Nacional del Seguro de Salud) son personas de derecho público no estatal. Su financiamiento proviene de una imposición sobre el salario, por el cual el trabajador aporta el 3% de su ingreso y el empleador otro porcentaje que creció hasta alcanzar el 6%. Desde marzo de 1994 el aporte patronal se redujo al 5%, con lo cual el financiamiento total resulta ser el 8% de la planilla salarial. De ese total un 0.9% se canaliza hacia un fondo solidario de redistribución cuyo objeto debería ser la reducción de la inequidad entre las entidades. Para un grupo de obras sociales correspondientes a los niveles salariales más altos (personal de dirección), el porcentaje que se destina al fondo de distribución es algo mayor (1.5%). Las cifras desde 1991 muestran que ha habido crecimiento de la recaudación junto con la recuperación de la economía, y que pese a la recesión de 1995 la recaudación promedio mensual fue superior a la de 1994. Como el número de titulares cayó en ese período, esto indica que el ciclo económico tuvo más impacto sobre la cobertura que sobre el financiamiento. Ello podría indicar que si bien hubo expulsión de mano de obra, hubo también sectores de capital en expansión y cuyo desarrollo afectó positivamente los ingresos agregados del sistema, lo que podría agudizar la concentración de los ingresos de las obras sociales.

RECAUDACIÓN DE LAS OBRAS SOCIALES

(En millones de pesos)



Las tasas de variación del crecimiento de la recaudación indican que si bien existía una tendencia decreciente en 1993, el efecto que tuvieron los decretos de reducción de aportes patronales fue el de aplanar el crecimiento y profundizar la desaceleración. Con la recaudación virtualmente estancada hacia fines de 1995 y el equipamiento en aumento, el panorama apunta a una agudización de la puja distributiva.

La estructura actual del sistema de obras sociales incluye más de 300 instituciones. Presentan una gran dispersión en sus ingresos y se caracterizan por la percepción de subsidios y la concentración de la recaudación y de las poblaciones beneficiarias en un pequeño número de ellas. Treinta obras registran 5.7 millones de beneficiarios, o sea el 73% del total, y 150 millones de pesos de recaudación (75% del total). Solamente diez obtienen más de la mitad de la recaudación total y un número similar recibe el 66% de los subsidios de la ANSSAL. Por otro lado, el comportamiento de la recaudación entre 1993 y 1995 es desigual. Comparando el mes de septiembre en ambos años, solo el 32% de las obras sociales con el 38% de los beneficiarios tuvieron aumentos en sus ingresos, mientras que el 68% restante con el 62% de los beneficiarios sufrieron una

reducción. Cuando se observan las diez obras sociales que más aumentaron su recaudación, se advierte que concentran el 75% del aumento total, mientras que las diez obras con mayor caída suman el 55% de la merma del grupo que presenta un retroceso recaudatorio.

Estas cifras muestran la heterogeneidad del comportamiento. Al margen de lo que ocurra con el ingreso agregado, hay un grupo cada vez más pobre y otro cada vez más poderoso. La reforma económica no genera una mayor igualdad en el sistema de obras sociales, sino que incrementa su polarización. El fenómeno referido, el realineamiento contractual selectivo de estas entidades que aumentan la escala de contratación a menores precios, junto a la hipertrofia de la intermediación explican por qué el aumento de los ingresos no llega a los proveedores. Como se impide al afiliado elegir su obra social y los ingresos de las obras sociales son independientes de la conformidad del beneficiario con la atención recibida, la reforma actual puede bajar costos y aumentar el excedente para las obras sociales, bajar los ingresos de los proveedores, y sin embargo dejar a los beneficiarios en la misma situación anterior.

A pesar del alto gasto global, los servicios de salud brindados por las obras sociales distan de ser satisfactorios. Las coberturas asistenciales se han centrado en medicina curativa, acciones especializadas, tecnología de alta complejidad, y demás, o sea lo que la oferta fue capaz de poner en el mercado. Ello por la falta de apoyo técnico, la laxitud ante las presiones de la oferta, y hasta por el papel del nomenclador nacional de prestaciones médicas y hospitalarias, que fue elaborado y modificado más como respuesta a las presiones de los prestadores de servicios que a las necesidades de la población. Por esas razones y por la puja distributiva generada por la sobreoferta, las obras sociales terminaron por financiar acciones poco eficaces (sobrestaciones). En alguna medida se armó un programa de prestaciones implícito en y determinado por la propia oferta de los servicios, antes que por las autoridades en base a los perfiles epidemiológicos de la población.

Adicionalmente al problema de la asignación del gasto, existe una gran dispersión entre los recursos per cápita de las obras sociales. Hay obras sociales con ingresos inferiores a 5 pesos por beneficiario, mientras otras disponen de diez veces más recursos. Además, la mayor parte del gasto se realiza en las grandes regiones urbanas en desmedro de los habitantes del interior y de las poblaciones rurales. El fondo solidario de redistribución no ayudó en el pasado reciente a subsanar estas desigualdades,

dado que sus modalidades de reparto tendieron a dirigir sus recursos, paradójicamente, hacia las obras sociales de mayores ingresos. En este marco, parte de los beneficiarios terminan en los hospitales públicos, generando un problema de subsidios implícitos. Por otra parte, como la atención en los hospitales tiene tiempos de espera, la integración entre las obras sociales y el sector público prestador de servicios opera como una forma encubierta de racionamiento del sistema en su conjunto.

Las obras sociales son cada vez más heterogéneas. Hay casos donde han dejado la administración de contratos de riesgo, para controlar el cumplimiento de los aportes de la capitación y transferir las cuotas a otras entidades que pasan a administrar los contratos. Esas obras sociales aparecen como meros intermediarios financieros, cuya función es agrupar individuos con un fondo común atractivo para administrar. Se produce así una disociación entre la recaudación y el gasto per cápita en salud. Otras obras sociales operan no solo como recaudadores sino que también celebran contratos con los prestadores de los servicios. En este caso, la función se acerca más a la de un seguro que a la de un simple proveedor de una clientela. Finalmente están aquellas con capacidad propia de prestación instalada, que constituyen el tercer tipo de organización operativa y que tenderían a desaparecer según se vio. Como las condiciones de operación son distintas en los tres casos por la forma en que se trata el riesgo, el marco regulatorio deberá contemplar esas distinciones. Con la creación reciente de la Superintendencia de Salud que ha fusionado la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) y la ANSSAL, la situación habrá de ser tratada en el futuro.

LA DISTRIBUCIÓN DE LOS SUBSIDIOS DESDE LA ANSSAL

La ANSSAL tiene un presupuesto que el Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos solo autoriza a gastar parcialmente. Durante los gobiernos militares, la distribución desde el Instituto Nacional de Obras Sociales apenas llegaba al 20% de los fondos, y el Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos financiaba, mediante una cuenta especial, al Ministerio de Salud y Acción Social. Así, la autoridad rectora de la salud era financiada desde las obras sociales. Después de 1983, con la democracia, aumentó la redistribución de subsidios hasta alcanzar el 90% de los recursos, aproximadamente.

La información sistemática en los primeros años de la década del 90, muestra una "cuotificación" de los subsidios. Por ejemplo: en 1994, las obras sociales del personal de la industria aceitera, del personal de farmacia, del personal hortícola y la de técnicos de fútbol, para citar algunas, recibían 20 mil pesos por mes. Las de actores, maquinistas navales y pasteleros 25 mil. Luego había otro grupo que casi duplicaba a las anteriores en subsidios. Las del personal aeronáutico, de lanas y cueros, y del espectáculo público recibían 45 mil pesos de subsidios mensuales. La del personal de aguas gaseosas y afines bordeaba junto a otras los 100 mil pesos. Sin embargo, la participación realmente grande en los subsidios se daba en obras sociales como la del personal de la construcción, con cuotas de un millón 600 mil pesos por mes, la de la industria metalúrgica con dos millones, del personal gastronómico con 750 mil y de luz y fuerza con un millón (Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, 1994). Lo que se quiere destacar es la regularidad del flujo, los niveles diferenciados de los recursos, y la cuasi automaticidad en el reparto dentro de la discrecionalidad con que se manejan los subsidios.

A partir de 1995, el escenario cambia con la reforma impuesta por los decretos 292 y 492, que introdujeron el concepto de subsidios focalizados y ajustados por ingreso. En la actualidad, a medida que el organismo recaudador obtiene los aportes su sistema informático detecta aquellos individuos con cotización inferior a la cantidad establecida en los decretos (30 pesos, y luego 40) y adiciona subsidios a sus aportes hasta alcanzar esa suma. Se garantizan así los recursos para cambiar de obra social y evitar la selección adversa financiera, ya que todos tienen asegurado el piso mínimo de aportes. El volumen de recursos distribuidos automáticamente desde la Dirección General Impositiva (DGI) actualmente bordea los 14 millones de pesos mensuales. Este cuadro sin embargo no es completo. La ANSSAL distribuye los recursos destinados a prestaciones de alta complejidad, que son unos 4 millones de dólares. Con relación a este tipo de recursos, recientemente se han reconocido por resolución de la autoridad otros rubros que en el pasado se concedían por la vía de la excepción. Finalmente, todo indica que la ANSSAL sigue manteniendo un grado de discrecionalidad sobre el resto de los subsidios, que son del orden de los 7 millones de pesos por mes, y que si bien menos que antes continúa todavía operando como un mecanismo de influencia política.

LAS OBRAS SOCIALES PROVINCIALES

Los seguros públicos son de dos tipos: las obras sociales provinciales y la obra social para jubilados (PAMI). Entre ambos reúnen en muchos mercados provinciales más de la mitad del financiamiento, lo cual modela el comportamiento sectorial. Datos de 1993 señalan que las 23 obras sociales provinciales cubren 1.2 millones de familias, unos 5.1 millones de beneficiarios, entre los afiliados naturales (empleados públicos) y los *afiliados por convenio*. Esto supone aproximadamente el 16% de la población provincial. De ese total, una tercera parte corresponde a dos obras sociales provinciales: IOMA, de la provincia de Buenos Aires, que cubre casi una cuarta parte de los beneficiarios (1 millón), e IPAM, en Córdoba (casi 0.5 millones). Si a ellas se les agrega las de Mendoza, Santa Fe y Tucumán se llega a 2.5 millones de beneficiarios; o sea que cinco entidades concentran la mitad de los beneficiarios. Si se incluye Entre Ríos, Jujuy y Salta, estos ocho seguros públicos cubren dos terceras partes del total, unos 3.2 millones de personas. En cobertura, salvo Buenos Aires con un 8%, la mayoría de los seguros provinciales cubren entre el 11% y el 30% de la población provincial. En el extremo, como es el caso de Catamarca y Jujuy, se llega al 40%.

Existe también en los seguros públicos provinciales volatilidad en la cantidad de beneficiarios cubiertos, lo que confirma el problema de la discontinuidad de la cobertura. Entre 1988 y 1993, las cifras pasaron de 5 271 000 a 4 734 000 beneficiarios (un 9% menos). Ello se debió al éxodo de afiliados no empleados públicos con acceso al sistema mediante convenios. Este hecho se dio en un contexto donde 14 obras sociales provinciales —del total de 23— manifestaron su voluntad de trazar políticas conducentes a captar grupos poblacionales sin cobertura social. Los datos a septiembre de 1994 sugieren un proceso de recuperación de la cantidad de beneficiarios, situándose estos en el orden de los 5.1 millones (COSSPRA, 1993).

El financiamiento de los seguros públicos provinciales, también se origina en imposiciones al salario. A diferencia de las obras sociales nacionales, el porcentaje de cotización varía entre un 7% y un 12.5%. Cuatro entidades cotizan entre un 7% y un 8.5%, doce seguros provinciales reciben entre el 9% y el 10.5%, y las siete restantes obtienen entre

el 11% y el 12.5% en aportes y contribuciones. En el período citado, cuatro obras sociales aumentaron el aporte de cargo del Estado, una el aporte del trabajador, y otra ambos aportes. La confederación de las obras sociales provinciales de la Argentina estima que la cuota per cápita bordea los 17 pesos, lo que equivale a una recaudación aproximada de unos 80 millones de pesos mensuales, o sea un 40% del promedio de las obras sociales nacionales. Como las entidades dependen de las autorizaciones de gasto de la Secretaría de Hacienda de la provincia respectiva y los órganos estatales son agentes de retención de los aportes, al depender estos de las programaciones presupuestarias de Hacienda, los flujos de ingresos de las obras sociales corren la misma suerte que las disponibilidades financieras del gobierno de la provincia. En momentos en que el tésoro provincial se encuentra en desequilibrio, la obra social no administra sus recursos sino que se limita a pagar en función de las autorizaciones de la Secretaría de Hacienda.

Una de las características sobresalientes de las obras sociales provinciales ha sido la política de libre elección del proveedor (vigente en 18 de las 23). Ello, sumado a que en algunos casos el tesoro responde por ley de los déficit que se originan en la entidad, ha llevado a que el sistema no opere competitivamente e incentive a los propios prestadores de servicios a ganar influencia de una u otra forma en las obras sociales provinciales. Se citan, como ejemplo de esa influencia, casos donde los prestadores fijan el módulo de atención estableciendo un día de terapia intensiva para tratamientos de várices o cesáreas. El fenómeno mencionado de la captura privada de los seguros públicos se potencia con la alta rotación directiva de las obras sociales. Desde el punto de vista de la conducción, las obras sociales son vulnerables al clima político y a la falta de coherencia y continuidad de las líneas de política que se adoptan. Los prestadores de servicios conocen las carencias y debilidades de estas instituciones, y en su cálculo estratégico tienen catalogados de acuerdo a una tipología de personalidades a los presidentes de las obras sociales como duros, blandos, permeables, etc. En otros casos, la estrategia pasa por la incorporación de los prestadores mismos a los cuerpos técnicos de la entidad.

La sobreprestación también está presente en estos seguros públicos. Se ha comprobado en distintos puntos del país que entre el 90% y el 95% de los diagnósticos de alta complejidad han sido hechos sin cuadro sintomático. Esto es en parte resultado del sobreequipamiento, discutido

anteriormente. En una provincia del litoral, por ejemplo, con 17 aparatos de tomografía axial computerizada (TAC) para 1 020 000 habitantes la práctica de las derivaciones con las comisiones involucradas, se ha descrito como equivalente al 25% del gasto. Como curiosidad: se han recibido noticias de un nomenclador informal de comisiones por derivación a una TAC donde se pagaban seis pesos por viaje a la ambulancia, un 25% de la prestación al que la prescribe, y un 5% al sanatorio derivante. Todo ello en un contexto donde hay deficiente información, no existe auditoría que se respete, y cuando ésta existe el auditor no confronta al controlado.

Si bien en forma lenta, la lógica fiscal va imponiendo correcciones a las formas de pago basadas en el desconocimiento de la restricción presupuestaria, aunque no se observa todavía una generalización de la aplicación del sistema de pago por capitación, el cual alcanzaba a inicios de 1994 a menos de una tercera parte de las entidades. Lo que la evidencia sugiere es que antes que la capitación, lo que ha predominado en el pasado inmediato ha sido la contratación de aranceles diferenciados, lo que ocurrió en 13 de las 23 obras sociales. En la actualidad, se perciben cambios en algunas jurisdicciones. En ciertos casos se piensa cotizar por capitación los servicios de análisis ambulatorios, y trasladar a terceros algunos servicios en los hospitales públicos. Por otra parte, las obras sociales provinciales tienen problemas con el gasto administrativo y el sobreempleo. La obra social de Entre Ríos, por ejemplo, llegó a tener un administrativo cada 290 beneficiarios, o sea algo así como 860 empleados para unas 250 000 personas. Esta razón contrasta con la relación apropiada de un administrativo cada 1 600 beneficiarios.

El resultado de esta estructura de financiamiento donde hay inestabilidad en los flujos, falta de aportes estatales, autorización restringida de los gastos, falta de transferencia del riesgo a los proveedores, y captura privada del seguro, ha sido el ajuste mediante ingresos adicionales, o sea la aplicación de copagos en la obra social o de un plus por parte de los prestadores, en el 50% de las jurisdicciones, sin que las acciones aplicadas para la eliminación del mismo hayan obtenido resultado satisfactorio. Por las consultas médicas, estudios y prácticas ambulatorias, honorarios sobre internaciones, y estudios y prácticas en internación, más de la mitad de las obras sociales provinciales cobran pagos adicionales que oscilan entre el 20% y el 30% del valor reconocido por la entidad. En el caso de los medicamentos ambulatorios, los pagos privados crecen en porcentajes que superan el 40%, llegando en dos casos al

70% del valor. Porcentajes algo menores se dan en los medicamentos en condiciones de internación. El ajuste por precio ocurre también porque las obras sociales no tienen poder de negociación, dada su deuda y el riesgo de corte de servicios. No discuten tampoco tasas de uso o estándares razonables. La obra social reacciona poniendo trámites burocráticos de autorización a fin de desalentar el uso de los servicios. Ese ha sido el caso de Salta donde el promedio de dos consultas al año señala un subconsumo de la población, en un proceso que termina haciendo el ajuste con menor cobertura.

En el caso de la obra social de Río Negro, se reporta (Villosio, 1996) la experiencia de un sistema de pago por acto médico con un tope global, llamado de "presupuesto prestacional consensuado". De la masa total de recursos asignada se propuso destinar un 43% al primer nivel, y un 56% al segundo. Para cada jurisdicción colectora se establecía una asignación per cápita de 14.8 pesos, resultante de dividir el monto total por la cantidad de beneficiarios. Una especie de cuota individual de los recursos de la obra social. El esquema propone un sistema de riesgo autorregulado, o sea la visualización de los desvíos producidos en las prestaciones. En caso de que la sumatoria del total facturado excediera el techo presupuestario global, se liquidarían los pagos según un índice. Como contrapartida, la facturación por debajo de la disponibilidad financiera importa la acreditación de tales excedentes para períodos posteriores (compensación de posibles excesos futuros). Tales medidas fueron llevadas adelante junto con restricciones al padrón de proveedores y a la incorporación de tecnología, avanzando de hecho hacia la limitación de la oferta.

Dada la lógica descrita, donde el sector de los prestadores de servicios tiene una virtual codirección de las entidades, no sorprende que las obras sociales provinciales no hayan desarrollado vínculos con el sector proveedor público, salvo muy selectivamente y con un impacto marginal sobre los montos de ingresos para las obras sociales, alcanzando donde se cuenta con información detallada escasamente al 1% del total. En otros casos, el hospital público no está en condiciones de ofrecer servicios, y muestra problemas severos de eficiencia. Es el caso de Entre Ríos donde, mientras las clínicas privadas mantenían un promedio de 2.52 días de internación, el sector público más que duplicaba esa cifra. El resultado es que la gente va al sector privado, dejando el hospital para las personas sin seguro. La excepción aparece en los casos de urgencia, donde el hospital mantiene su crédito.

La alternativa a lidiar con los proveedores parece haber sido la instalación de servicios propios. En once casos, las obras sociales dicen tenerlos. Sin embargo, *cuarenta y cinco de ellos resultan ser farmacias, seis laboratorios bioquímicos, cuatro laboratorios de prótesis dental, tres laboratorios ópticos, uno de enfermería, uno de kinesiología, y treinta de ambulancias*, lo que muestra que los servicios propios, en realidad, no han podido concentrarse sobre la médula del gasto. En efecto, los datos disponibles de la obra social de Río Negro, en 1993, muestran que odontología absorbe el 5% del gasto, bioquímica el 6%, farmacia otro 5%, mientras que el gasto médico y hospitalario se lleva entre un 55% y un 60% de los recursos. En otros casos, se considera que es positivo no contar con proveedores propios de servicios dado el marco legal vigente para los organismos públicos en lo administrativo contable y lo laboral, que afecta fuertemente en forma negativa las condiciones de eficiencia de los mismos (Villosio, 1996).

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

A modo de síntesis puede decirse que en comparación con el sistema de la ANSSAL, las obras sociales provinciales recaudan menos recursos, tienen más inestabilidad en el flujo de los aportes patronales (solo 10 de las 23 reciben aportes al día), sufren la discontinuidad de la cobertura, no han introducido formas de pago que transfieran el riesgo a los proveedores, han sufrido la sobrefacturación y la sobreprestación, tienen excesivos gastos administrativos, sus servicios propios parecen situarse en áreas que no reciben el grueso de las erogaciones, han hecho su ajuste a través del gasto privado de bolsillo mediante coseguros y colocando

barreras al acceso, y —como en el caso de las nacionales— han acumulado una deuda originada en sus déficit operativos que se traduce en atrasos recurrentes de sus pagos. Las opciones para los seguros de disminuir la inestabilidad de sus ingresos, tener estabilidad directiva, aumentar la eficiencia administrativa contable, racionalizar personal, aumentar la capacidad de gestión, acotar la oferta de servicios con capacidad reguladora, profundizar la capacidad de fiscalización y control, adoptar modelos de prestaciones que hagan previsible el gasto, modificar los servicios ofrecidos para asegurar coberturas básicas y acciones focalizadas en grupos de riesgo, son una posibilidad teórica que parece improbable en la práctica. Las mismas propuestas de modelos consensuados de prestaciones con los que se busca dar previsibilidad al gasto de la obra social y al ingreso de proveedores, convencen menos que un sistema donde la competencia la ejecuten los seguros mediante contratación selectiva de proveedores y técnicas de control de la utilización.

Las obras sociales provinciales deberían funcionar como verdaderos seguros. De lo contrario, tienen dos opciones. Una, que agrava el problema de la intermediación, sería contratar una empresa aseguradora de servicios de salud con suficientes reservas técnicas y respaldo patrimonial a la que se entregue, para administrar, la cotización per cápita de atención integral. En otras palabras, hacer lo que están haciendo las obras sociales de la ANSSAL. La otra alternativa es que el Estado derive a terceros el aseguramiento de su personal, y licite mediante la asignación de una cuota individual la cobertura para los indigentes con las compañías de seguro privadas. Todo bajo regulación. En todo caso, lo que debe probarse es la ventaja de continuar con estos seguros públicos, que no han operado como administradores del riesgo ni se han constituido en las bases para organizar el sistema de seguro nacional de salud. Tampoco parece válido el argumento de que la atención ha sido buena, cuando ello se ha llevado adelante con subsidios implícitos de todo tipo desde las tesorerías provinciales. Finalmente, si la función de las obras sociales públicas (especialmente en el caso de los jubilados) debe ser la del reaseguro para los pacientes crónicos y que concentran costos aplastantes, entonces habría que ajustar las cuotas de capitación por riesgo y transferir el subsidio explícito a la aseguradora que sea, pero no crear organizaciones como las formadas que han requerido excesivas dotaciones de personal y que han contribuido desde lo público a aumentar la ineficiencia en la asignación de recursos en un contexto de subcobertura en salud.

EL SEGURO PÚBLICO PARA JUBILADOS

El otro seguro público importante es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), cuyo principal programa es el de asistencia médica integral, o PAMI. Fue creado en 1971 para prestar a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario, los servicios de atención de la salud. Sus prestaciones y cobertura se ampliaron con el tiempo. A la población objetivo originaria se le agregaron beneficiarios de pensiones graciables, veteranos de guerra, madres con más de siete hijos, personas discapacitadas, con enfermedades crónicas, o mayores de 70 años, etc. El resultado fue el cambio de la estructura etaria de los beneficiarios. De 4 044 688 beneficiarios en 1995, solo 2 848 652 tenían más de 60 años (70% del total), y 643 127 (16%) eran menores de 40 años. Después de la edad, la segunda característica de la población del Instituto es su dispersión territorial. Córdoba tiene el 9.3% de los beneficiarios, una proporción semejante a la de la Capital Federal que bordea el 10.3%. En la provincia de Santa Fe, entre la ciudad homónima y Rosario alcanzan otro 9.3%, mientras que Entre Ríos, Tucumán y Mendoza, tienen aproximadamente entre un 4% y un 5% de los beneficiarios, cada una. La cobertura del PAMI se extiende desde Jujuy a Tierra del Fuego, lo que generó la existencia de delegaciones regionales y problemas en la distribución de los insumos en las compras al por mayor.

Esta diversidad de edades de la población y su desigual distribución regional, imponen la necesidad de considerar diferentes índices de utilización, costos per cápita diferenciales, y el ajuste de las cuotas de capitación por riesgo. Adicionalmente, hay que destacar que 325 860 beneficiarios (7.5%) no están cubiertos directamente por el INSSJP, por haber decidido permanecer en su obra social de origen. Las cuotas per cápita que se pagan varían entre 13 y 29 pesos, sin que haya razones claras para los distintos niveles de esas primas. El cuadro entonces es el de un organismo que utiliza la diversidad de cuotas per cápita entre organizaciones sin distinguir entre el riesgo de los beneficiarios, y donde sería necesario incorporar un ajuste de tales cuotas para que correspondan a los diferentes costos regionales.

El INSSJP administra un presupuesto de alrededor de tres mil millones de pesos anuales. Su peso económico, su población y su dispersión territorial, sumados a la importancia de sus flujos financieros en los ingresos de los proveedores —que en algunos casos lo convierten en el mayor comprador individual de servicios médico-asistenciales—, hacen del PAMI una pieza estratégica dentro del sistema de salud de la seguridad social. Su permanencia casi exclusiva como seguro público para los jubilados, no obstante, ha terminado por generar un programa estatal sin competencia, con ineficiencias en la administración y control del gasto. El financiamiento del PAMI proviene de fuentes varias. Por un lado, están los aportes y contribuciones de los trabajadores en actividad, equivalentes al 5% del salario (3% de aporte personal y 2% de contribución patronal). Por el otro, el financiamiento proviene de los jubilados y varía entre el 6% y el 3% de sus ingresos, según superen o no el haber mínimo. Se estima que el promedio ponderado de esta retención llegaba en 1994 al 4.6% del monto total de órdenes de pago previsionales.

En 1995 el PAMI fue incorporado al presupuesto y en virtud del artículo 35 del mismo se autorizó a la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) a administrar los recursos del PAMI. El efecto parece haber sido el de generar una fuente transitoria de fondos para paliar los déficit coyunturales, ya que en varios meses de 1995 la ANSES giró de sus fondos propios adelantos al PAMI que fluctuaron entre 8 y 70 millones de pesos mensuales. Estos déficit operativos se deben a que los gastos crecen más que los recursos. Entre 1992 y 1994 los recursos crecieron un 37%, mientras que los servicios y bienes para la atención de la salud lo hicieron en un 64%, las prestaciones sociales en 362%, y a su vez los costos de las prestaciones médicas y sociales aumentaron un 65%. Si bien en los años 1992 y 1993 los ingresos cubrieron los gastos, en 1994 se produjo un déficit de 454 millones de pesos.

El PAMI tiene además problemas de desarrollo institucional. Cuenta, por ejemplo, con una planta de personal excesiva de 12 mil personas. No tiene un sistema de información suficientemente integrado. En las compras, no se utiliza el volumen para negociar precios. Hay fallas en el sistema de auditoría y se carece de información fidedigna sobre la operación de las delegaciones provinciales las que al no disponer de tasas de uso y de una carta de prestaciones circunscriben sus prácticas a solicitar las autorizaciones de gastos por sobre los límites de compras impuestos. El PAMI, en síntesis, constituye un seguro crucial para los proveedores por la

masa de recursos que mueve. Sus problemas organizacionales y financieros sugieren, con todo, que sin su fortalecimiento institucional y sin colocarlo en una situación de competencia, difícilmente su comportamiento será congruente con la restricción fiscal y con una política más eficiente de asignación de recursos.

EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA

Los seguros privados no solidarios (prepagos), estratifican los servicios en base a la capacidad de pago. La cobertura depende del aporte. En la Argentina cubren 2.3 millones de personas, o sea el 6% de la población total. Son organizaciones con fines de lucro, cuya afiliación es voluntaria y sin barreras de salida. Se centran en la clase media y alta, y algunas de ellas reciben recursos de las obras sociales para administrar el riesgo. La cobertura que ofrecen es limitada, y se caracterizan por contratos que establecen períodos de carencias así como enfermedades preexistentes, que establecen el no financiamiento de la atención médica en las circunstancias allí definidas. La atención de alta complejidad se pacta expresamente y el sistema tiene un ámbito de cobertura que puede exceder el territorio nacional, según los términos del contrato. Además, incluyen diversas coberturas no médicas. Recientemente, por ley, se las obliga a brindar el programa médico obligatorio.

Su regulación ha sido mínima. La resolución 2.181 de 1980 de la autoridad económica de la época, establece pautas para las cartillas que deben acompañar a los convenios. Son las condiciones mínimas del contrato para determinar: a) las características de los convenios (*individual o colectivo*) y los *porcentajes de descuento sobre fármacos* y los requisitos para obtenerlos; b) la forma de recibir las prestaciones (*credencial identificatoria, detalle de los coseguros, documentación administrativa para acceder a los servicios, y normas para solicitar atención de urgencia, ambulancia o incubadora*), y c) la forma de pago y los reintegros (*cuotas de afiliación, pérdida de la misma por falta de pago, montos y topes de los reintegros*). Esta resolución es solo indicativa de los temas para incluir en la cartilla, no conteniendo normas sobre preexistencias y exclusiones que disminuyan la selección de riesgo. Tampoco incluye requisitos de capital mínimo, reservas o reaseguro, o referencias a un ente contralor que proteja a la población. Los proyectos existentes para

avanzar en esa dirección, buscan crear una entidad propia de regulación que segmente el mercado con una institucionalidad aparte del resto de los seguros, por un lado, y de las obras sociales, por el otro. Con la creación de la anunciada Superintendencia de Salud, tal vez eso no sea necesario.

La síntesis de esta sección señala que la Argentina tiene una gran parte de su población sin seguros, y que estos son casi todos públicos o semipúblicos. Los seguros grupales solidarios por rama de actividad económica, no mantienen la cobertura en todo el ciclo económico lo que produce discontinuidad de la misma. Sin libertad para elegir seguros, se impide la compra espontánea del consumidor y se pierde eficiencia. Pero, al mismo tiempo, dado el origen ocupacional común de los aportantes, se evita la afiliación oportunista. En última instancia, el desequilibrio financiero recurrente y el endeudamiento al límite generan un nuevo factor de discontinuidad en el acceso a través de los cortes de servicios de los proveedores. Adicionalmente, el sistema atenta contra los costos por la prima de riesgo que se carga al precio del servicio ante la irregularidad del pago.

El problema de la reforma es la subcobertura de las personas y la necesidad de continuidad de la misma independientemente de las fluctuaciones dinámicas de la economía. Como las necesidades epidemiológicas son continuas el sistema es inequitativo, pues deja sin seguro a quien pierde su empleo. Eso se debe a que las obras sociales están basadas en un criterio de pertenencia económica activa, para acceder a la atención de la salud. Se tiene seguro mientras se trabaja, cuando ello no ocurre el sistema deja de funcionar. Por otra parte, hay inequidad porque la solidaridad perfecta de cada organización contrasta con las diferencias financieras de las obras sociales entre sí. Si a ello se suma la desigual distribución interna de cada obra social y entre regiones del país, y el hecho de que han sido subsidiadas desde siempre por las rentas generales de la nación, entonces todo sugiere que se deben fomentar seguros más eficientes, menos dependientes del mercado de trabajo, y con menos resquicios para la desigualdad institucional. En el caso de los seguros provinciales, la situación se agrava porque sus ministerios de economía las hacen operar como cajas compensadoras de sus déficit financieros corrientes. Se necesitan allí seguros que respeten las restricciones fiscales, que compitan, que eliminen la ineficiencia, y que amplíen la privatización del financiamiento. En el caso de los seguros no solidarios, hay que

resolver la subcobertura (por carencias y exclusiones) y la falta de requisitos financieros suficientes y de un marco regulatorio adecuado.

En la Argentina, entonces, hay unos 20 millones de personas aseguradas, algo así como el 60% de la población. El resto se atiende con proveedores públicos de servicios, o privados financiados con el gasto de bolsillo. La limitada cobertura, y la mezcla público/privado —con sesgo público— en el mercado de los seguros, abre oportunidades para la actividad privada a través de la eliminación de la cautividad actual de los afiliados a seguros públicos y semipúblicos. No obstante, como el Ministerio de Salud y Acción Social no impone ni crea condiciones para la libre elección del sistema de obras sociales, ni permite que nuevos agentes se incorporen al sistema del seguro por la desregulación cerrada que lleva adelante, este se ajusta con la aparición junto a los seguros públicos y semipúblicos de entidades que administran las cuota de capitación y el factor de riesgo, y aumentan en definitiva la intermediación entre aportantes y prestadores de servicios. Este surgimiento de entidades de administración de las cuotas per cápita, conduce a nuevas formas de contratación, donde la utilización de módulos, el control de las tasas de utilización, la auditoría, la segunda opinión médica externa, ponen límites a la capacidad del sector prestador de servicios de ajustar sus ingresos en base a la cantidad, ante la caída de sus precios. En esas circunstancias, el propio sector de prestadores se reorganiza para adaptarse, dejando la solidaridad gremial a un lado y convirtiéndose en entidades comerciales que se ajustan a las leyes del mercado.

4. NUEVAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN: LAS ADMINISTRADORAS DE PRESTACIONES

La aparición de empresas administradoras de las cuotas de capitación es un signo del nuevo comportamiento del mercado con estabilidad económica. El fin de la inflación impidió a las obras sociales licuar deudas con los prestadores de servicios y algunas reconocieron su incapacidad de gestionar contratos de riesgo. Se instaló así la práctica de transferir las cuotas de capitación a otras entidades, las que se hicieron cargo de organizar las prestaciones médicas a los afiliados. Esto ocurrió tanto en el caso del PAMI con la transferencia de sus recursos a EQUISAL en la provincia de Buenos Aires, como en el caso de las obras sociales de la ANSSAL

que celebraron convenios con empresas como Full Medicine en Santa Fe, G y S en Córdoba, Diagnos, y otras. Inicialmente, la práctica de la administración del riesgo estuvo en manos de las propias organizaciones profesionales (como en el caso de los colegios médicos). Con posterioridad al decreto de desregulación de octubre de 1991, y del decreto 9 de 1993 que impidió la negociación colectiva de la cantidad y precio de las prestaciones, los profesionales se organizaron en otras entidades aunque operando en realidad conforme a prácticas establecidas por las viejas organizaciones profesionales. Actualmente, hay varias provincias con asociaciones de clínicas y de colegios médicos que operan como administradoras de prestaciones para recibir las cuotas de capitación de las obras sociales.

En otros casos, los colegios médicos, sin visión comercial, no supieron operar en un mercado estable reflejando costos. La ineficiencia de estas entidades, con una estructura de gastos administrativos sobredimensionada, generó problemas con el pago a los prestadores de servicios y eventualmente condujo al corte de ellos. El descontento de las obras sociales grandes y la diferenciación social creciente al interior de los grupos médicos entre aquellos con y sin capacidad de internación, crearon condiciones para la ruptura de la solidaridad entre los profesionales y la aparición de administradoras de prestaciones. Desde el punto de vista jurídico no hay un régimen especial para ellas, y la simple constitución en sociedades anónimas no las saca de la zona gris en la que se han ubicado considerando la regulación existente (ley de seguro nacional de salud), que no parece contemplarlas. Más aún, dado que estas empresas operan cobrando y dando prestaciones por mes, resulta que las exigencias de reservas técnicas y la necesidad de solvencia inmediata son tal vez mayores que en las primeras.

Empero, esta asociación de las obras sociales con otras entidades las descalifica ante el afiliado, por varias razones. Primero, porque ante el vacío regulatorio, existe la posibilidad de fraudes generados por la recepción de cuotas, el no pago a los proveedores de los servicios y la desaparición repentina. Segundo, porque las obras sociales una vez que traspasan las cuotas se despreocupan de las prestaciones, con lo cual no hay garantía respecto al control de calidad. Tercero, porque las administradoras motivadas por la necesidad de ampliar sus márgenes de utilidad, ponen en marcha prácticas de exclusión y carencias que desnaturalizan el sentido solidario de las obras sociales.

El otro aspecto que hay que destacar aquí en relación con la probable evolución de estas administradoras de prestaciones, es que han empezado a sentir el impacto de la dinámica financiera de las obras sociales. Como se vio, sus ingresos tienden a estabilizarse y a concentrarse el aumento de la recaudación en el tercio de las obras con una minoría de afiliados. La mayor parte de ellas, sin embargo, ven empeorar su situación relativa. Eso crea para las administradoras de prestaciones una dependencia de pocas obras sociales buenas pagadoras, mientras que acumulan con las restantes un atraso en sus ingresos. Ello provocará eventualmente una reestructuración al interior de las propias administradoras de prestaciones, hoy en una etapa incipiente y de rápida proliferación. Esta creciente amenaza de crisis financiera ha llevado a las administradoras a diversificar con las aseguradoras de riesgo del trabajo (ART). Como cuentan con una red de proveedores de servicios instalada (propios o contratados), esperan obtener su margen de utilidad a partir de la diferencia entre las tasas de uso promedio del mercado y las de los proveedores propios. En todo caso, debido a la desregulación cerrada estas organizaciones permanecerán en el futuro inmediato, y se hará intensivo el uso de los controles de utilización, auditorías y control sobre los proveedores.

*LA REACCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS: BIOQUÍMICOS Y
MEGALABORATORIOS*

Con el decreto 9 de 1993, se intentó poner fin a la celebración de los convenios con las organizaciones profesionales. La consecuencia fue la aparición de entidades de carácter comercial con la finalidad de captar los convenios de las obras sociales. En el caso de los bioquímicos de Buenos Aires el impacto de esta dualidad organizativa fue el debilitamiento de la federación bioquímica, que existe para centralizar información, acopiar opiniones y mantener contactos estratégicos. En mercados locales como los de Mendoza, Salta y sur de Córdoba, los bioquímicos han incorporado tecnología (autoanalizadores) creando megalaboratorios en nuevas entidades comerciales que se han organizado a partir de las viejas asociaciones de bioquímicos. Estos proyectos requieren volumen (unos 2 000 a 2 500 análisis diarios). En la Argentina se procesan 10 millones de análisis por año (40 000 diarios). Con los autoanalizadores,

y la derivación de servicios a terceros habrá pérdida de participación para algunos de los 14 mil bioquímicos que no se incorporen a las nuevas organizaciones. Si esta situación se inserta en el panorama de concentración de ingresos del mercado bioquímico donde un 20% de los profesionales obtiene el 60% de los honorarios, el cuadro final es de cada vez menos profesionales con mayor ingreso y poder al interior del mercado.³ Ello pese al ingreso irrestricto a la universidad, lo que revela la ineficiencia de la política pública educativa en la asignación de recursos.

Estas nuevas formas de organización cumplen además otras funciones. En Mendoza, la creación de Analizar S.A. ha servido para seleccionar y diferenciar a los profesionales. Ante el fracaso de los tribunales de ética para vencer el poder corporativo, la entidad comercial realiza una asignación de acciones en forma selectiva. Esto se suma a la proveeduría que realiza la asociación bioquímica, que compra insumos al por mayor a laboratorios multinacionales y los vende al Estado operando como distribuidor local con respaldo profesional. Esta modalidad comercial y la nueva entidad que agrupa selectivamente a los profesionales ejemplifican la transición por la que atraviesan las entidades intermedias. De lo gremial y solidario se pasa a un esquema competitivo y comercial. En Salta, esta transición avanzó aún más. Allí, la asociación bioquímica correspondiente estableció un servicio prepago y una sociedad comercial con un megalaboratorio. Procesa gran parte de los análisis para los laboratorios de la ciudad. Cada accionista (recientemente se ha concentrado el control mediante una nueva emisión de acciones) envía sus muestras, luego recibe los resultados y, mensualmente, el cargo en su facturación que le hace la asociación bioquímica por los costos respectivos. Se alcanza así el volumen para cubrir los gastos fijos, se controla la calidad de los insumos, se reducen los costos por análisis, y se libera tiempo para el bioquímico. El potencial de servicios al sector público por derivación a terceros, también ha sido aprovechado. La atención a 15 centros periféricos ha permitido desde la detección de sífilis en madres embarazadas, la identificación de parásitos en los individuos, y problemas de anemia, hasta la confección de estadísticas sistemáticas.

3. Datos obtenidos en la Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina, de Buenos Aires, en la Asociación Bioquímica de Mendoza, en la Asociación Bioquímica de Salta, y en la Asociación Bioquímica de Santiago del Estero, en reuniones personales con sus autoridades.

En todo caso, lo que se quiere señalar aquí es que mientras las obras sociales se asocian a entidades de administración del riesgo aumentando la intermediación y presionando sobre los prestadores de servicios, estos no parecen atomizarse sino que realizan una nueva reagrupación más selectiva, buscando facilitar el acceso a la tecnología, abaratar costos, ganar ventajas de escala, y abrir finalmente cursos de acción de carácter comercial. Como los prestadores asociados entran así en negociaciones con unos pocos seguros sindicales y apenas dos seguros públicos (el PAMI y la obra social provincial), el mercado parece caminar hacia un oligopolio bilateral.

LA TRANSNACIONALIZACIÓN DE LOS SEGUROS Y DE LOS PROVEEDORES

La tercera modificación comercial de los servicios de salud en condiciones de estabilidad y apertura económica ha sido la transnacionalización, tanto de los seguros como de los proveedores. El país asiste a la configuración de redes y de nexos y corredores de atención con el exterior. Esto presiona al capital local a lograr una estrategia de desarrollo asociado. En esta etapa, el sector salud es parte de una línea adicional de valorización indiferenciada del capital que opera a través de grandes conglomerados. Bancos multinacionales como el Santander intentan ingresar al campo de la salud. El Banco Roberts, asocia su seguro de salud prepago a una obra social y opera dentro del sistema de la ANSSAL. El Exxel Group (capital de Rockefeller y Getti) ha comprado las empresas de medicina prepaga Galeno, Life, el Sanatorio Trinidad, el total de las acciones del Sanatorio Jockey Club, la empresa Tim, y tiene perspectivas de adquirir Salud, el Sanatorio Lomas de San Isidro y el Sanatorio Anchorena, que incluirá además su Medicina Omega. El mercado de las empresas de medicina prepaga de 2.3 millones de personas, tiene ahora un protagonista que domina el 5% del total y que fusiona en su interior las entidades que compra. Pero, lo interesante no es tanto el hecho de que la concentración del negocio ha entrado en una fase de rápida aceleración e internacionalización, sino más bien la cuestión de que la financiación y prestación de servicios restauradores de la salud surgen en el contexto de un consorcio empresarial que se dedica a producir desde alimentos (Pizza Hut), detergentes (Ciabasa), Electricidad (Edesal), papel *Tissue*, y tarjetas de crédito (Argencard). Todo indica que en su desempeño este bloque de

capital subsidia con cargo a otras actividades las líneas estratégicas que quiere consolidar. Así, cuando Esminsa (el área de medicina laboral del grupo Exxel) se presenta a concurso de precios para prestar el servicio en alguna firma, muchas empresas de medicina prepaga se retiran porque no pueden competir con los valores que fija este consorcio de inversores (*Ámbito financiero*, 1996).

En hemodiálisis, la presencia de una firma transnacional dio origen al proyecto de asociación de los prestadores de servicios nacionales para reducir costos en los insumos. Luego de cerrarse un convenio entre esa firma y una obra social importante, hubo un conflicto que terminó con la apertura del mercado nuevamente a los pequeños y medianos oferentes de servicios, aunque a menores precios. La aparición de una sola firma nueva cambió la estructura del mercado e instaló la competencia oligopólica. En realidad, Beneficios Médicos Internacionales S.A. (BMI Argentina) es un proyecto que convoca a tres empresas: a *BMI Risk Management Inc.*, con experiencia en el campo de seguros de salud y vida y de gestión la atención médica; a *Miami Medical Center, USA, Inc.*, una red de prestadores de servicios de salud con sede en Miami y cobertura mundial, con 4 mil clínicas y sanatorios y alrededor de 300 mil profesionales médicos adheridos a su red internacional; y a la firma *Racing Team*, consultora de origen nacional que se asocia al proyecto para abrir el mercado. Para prestaciones de alta complejidad médica, están disponibles el *Cedars Medical Center*, el *Jackson Memorial Hospital*, el *M.D. Anderson*, o el *Texas Children's Hospital* (*Ámbito financiero*, 1996).

En relación con la presencia de empresas extranjeras, las estrategias varían desde la transferencia de la marca hasta los acuerdos de mercado. Basta mencionar la instalación de *Silver Cross America, Inc.* y el convenio celebrado entre el grupo asegurador Omega y la empresa de salud americana *Blue Cross-Blue Shield* (*Ámbito financiero*, 1995). En el caso de *Blue Cross*, la firma comenzará a operar en el campo de la medicina prepaga con experimentadas técnicas aseguradoras. Cuenta en los Estados Unidos con millones de beneficiarios y ofrecerá su red mundial a los asociados locales con coberturas variadas, que incluyen tratamientos de sida e intervenciones de alta complejidad. *Silver Cross* es otra marca que se ha instalado en el país, cediendo su representación a una administradora de prestaciones con sede en la ciudad de Córdoba. En el área farmacéutica, la concentración y centralización tampoco está ausente. Bayer, Boehringer Ingelheim, Casaco, Ciba y Gador se han unido en *farmanet*,

o sea una red para la distribución farmacéutica (*Ámbito financiero*, 1996). Esta alianza estratégica se realiza a los fines de obtener ventajas de escala y anticipa el país de redes que surge.

Este panorama parece confirmarse con el caso del Brasil, que desreguló la entrada de compañías de seguros de salud internacionales y, vía Mercosur, establecerá su presencia en la Argentina. Finalmente, están las aseguradoras de riesgos del trabajo. La ley exige en esta materia redes provinciales y la ocurrencia del accidente laboral requiere una *organización eficaz para traslados de urgencia y las derivaciones a policlínicas de especialidades*. La experiencia comparada indica que las administradoras de riesgos del trabajo podrán, una vez que hayan montado sus redes, administrar los riesgos de la salud. En esta nueva etapa de concentración de carácter transnacional, el sector salud presenta rasgos definidos entre los que se destacan el ingreso de capitales extrasectoriales, la concentración de capitales en el modelo prestador de servicios, el aumento de las inversiones en bienes de capital, el deterioro del sistema de atención médica de la seguridad social, los desequilibrios de los seguros públicos y semipúblicos, el crecimiento de los sistemas de medicina prepaga y de administradoras de riesgo, la implantación de sistemas cerrados de atención médica, los cambios en las modalidades de contratación y pago, los contratos de riesgo y las tablas arancelarias globalizadas y simplificadas, la disminución en cantidad y calidad del aparato de prestaciones estatal, la pérdida de poder de las corporaciones sectoriales, el establecimiento de un cordón urbano de servicios de salud en las grandes ciudades, la aparición de redes, y el aumento de las diferencias institucionales de cobertura. Considerando esos cambios observados en el mercado, el gobierno nacional ha implementado una serie de normas para mejorar el funcionamiento del sector salud. La sección final de este trabajo se concentra en las medidas tomadas y los proyectos de reforma en discusión.

5. POLÍTICA Y DECRETOS

Antes de abordar las normas específicas del sector salud (Paiz, 1995), hay que referirse al decreto 2.284 de 1991 que desreguló varios aspectos de la economía y normativas de la salud alterando la correlación de fuerzas en favor de algunos actores. En efecto, los artículos 8 y 9 eliminaron los

bloqueos a la libertad particular para convenir honorarios, pero nada se dice de las obras sociales. Esto fomentó los convenios con algunos profesionales (con establecimientos de internación) en deterioro de la libre elección del prestador de servicios por los afiliados, que continuaron cautivos en las obras sociales. Como el usuario no tiene libertad para cambiar de obra social, la medida olvidó al consumidor al que pretendía proteger. Al interior del grupo médico, los propietarios de sanatorios y clínicas quedaron en una situación privilegiada en relación con quienes solo cuentan con su fuerza de trabajo, lo que condujo a la aparición de uniones transitorias de empresas y a la fractura de algunas entidades intermedias profesionales. El problema del decreto entonces al no eliminar el factor cautividad de las obras sociales, es que en la práctica se desreguló a las entidades profesionales, se dejó intacto el poder sindical, y se olvidó al usuario.

Las políticas sustantivas del sector se enuncian en el decreto 1.269 de 1992, que fija como objetivo un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficiencia, eficacia y calidad. Enfatiza la integración del área estatal de salud con los demás sectores y el mejoramiento del acceso a los servicios mediante la optimización del uso de los recursos, teniendo como ejes la descentralización y la conformación de redes locales de complejidad creciente. El decreto 432 de 1992 (programa de garantía de calidad) promete habilitar y categorizar establecimientos, controlar el ejercicio profesional, evaluar servicios de atención, fiscalizar y hacer el control sanitario, etc. Este planteo confronta una realidad donde el sector aparece como inequitativo (gasto privado creciente y estancamiento de las formas alternativas de financiamiento), poco eficaz (sobreoferencia y rendimientos decrecientes), ineficiente (hipertrofia de la intermediación, prima adicional excesiva y cautividad), y con problemas de acceso (subcobertura y discontinuidad de la misma). Además, el argumento de la integración parte de la falsa premisa de que existe una desarticulación entre el financiamiento (de los seguros), el sector público y el privado, y entre estos dos últimos entre sí. En realidad, el sector salud está integrado solo que con una división del trabajo implícita que deja al sector público la atención no rentable, la función de reaseguro para los enfermos concentradores de costos y los asegurados durante los cortes de servicios, y la generación de subsidios subyacentes a la medicina comercial. Finalmente, en el sector privado la situación se ve de un descontrol generalizado, con lo cual la política enunciada y la ejecución de los

decretos parecen tener problemas de eficacia en sí mismas. Ello, pese a que la resolución 143 de 1993 establece las responsabilidades funcionales, las fechas para ejecutar las metas, y hasta la obligación de informes mensuales de avance.

DECRETOS 9 Y 578 DE 1993.

LIBERTAD DE CONTRATACIÓN Y HOSPITALES DE AUTOGESTIÓN

El decreto 9 de 1993 introdujo modificaciones referidas tanto a las obras sociales como a la relación entre los prestadores de servicios. Se establece el criterio de libre elección de los afiliados de las obras sociales (pero no se reglamenta luego la forma de depósito de los aportes a la nueva obra social elegida, lo que desnaturaliza la reforma). Se enuncia que habrá prestaciones básicas —programa médico obligatorio (PMO)— y el mecanismo de compensación entre los aportes y el costo de la misma (enunciado que luego se desnaturaliza al diseñarse el PMO sin vincularlo a la restricción presupuestaria). Se liberan las contrataciones y los aranceles entre obras sociales y prestadores y se establece que las obras sociales podrán fusionarse, federarse o unificarse (es decir, se atomiza la oferta y se concentra el pagador). Se menciona que los contratos deben tener criterios de categorización y acreditación (con lo que, se privatiza de hecho lo que es responsabilidad pública) y, a los fines de eliminar el subsidio implícito de los hospitales a las obras sociales, se determina la obligatoriedad del pago por parte de estas últimas al establecimiento público. En suma, el decreto enuncia cosas que no cumple y autoriza la contratación directa no regulada por el nomenclador, introduciendo la competencia en precios entre los prestadores de servicios mientras aumenta el poder de las obras sociales mediante las fusiones. Completa así el decreto de 1991, que eliminó la participación de entidades intermedias en los convenios.

El decreto 578 por su lado plantea un nuevo marco para los hospitales públicos, haciendo obligatorio el pago de sus servicios para aquellas personas que tengan cobertura de obras sociales, mutuales, planes prepagos, seguros u otros similares. Se establece asimismo la descentralización de los hospitales y la integración de redes de servicios. A los efectos de mejorar la administración interna, se autoriza la utilización de los recursos percibidos por la venta de servicios para recrear una estructura

de incentivos que permita el reconocimiento de la productividad y la eficiencia del personal. Si bien el decreto prevé que los hospitales sigan recibiendo los aportes presupuestarios, sugiere ir reemplazando el financiamiento de la oferta por un subsidio a la demanda, dejando abierta de ese modo la posibilidad de la creación de seguros públicos de salud.

El proyecto de los hospitales de autogestión ha sido observado críticamente. Se hace notar que enfatiza el lado de los ingresos descuidando la lógica del gasto, modelada en parte por esquemas donde el sector privado busca sinergias operativas con el sector público. La interacción público/privado se da en el desempeño asincrónico de funcionarios públicos que trabajan sin bloqueo de título por la mañana y como prestadores privados de servicios por la tarde. Desde esta óptica, no se puede concebir el funcionamiento hospitalario en un marco de equilibrio microinstitucional con problemas de incongruencia de metas o de capacidad de gestión, sino que es preciso repensarlo a la luz de la forma de operar del propio sector privado. Así, cuando la forma de pago predominante es por acto médico, el hospital público permite la transferencia de pacientes con cobertura de seguro, la utilización de insumos y equipos en forma privada, y él mismo se convierte en una "desorganización organizada". Es un ámbito donde predomina el convenio verbal, donde el horario posible es el que deja libre la actividad privada, y donde el pago por tiempo trabajado y no por paciente atendido termina por generar una cultura de cumplimiento parcial. Cuando la forma de ingreso en el subsector privado es determinada por la capitación, entonces el hospital público pasa a ser un medio para la reducción de costos. Se requiere la organización de la institución, más turnos de cirugía, guardia permanente de enfermería, y la expansión del papel del médico residente. De esta manera, la forma de obtener una sinergia operativa pasa del incremento de los ingresos a la transferencia de los costos desde el sector privado al público. Los problemas aparentes del hospital son en realidad la manifestación de una racionalidad instituida por la lógica de la articulación público/privado.

Súmese a la lógica sistémica planteada, que parece difícil hacer competir al hospital con el sector privado por la facturación a las obras sociales cuando los hospitales tienen prácticas administrativas centralizadas, relaciones laborales rígidas, ausencia de incentivos adecuados, déficit de información, y un régimen jurídico que vuelve inoperante a la

organización por su sistema de gestión adaptada a un esquema presupuestario que se utiliza para introducir ajustes de carácter fiscal. En última instancia, la experiencia indica que el comportamiento de los hospitales no ha sido homogéneo. Hay casos donde se ha conseguido mejorar el flujo informativo mediante la articulación con los padrones de la Dirección General Impositiva. En otros, la facturación ha permitido una contribución a los ingresos. En muchos casos, sin embargo, la realidad del hospital de autogestión no parece avanzar. Finalmente, el mecanismo de facturación generó un negocio para consultoras privadas, que buscan la documentación, la procesan en sus instalaciones y hacen el trámite ante los pagadores, obteniendo un porcentaje del monto total. Este resultado no debe asombrar. En los programas europeos de competencia pública (Saltman y von Otter, 1994), la idea de transformar entidades asistenciales en empresas públicas, de permitir la elección libre de prestadores públicos y de trabajar con presupuestos flexibles para premiar aquellos establecimientos públicos que operan eficientemente y desfinanciar (y cerrar) los inoperantes, ha tenido una regular implementación, ha requerido más tiempo que el pensado y una tecnología de gestión que en la Argentina resulta inexistente.

El convertir un establecimiento asistencial en una empresa pública (hospital de autogestión) requiere pautas de integración vertical y horizontal con distintos niveles de atención, lo que es difícil de alcanzar en la práctica. Asimismo, como la mayoría de los hospitales son provinciales y los centros primarios tienden a ser municipales, los problemas de integración política no pueden ser minimizados. Por último, para una tradición que desvirtuó el presupuesto hospitalario transformándolo en muchos casos en recipiente de "cajas chicas" con envíos de partidas de refuerzo en forma irregular, pensar en un sistema de presupuestación flexible con transferencia de partidas entre establecimientos suena irreal. Si a ello se le suman los argumentos adelantados anteriormente sobre concentración de camas, tamaño relativo de los hospitales, división del trabajo entre el sector público y privado en materia de especialización, entonces deberían repensarse las tácticas apropiadas dentro de una estrategia de autogestión.

Lo que el sector público parece necesitar no es tanto introducirle la lógica comercial, que hace que hoy ciertos establecimientos se ocupen de atender pacientes que pertenecen a una obra social ajustando por cola y tiempo de espera al no asegurado, sino precisamente lo contrario. El

sector público está privatizado de hecho. Hay una captura de prestaciones que debería ser neutralizada por una política que estatice lo público y haga estrictamente privado el sector privado. Solamente es posible pensar en mayor eficiencia en la medida en que las reglas de juego que subyacen tras los métodos de gestión no respondan al establecimiento de mecanismos sinérgicos que favorecen al sector privado. Parece una inconsecuencia que la autogestión deba servir para que los prestadores privados de servicios bajen sus costos fijos atendiendo con lógica comercial dentro de los establecimientos públicos, mientras la gente que más precisa atención empieza a ser desplazada por la falta de seguro. El sector público debe cambiar. Debe ajustarse a la restricción presupuestaria, cerrar áreas que no tienen razón de ser, explicitar los subsidios asignados y, en definitiva actuar con una lógica que no es la comercial. Una vez que se haya superado la desorganización organizada que lo caracteriza, se debe entonces encarar la gestión en forma eficiente. Pensar que sus problemas actuales son apenas una cuestión de gestión es una simplificación excesiva. Una vez que el sector público sea reestatizado, se podrá organizar como corresponde.

*REDUCCIÓN DE APORTES:
DECRETOS 2.609 DE 1993 Y 372 DE 1995*

En marzo de 1994, el decreto 2.609 redujo los aportes patronales por actividad económica y por zona geográfica. El impacto sobre la recaudación de las obras sociales fue variado. La comparación mensual con la realizada el mismo mes del año anterior mostró cuatro efectos diferentes: hubo obras sociales afectadas por el decreto que tuvieron aumento en la recaudación, y otras en las cuales hubo una caída en sus ingresos. Por otro lado, hubo entidades con incrementos y con disminución de los recursos pese a no estar alcanzadas por la norma legal. Esto sugiere que la recaudación se ve afectada por el posicionamiento relativo de los diferentes sectores de actividad en la reconversión de la economía, además de la reducción de los montos de los aportes. En todo caso, lo importante parece haber sido la disminución de la tasa de crecimiento de la recaudación manteniéndola oscilante entre valores de crecimiento positivo y negativo alternadamente en el tiempo. Ocurredida la crisis mexicana, el país renegoció metas con el Fondo Monetario Internacional

incrementando el superávit fiscal esperado para 1995. En ese contexto se dictó el decreto 372, que aumentó los aportes modificando las cotizaciones del decreto 2.609 y extendió el beneficio a la totalidad de las actividades económicas.

DECRETO 292: SUBSIDIO AUTOMÁTICO, ELIMINACIÓN DE MÚLTIPLES COBERTURAS Y LIBRE ELECCIÓN PARA AFILIADOS DEL PAMI

El tercer cambio en los aportes patronales ocurrió en agosto de 1995 con el decreto 292, que los redujo en base a un cronograma preestablecido y los extendió a todas las actividades económicas —salvo las del subsector público— a las tasas establecidas en el decreto 2.609. La norma introdujo también cambios en las obras sociales, en el fondo de redistribución automática, y en el PAMI. Se estableció un mecanismo automático de asignación de subsidios, y en los casos en que el aporte del titular fuera inferior a 30 pesos el fondo solidario completaría los recursos hasta la suma mencionada. Esto significó ajustar los aportes por ingreso y limitar la entrega discrecional de subsidios en la ANSSAL. La idea fue fijar la asignación per cápita para la cobertura básica y facilitar la libre elección sin caos. La evidencia muestra que el cambio ha sido eficaz, aunque al no existir libre elección se concentraron más recursos en obras sociales grandes, con dispersión salarial, y aumentó la cuota per cápita promedio de las mismas.

El decreto 292, vuelve sobre el artículo 8 del decreto 576 de 1993 (reglamentario de las leyes 23.660 y 23.661) que se refiere a la eliminación de múltiples coberturas y beneficiarios del PAMI. En caso de silencio del titular, presume que los aportes deben unificarse en la obra social que obtiene la suma mayor, y dispone la unificación de aportes en un solo agente del seguro en casos de beneficiarios con pluriempleo. En lo referente al PAMI, reafirma la libertad de elección del decreto 576 para los jubilados y fija su ejercicio en una vez por año. Adicionalmente, se crea un registro especial para las entidades que quieran recibir jubilados, haciendo obligatorio para los agentes inscritos recibir a los beneficiarios que opten por ellos. La otra modificación importante en relación con el PAMI es que discrimina las cuotas per cápita entre individuos de distintos niveles de riesgo (según edad). Las personas de más de 60 años reciben una cuota de 36 pesos, las que estén entre 40 y 60 años 19 pesos, y para

los menores de 40 años la asignación por beneficiario (no por titular) será de 12 pesos. Estos valores se modifican por resolución ministerial y las cuotas se transferirán directamente a los agentes del seguro elegido por la Administración Nacional de la Seguridad Social (este aspecto ha sido eliminado, recientemente). Finalmente, el decreto redefine al PAMI como un seguro de salud, pasando a la Secretaría de Turismo los servicios de turismo y recreación, y a la Secretaría de Desarrollo Social las pensiones no contributivas.

DECRETO 492 DE 1995:

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO Y FUSIONES DE OBRAS SOCIALES

El decreto 492, de septiembre de 1995, fue el resultado de la reacción política sindical al decreto 292, y tuvo dos consecuencias: disminuir la reducción de los aportes patronales, y montar un esquema de fusiones de las obras sociales basado en el poder sindical y no en la competencia y el mercado. La norma tiene seis capítulos: programa médico obligatorio, fusión de obras sociales, reducción de la rebaja del aporte patronal, trabajadores de tiempo parcial, transformación y disolución de los institutos de servicios sociales, y disposiciones finales.

En relación con el programa médico obligatorio (PMO) crea una comisión técnica para su formulación, cuyos integrantes serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social y la Confederación General de Trabajo (CGT). El PMO fue dictado mediante resolución ministerial 247, y en él se describen las intervenciones médicas incluidas, así como los copagos y coseguros autorizados. Prima facie, el PMO es todo lo que hoy existe y lo que en el futuro aparezca y se defina o considere por la autoridad de aplicación fundamental por la práctica médica. Este principio se confirma al decir la resolución hacia el final, que todas aquellas prácticas no contempladas en este PMO podrán ser brindadas por las obras sociales a través del mecanismo de la vía de excepción. En dos palabras, se separó al PMO de la restricción presupuestaria. El PMO establece qué se debe dar. Las tasas de uso indicarán la frecuencia, y las negociaciones con los prestadores, los precios. Lo probable es que las obras sociales con recursos suficientes para cubrir el PMO traspasen cuotas de capitación a otras entidades, y estas al establecer tasas de uso y las cuotas a los prestadores de los servicios, dislocarán la cuestión del punto de

equilibrio de las empresas de salud. En este caso, la escala de producción y la reducción de los costos medios será de capital importancia.

Con respecto a los recursos, el decreto 492 eleva la cotización mínima obligatoria a 40 pesos (un tercio más que lo propuesto en el decreto 292) destinada a los fondos distribuidos automáticamente. Este cambio no se debe a un cálculo técnico que relacione el nuevo porcentaje de aportes patronales con la cuota de 40 pesos, sino que tal suma fue fijada arbitrariamente. Como consecuencia, han reaparecido fondos distribuidos discrecionalmente por ANSSAL. Además, como el PMO excede la cotización mínima subsidiada automáticamente, la libre elección requeriría aumento de los fondos para su implementación. El decreto se ocupa luego de la fusión de obras sociales, fijándose 60 días para que cada agente del seguro de salud que no pueda brindar el programa médico obligatorio proponga a la ANSSAL su fusión con otra organización. En el caso de que dicha propuesta no se concrete, la ANSSAL dispondrá la fusión obligatoria con otro u otros agentes del seguro de salud. El proyecto del Banco Mundial en marcha deberá entonces respetar la norma, con lo cual las fusiones por competencia del mercado desaparecen y lo que se hará es financiar en realidad el realineamiento del poder sindical.

El capítulo tercero del decreto 492 incrementa los recursos de las obras sociales al reducir la rebaja del aporte patronal del 6% al 5% para todas las actividades y en todas las regiones, y el capítulo cuarto modifica el régimen de cobertura de salud de los trabajadores de tiempo parcial. Mantiene el límite de las remuneraciones en tres ampos (unidad de medida del sistema previsional) para obtener las prestaciones de la seguridad social, y para participar en la distribución automática de los subsidios. Esta disposición avanza hacia la generalización del subsidio individual ajustado por ingreso, sin discriminar por la dedicación de tiempo al trabajo. Para los casos de remuneraciones inferiores a los tres ampos, las prestaciones de la seguridad social serán proporcionales al tiempo trabajado y a los aportes y contribuciones efectuados. Para la cobertura de salud, sin embargo, el decreto establece que para optar a los beneficios de la obra social y a los subsidios automáticos, los trabajadores deben integrar el aporte de su cargo y la contribución del empleador correspondientes a un salario de tres ampos. En caso de no ejercer la opción antes indicada, tanto el trabajador como el empleador quedarán eximidos de sus aportes y contribuciones para este régimen. El tratamiento para la cobertura de salud de los trabajadores de tiempo parcial

que ganan menos de tres ampos, pone en manos de los trabajadores que menos ganan el peso de pagar por sí mismos la contribución patronal, lo cual es un criterio regresivo. Más aún, esto torna precario el empleo al fomentar el reemplazo de trabajadores de mayor remuneración por otros de menor ingreso para bajar a cero el aporte patronal. Todo lo cual confirma los problemas del sistema de cobertura vinculado al empleo, el cual desestabiliza el financiamiento y genera la exclusión por razones de ingresos.

En suma, este decreto sugiere que la institucionalidad del sector salud deriva de la correlación de fuerzas sociales que modelan sus reglas de juego. En dos meses, se cambiaron los aportes patronales, el nivel de la cuota per cápita, y la normativa del trabajador de tiempo parcial, cuyo origen era reciente. Con relación al programa médico obligatorio y el sistema de fusiones diseñado, el procedimiento deja claro dos cosas: por un lado, que la Confederación General de Trabajo al codesignar los miembros de la comisión técnica desnaturaliza un proceso que debería ser de injerencia ministerial; por otro, la falta de vinculación entre el cambio de los aportes y la nueva cuota per cápita, muestra que los objetivos eran aumentar los recursos de las obras sociales gremiales y reponer la discrecionalidad de la ANSSAL.

Lo expuesto genera tres reflexiones. Primero, dada la sobreoferta y el desfinanciamiento relativo, se puede recharacterizar el PMO el que debería basarse en las necesidades de las personas (perfiles epidemiológicos) y no en la oferta disponible en el mercado, para hacer luego un catálogo de prestaciones que se deben incorporar. Aquí se corre el riesgo de seguir con la práctica de los prestadores de los servicios de introducir un paquete sesgado por prácticas caras, innecesarias y de alta tecnología. Segundo, si eso ocurre se habrá de perforar la restricción presupuestaria al elevarse los costos del programa médico obligatorio y ello originará presión política por más recursos sindicales, en nombre de la salud para todos y del PMO. Tercero, se crea un mecanismo, que se convierte en la forma institucional de determinar quién se queda en el mercado y quién se va, puesto que, ante la obligatoriedad del programa para todos los agentes del seguro, la inclusión en él de prestaciones de elevado costo significará que habrá organizaciones que no alcanzarán a cubrir la cuota mínima. En esa situación, el poder de la comisión revisora encargada de establecer las "prácticas fundamentales" se magnifica, pues podrá determinar el proceso de concentración y de fusión de las obras sociales. La

conclusión inevitable es que los sindicalistas están decidiendo las obras sociales que sobrevivirán, con el ropaje técnico y los fondos del Banco Mundial.

Es este sometimiento del sector a una correlación de fuerzas políticas que no genera consenso sobre sus proyectos, lo que explica por qué la retórica y la realidad han marchado por carriles opuestos. El objetivo de cobertura universal ha sido reemplazado por la falta de acceso y la discontinuidad en la cobertura. La retórica de la regulación terminó en la anomia del sistema. La idea del fortalecimiento de los hospitales "de cabecera" ha sido reemplazada por el debilitamiento de lo público. La idea de mejorar la asignación de los recursos ha generado el aumento constante del gasto privado de bolsillo. El fomento de la promoción y la prevención ha cedido ante la incorporación irrefrenable de tecnología. La integración intrasectorial ha dado paso a la duplicación de la capacidad instalada. En ese contexto es preciso revisar las propuestas de reforma para el futuro.

6. PROPUESTAS DE REFORMA

En esta sección se discute la reforma oficial, elaborada en colaboración con el Banco Mundial; luego, el proyecto de decreto de julio de 1995 en cuyo origen se reconoce la influencia central de la Confederación General de Trabajo, y en seguida se aborda el informe de la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL) y el anteproyecto de las compañías de seguros.

LA PROPUESTA OFICIAL Y EL BANCO MUNDIAL

El gobierno nacional, tenía proyectadas hacia 1994 una serie de iniciativas destinadas a reformar a través de decretos sucesivos varios aspectos del sector salud. Simultáneamente, solicitó al Banco Mundial un estudio sectorial con énfasis en los seguros y el sistema de obras sociales. A principios de 1995 comienza un análisis conjunto de las propuestas nacionales, que se convierten en el núcleo de un proyecto más elaborado cuyos objetivos se centran en mejorar la eficiencia y la equidad en el sistema de seguros de salud, y la contención del nivel del gasto sectorial

en el país. Los objetivos específicos del proyecto buscan introducir competencia en el mercado asegurador evitando la selección de riesgo, reasignar los recursos del fondo solidario de redistribución sobre la base del ingreso y los riesgos de los beneficiarios, desarrollar un marco regulatorio eficiente e impulsar instituciones de seguro en competencia, transparentes, y con rendición de cuentas. Por último, se propone proveer a las obras sociales y al PAMI de asistencia técnica y financiera para fortalecer su desarrollo institucional.

La propuesta tiene tres componentes: un módulo de reformas de políticas y regulaciones, y dos más para la reestructuración de las obras sociales y del PAMI, respectivamente. Con relación al módulo de políticas, las reformas se centran en tres aspectos principales: primero, la liberalización progresiva del mercado asegurador de la salud, permitiendo al consumidor una creciente libertad de optar por la organización que prefiera; segundo, la redefinición del uso y operación del fondo solidario de redistribución, para que este compense a las obras sociales con familias de bajos ingresos (aportes) y altos riesgos de salud; y tercero, la regulación de las obras sociales, el PAMI y las empresas de medicina prepaga, a los fines de proteger a los consumidores y promover una mayor eficiencia y equidad en esos mercados. Adicionalmente, el proyecto incluye elaborar un padrón de beneficiarios de las obras sociales y del PAMI, a partir de la base de datos existente en la Dirección General Impositiva. Asimismo, el componente de políticas contempla la definición de un programa médico obligatorio que debería anunciarse en las fases tempranas del proyecto —cuya duración se estima en unos 30 meses, aproximadamente. Este programa se vincula a la restricción presupuestaria fijada por los recursos del fondo solidario de redistribución. Finalmente, el proyecto considera asignar parte de los recursos del crédito que otorgará el Banco Mundial (unos 250 millones de dólares) al diseño, montaje y fortalecimiento institucional del o los entes regulatorios.

Para las obras sociales, el proyecto contempla la creación de un fondo de reconversión de las obras sociales (FROS) que les permita alcanzar el equilibrio financiero, reestructurando deudas, racionalizando la planta de personal y fortaleciendo su capacidad informativa y de gestión. Las entidades seleccionadas recibirían apoyo financiero para esos propósitos. En relación con el PAMI, se darían facilidades similares. El proyecto sufrió demoras en su ejecución que causaron efecto sobre su alcance. El PAMI acumuló deudas por 40 millones de pesos mensuales.

Cuando comenzó la ejecución, había nuevas deudas debido al pago de los prestadores de servicios con documentos descontados por el Banco de la Nación Argentina. El proyecto definitivo dispuso que el primer aporte del gobierno argentino consistiera en la condonación de la deuda que el PAMI tenía con el banco en referencia por una suma superior a los 200 millones de dólares. Esto implicó que la envergadura del PAMI en la totalidad del proyecto creciera, y que él mismo se desperfilara pues la asignación de recursos para el pago de deuda creció respecto a lo pensado originalmente. Daría la impresión de que el objetivo inicial del proyecto —de preparar a este seguro público y a las obras sociales para la competencia y la administración del riesgo en un contexto de incertidumbre— ha cambiado, en el sentido de tratar ahora de bajar la tasa de riesgo que los prestadores de servicios cargan sobre las obras sociales y el PAMI dado el endeudamiento y la posibilidad cierta de cortes de servicios. Esto es inevitable, cuando se trata de hacer eficiente un organismo quebrado (patrimonio neto negativo) que llegó a esa situación debido a la falta de competencia.

Si a la cuestión referida se le agrega el hecho de que en la matriz de propósitos del proyecto se incluyeron como metas en la mira una serie de promesas vagamente definidas, más medidas que ya habían sido tomadas en forma previa al proyecto por los decretos 292 y 492 (eliminación de la doble cobertura, subsidio automático para el fondo de redistribución, uso oficial para la distribución de los subsidios del padrón de la Dirección General Impositiva, libre elección de los beneficiarios del PAMI, ajuste de la cuota per cápita por riesgo determinada inicialmente por edad, y el PMO), entonces el programa parece haber sido poco más que la mera entrega de dinero a las obras sociales, en un nuevo ejemplo (esta vez mediante créditos externos) de transferencia de recursos a los sindicatos y a un sistema que recurrentemente necesita unos 400 millones de dólares para reacomodar sus déficit cada tres o cuatro años. La nueva forma de hacerlo, con deuda, es la única compatible con la restricción de emitir bajo el régimen de convertibilidad con tipo de cambio fijo que esteriliza la política monetaria (dinero pasivo). A ello se suma el hecho de que la aparente reforma del gobierno es en realidad el proyecto de la CGT, con las implicaciones ya vistas.

EL PROYECTO DE LA CONFEDERACIÓN GENERAL DE TRABAJO

Este proyecto, en forma de decreto (con membrete y formato oficial según las normas del ejecutivo), aparece a mediados de 1995. Propone crear un programa médico obligatorio (PMO), cuyas pautas se esbozan en el artículo segundo, para lo cual se crea una comisión técnica del PMO con integrantes designados por el Ministro de Salud. Definido el PMO, las obras sociales elevan a la ANSSAL el cuadro de prestaciones en conformidad con el mismo, las cuales serán aprobadas, modificadas o rechazadas por esta entidad. En caso de insuficiencia de financiamiento del PMO, el proyecto contempla la solicitud de apoyo a la ANSSAL, la que deberá compensar la diferencia entre el costo del PMO y la cuota de capitación promedio de la obra social, mensualmente. Esto refleja la idea de volver a repartir los subsidios por cuotas, con lo cual el proyecto presionaría al gobierno para aumentar los recursos de las obras sociales so pretexto de que no alcanzan a cubrir el PMO. En este enfoque, el proceso de fusiones aparece como la consecuencia de la negativa del gobierno a aumentar los recursos y no como una estrategia gremial de delimitar y concentrar el poder dentro del ámbito de las obras sociales sindicales.

En el artículo 6 del proyecto, se establece que a partir de la dictación del decreto, y por seis meses, las obras sociales no podrán ampliar su capacidad instalada de servicios médicos, abrir nuevos servicios o efectuar contrataciones con prestadores, si de la valoración y criterio de la ANSSAL ellos resultan inconducentes para los objetivos políticos y finalidades establecidas en el PMO. En el caso de que una obra social no brinde las prestaciones dispuestas por el PMO, los beneficiarios podrán requerirlas de otra obra social sustituta, la que estará obligada a dar la prestación y podrá facturarla con cargo a la obra social de afiliación del beneficiario requirente para su pago en 30 días corridos. Si el pago no se efectuara, la obra social sustituta podrá requerir la compensación directa y automática a la ANSSAL, la cual notificará al ente recaudador del sistema único de la seguridad social (SUSS) a fin de hacer efectiva la transferencia y su acreditación. En los casos en que la necesidad de financiamiento demuestre que el cumplimiento del PMO se encuentra afectado por una incorrecta asignación de recursos, excesivos gastos administrativos, ineficiencia de las prestaciones, incumplimiento de las normas de

calidad de atención médica, irregularidad en las prestaciones o cualquier otra causal que resienta la finalidad del sistema solidario, la ANSSAL propondrá la fusión de la obra social en cuestión. A tal fin y para evaluar las obras sociales y su capacidad de financiamiento, dicha entidad se atenderá al padrón único de aportes y contribuciones del SUSS, y a la Dirección General Impositiva como ente recaudador y fiscalizador de los mismos.

En seguida, el proyecto redefine las funciones del fondo solidario de redistribución, el cual deberá financiar no solo la compensación mencionada anteriormente sino también el proceso de adecuación del PMO, las fusiones entre los agentes del seguro de salud, los principales programas de alta complejidad, y los casos de trasplantes, hemofilia, tratamientos prolongados por afecciones de baja ocurrencia, enfermedades crónicas que estén excluidas del PMO, y la capacitación de recursos humanos especializados. Con respecto al proceso de adecuación de las obras sociales al PMO y las fusiones entre obras sociales, el proyecto explicita que el fondo solidario otorgará préstamos destinados a racionalizar la planta de personal, renegociar contratos de prestaciones, adecuar los equipamientos e instalaciones, y al pago de pasivos corrientes. Estos préstamos son reintegrables en 48 meses con 18 meses de gracia. El proyecto contempla además el caso de las personas despedidas y que perciben seguro de desempleo, quienes seguirán recibiendo los beneficios de su obra social de origen, debiendo aportar el valor del PMO el fondo nacional de desempleo.

Se observa, entonces, que en esta propuesta de reforma se encuentra gran parte de los contenidos del decreto 492 y de la resolución 247 del PMO. En primer lugar, de allí surge la idea de la creación de la comisión técnica encargada de definir el PMO. El decreto 492 va más lejos, e incluye a la CGT en la selección de los miembros. Esto revela el origen sindical de la norma. El decreto 292, dictado apenas unas semanas antes, se origina a su vez en un conflicto que tiene el ex ministro Domingo Cavallo con la CGT, a raíz del cual este decide implementar la aplicación del subsidio automático en un decreto misceláneo junto con la reducción de los aportes patronales. En segundo lugar, aparece también en el proyecto el capítulo de fusiones de obras sociales y el papel protagónico de la ANSSAL en el mismo. La diferencia entre el proyecto que se comenta y el decreto 492 radica en el fondo solidario de distribución de subsidios, puesto aquí no en función de los aportes individuales de las personas

sino en base a la cuota per cápita promedio de la organización, lo que impide la posibilidad de asegurar en el futuro el financiamiento para facilitar la libre elección del seguro.

Como al final del proyecto de la CGT se busca derogar los artículos referidos a la libre elección de los decretos 576 y 9, de 1993, el objetivo es obvio y consiste en eliminar la libre elección de los beneficiarios, y por ende la competencia. Por último, el decreto al convertir el fondo solidario en el mecanismo financiador de la reconversión de las obras sociales que no puedan dar el PMO, repone la discrecionalidad política en el proceso concentrador. Todo sugiere, en definitiva, un proceso de redefinición de la relación política intragremial que busca concentrar el poder de compra de servicios en un grupo reducido de obras sociales, seleccionadas no por el mercado y la competencia sino por la discrecionalidad política y la voluntad de la administración de turno en la ANSSAL. La parte interesante del proyecto reside en que es el único que propone solucionar la discontinuidad de la cobertura por razones de desempleo, y que —aunque en forma insuficiente— incluye algunas disposiciones sobre control de la oferta y la capacidad instalada.

PROPUESTA DE FIEL/CEA

La propuesta de la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL) y del Consejo Empresario Argentino (CEA) tiene dos partes, una dedicada a las obras sociales y otra al PAMI. El proyecto encara los aspectos sectoriales como un problema de carácter tributario relevante para una economía abierta y que presenta desequilibrios en el mercado laboral. Tiene como uno de sus puntos de partida el hecho de que el gasto de la seguridad social financiado por las imposiciones salariales, incide en el precio relativo del factor, distorsiona su uso y su nivel de empleo de equilibrio. La reforma propone la competencia, a través de la libre elección de los beneficiarios y de la libre fijación de las primas de los distintos planes y categorías de riesgo ofrecidas por las empresas aseguradoras. Reduce la imposición salarial y ajusta el porcentaje del aporte a las particularidades de los beneficiarios, focalizando los subsidios en los beneficiarios y no en las obras sociales.

En relación con las obras sociales, el proyecto propone como primera cuestión un PMO definido oficialmente, obligatorio por grupo familiar,

financiado por gasto de bolsillo, y con libre elección de la empresa aseguradora. Estas últimas quedan obligadas a ofrecer un plan de cobertura estándar (PCE), modificable en el tiempo, cuyos beneficios los define la agencia reguladora. Las entidades pueden ofrecer planes más amplios que el PCE. Esto significa eliminar la imposición al salario y modificar de raíz el esquema del seguro nacional de salud y la ley de obras sociales. El mérito de la propuesta es que elimina la relación entre seguro y salario, y cambia así el criterio de pertenencia para acceder a la salud. Además, muestra que para un cambio más equitativo no es posible partir del actual sistema de obras sociales. La propuesta, sin embargo, pierde la oportunidad de introducir un debate en el país al plantear el PMO (que termina siéndolo todo, como se vio anteriormente), sin mencionar que por razones de competitividad mundial, restricción fiscal, e imposibilidad de un seguro nacional de salud, lo que parece necesario es un seguro de salud catastrófico (o sea para accidentes, hospitalizaciones prolongadas y situaciones médicas que representan costos aplastantes por causas de alta morbilidad y complejidad tecnológica). La propuesta en este sentido no solo no cuestiona el concepto de PMO, sino que lo incorpora acriticamente apenas rebautizado.

En segundo lugar, se plantea la necesidad de un marco regulatorio. Las entidades tendrán plena libertad para suministrar los servicios asistenciales en forma directa o por medio de terceros, previa categorización y acreditación de los prestadores de servicios. La entidad regulatoria controlará el cumplimiento de contratos y otras cuestiones técnicas, como la solvencia, liquidez y reaseguros. En tercer lugar, el proyecto plantea la obligatoriedad para las empresas aseguradoras de aceptar a todos los beneficiarios que las elijan, a menos que hayan alcanzado el cupo máximo (definido previamente) que están dispuestas a absorber por región. Esta norma elimina la selección adversa de afiliados y se une también a la prohibición de períodos de carencia. En cuarto lugar, el proyecto establece que la libre elección de la empresa aseguradora se hará de acuerdo a la redefinición periódica de esta opción del beneficiario en base a la información anual de esas entidades sobre costos, beneficios y limitaciones de cada plan. Asimismo, habrá libre fijación de primas, las que deben ser iguales para todos los individuos que pertenezcan a la misma categoría de riesgo (por edad, sexo, y otros), tengan los mismos beneficios, y residan en la misma área. En este contexto, se admitirán reducciones programadas de primas en virtud de acuerdos logrados por las

empresas en beneficio de sus trabajadores. Esta propuesta, entonces, plantea la competencia vía precios.

En quinto lugar, la propuesta se refiere a la solidaridad del sistema. Si bien el financiamiento se hace por pagos de bolsillo, por razones de equidad se crea un fondo de seguro redistributivo para pagar primas por las familias de más bajos ingresos, a fin de proveerles de un plan mínimo. Este fondo se constituye con una contribución obligatoria sobre las remuneraciones. Además, se recomienda generalizar el sistema a toda la población de bajos recursos (no solo a los trabajadores dependientes) en sustitución del actual gasto público para hospitales (con recursos de rentas generales). La agencia reguladora licita periódicamente el PCE para la población elegible que solicite el subsidio. Las entidades participantes licitan una cuota per cápita por categoría de riesgo (o descuento en relación con precios de referencia establecidos) indicando la cantidad máxima de individuos que absorberán.

Un último rasgo de la propuesta en esta parte es que no contempla ayuda financiera a las obras sociales a fin de prepararlas para el escenario de competencia propuesto. Tampoco se les da una reserva de mercado. En este sentido, resulta ser una crítica explícita al proyecto oficial y del Banco Mundial que destina la mayor parte de los recursos del crédito a la reconversión de las obras sociales. Con todo, lo que no se dice es cómo puede mantenerse el concepto de obra social una vez que se ha eliminado el sistema de aportes vigente. El proceso de fusiones, por su parte, que resulta ser también un concepto compartido con las propuestas discutidas anteriormente, se basa en un parámetro objetivo como es el número de beneficiarios. Las entidades de menos de 5 mil beneficiarios (60% del total) tendrán dos meses para fusionarse, o deberán cerrar. La redistribución de los afiliados se hará voluntariamente entre las entidades de similar recaudación per cápita. Mientras se cierran las entidades, los recursos los recibe la autoridad que paga directamente a los prestadores de servicios. Anunciada la reforma, las obras sociales deben ratificar su intención de participar en el nuevo esquema. Las que no lo hagan, recibirán el mismo tratamiento de las entidades con problemas.

A diferencia del proyecto de la CGT no hay relación aquí entre el proceso de fusiones con la capacidad de financiar un PMS, ni surge tampoco la necesidad de la concentración de las entidades de viabilidad operativa en el mercado como proponía el proyecto oficial. Se establece simplemente un consorcio mínimo (sin explicitar la metodología para

llegar al mismo) el que se considera suficiente para enfrentar el riesgo epidemiológico y financiero. Como las primas son libres, esto implica que el punto de equilibrio para las entidades pasará a depender de sus costos, en los que inciden las tasas de uso de la población beneficiaria. En la medida que esas tasas no se encuentren disponibles (sin ser ajustadas por los prestadores de servicios a sus prácticas de sobreprestación) y que los costos actuariales de las prestaciones no estén explicitados para las distintas regiones, entonces la cifra mínima de 5 mil beneficiarios parece haber sido originada externamente antes que constituir una variable determinada endógenamente.

La propuesta para el PAMI, presupone que hay que tomar en cuenta el desfinanciamiento de transferencias intergeneracionales por el envejecimiento poblacional, la necesidad de aumentar la competencia e incluirla en los precios, de permitir que los beneficiarios completen sus cuotas per cápita para obtener seguros más amplios, y la necesidad de eliminar los subsidios cruzados que se producen cuando una entidad obtiene financiamiento de sujetos activos y pasivos, siendo los primeros población cautiva. La reforma propone pasar del sistema de reparto a uno de capitalización, mediante el ahorro de las personas en su etapa activa para contratar un seguro en la pasividad. Cada persona será responsable por el financiamiento de su propio seguro. Las cuentas de capitalización quedarían en el sistema de las administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones, y la exigencia del seguro se limita a la contratación de un plan de cobertura tipo (PCT) similar al que brinda el PAMI en la actualidad. Se admiten aportes adicionales, y el titular elige libremente con quién contratar su seguro de salud.

La reforma plantea la creación de un fondo compensador que subsidie en base a una imposición sobre los salarios, los aportes de los trabajadores de más bajos ingresos. La regla, en principio, sería que el aporte obligatorio no supere el 3% del salario, en caso contrario el trabajador recibe un subsidio por la diferencia. De manera similar a la propuesta de reforma para las obras sociales, la imposición sobre los salarios se mantiene únicamente a los fines de conformar el fondo solidario compensador. Se elimina así el principio solidario de que los jóvenes financian a los más viejos, para pasar a ser sustituido por una transferencia de los segmentos activos de mayor nivel de ingresos a los de menor nivel salarial. El proyecto concluye con un esquema transicional. Todos los trabajadores a los que les resten dos o más años para el retiro,

deberán aportar a su cuenta de capitalización. El estado nacional reconocerá los aportes al PAMI suplementando la cuota per cápita requerida para acceder al PCT de rentas generales. El gasto público llega a cero en 55 años. Los beneficiarios actuales del PAMI o que les resten menos de dos años continuarán en el sistema de reparto, que hasta su desaparición se financiará con impuestos generales. El PAMI dejará su papel de asegurador para convertirse en una agencia encargada de licitar seguros de salud per cápita (o descuento sobre una cuota de referencia) en base a un PCT regional.

LAS PROPUESTAS COMPARADAS

Todas las propuestas de reforma fusionan las obras sociales, aunque el método para hacerlo es diferente. El segundo tema común es el programa médico obligatorio. También, la necesidad de automatizar la distribución de subsidios del fondo solidario y, finalmente, la necesidad de un marco regulatorio. Se reconoce así que los problemas que se deben solucionar son: disminuir la dispersión de los indicadores de las empresas aseguradoras, establecer un estándar mínimo explícito de solidaridad, proporcionar apoyo automático a las personas pobres, y estructurar una institucionalidad pública que controle los problemas operativos del mercado de la salud para proteger al consumidor.

Cuando el énfasis se coloca en las diferencias, la mayor distancia existe entre el proyecto del Banco Mundial y el de FIEL/CEA por un lado, sosteniendo la necesidad de mayor libertad y competencia, y el proyecto de la CGT, por el otro, que propone el esquema de la obra social sustituta y derogar todas las disposiciones existentes sobre libre elección dentro de las obras sociales del sistema de la ANSSAL. Tanto la propuesta del Banco Mundial como la de FIEL/CEA son propuestas de reformas orientadas hacia el mercado y la competencia. Estos enfoques competitivos de reforma tienen dos características centrales: por una parte, no eliminan la regulación de la atención de la salud y, por otra, exigen la reestructuración del papel del gobierno para establecer incentivos competitivos. En el caso del proyecto de la CGT el objetivo es diferente; pretende utilizar la regulación para eliminar las normas que propugnan la libre elección de obra social. Como el gobierno se ha basado en el proyecto de la CGT como antecedente para sus últimas resoluciones (decreto 492 y resolución del

PMO), y utiliza el financiamiento del Banco Mundial, esto parece sugerir que en algún momento el conflicto de objetivos será inevitable.

Por ahora, como se trata de repartir dinero para la reconversión de las obras sociales, todo parece fluir normalmente. El problema para el banco será que una vez transferidos la mayor parte de los recursos, será difícil hacer cumplir las exigencias manifestadas en las condiciones de una libre elección y una mayor competencia. A los efectos de evitar ese problema, las mayores exigencias debieron haberse establecido antes de los desembolsos, y no ahora cuando se ha comenzado condonando deuda y dando plata para pagar la reconversión de las obras a cambio de una promesa de mayor libertad futura. La matriz de condiciones fue débilmente estructurada, si los objetivos eran realmente una reforma de carácter competitivo. Adicionalmente y como fue sugerido antes, dado que el PMO dictado por el gobierno superó la restricción presupuestaria, entonces la libre elección requerirá una mayor cantidad de recursos que aquellos de que dispone el sistema en la actualidad. Esa situación contradice la idea de mantener a rajatabla el equilibrio financiero del sistema. En ese sentido, la única propuesta que parece ser factible es la de FIEL/CEA, pero ella requiere de una autonomía respecto de los sindicatos que el gobierno parece no tener. En dos palabras, un sistema de seguros en competencia y en general un enfoque competitivo de la reforma, comienza con la privatización de los propios aseguradores.

En seguida, existe una diferencia entre los tres proyectos sobre la forma de financiamiento del sistema. El Banco Mundial no dice nada explícitamente. Los decretos de aportes patronales revelan que la posición del gobierno es reducir su imposición al salario, pero que retrocede por presión sindical. Mantiene sin embargo la imposición al salario de carácter regresivo, donde el aporte resulta mayor que la cuota per cápita de salud que se paga al oferente de servicios. El proyecto de FIEL/CEA propone la eliminación de las imposiciones al salario y privatizar el gasto, salvo para el financiamiento del fondo de redistribución solidario. En el caso del PAMI, el actual sistema desaparece y es reemplazado por un seguro particular para la capitalización, y por rentas generales para el PAMI residual. De esta forma, la competencia surge no solo por la libre actuación de los seguros privados, sino por la libertad de las personas para canalizar sus recursos sin la imposición compulsiva de un tributo. En el caso del proyecto de la CGT, la determinación del programa médico obligatorio sin contemplar la restricción presupuestaria junto a la propuesta

de compensación financiera por la reducción de los aportes patronales, sugieren que la postura es la inversa. No solo mantener el nivel de financiamiento anterior, sino preparar el esquema institucional para seguir aumentándolo en el futuro. En dos palabras, el Banco Mundial nada dice de la imposición sobre el salario, FIEL/CEA lo elimina dejando un tributo para el fondo solidario, y la CGT pretende aumentarlo.

Finalmente, existen diferencias con respecto a la apertura del sistema. El Banco Mundial propone una apertura gradual a las entidades de medicina prepaga y otras organizaciones que operan en el mercado. Esta apertura gradual favorece a las obras sociales mediante la existencia de financiamiento para su reconversión, y por la garantía de una reserva de mercado. El proyecto de la CGT cierra todo el sistema a las obras sociales operando dentro de la ANSSAL. FIEL/CEA propone una libertad absoluta desde el inicio, criticando la posición de seguir dando recursos a las obras sociales, esta vez en el nombre de su reconversión mientras se les sigue otorgando la reserva de mercado. En definitiva, la comparación de las tres propuestas de reforma señala que solo dos de ellas tienen un enfoque competitivo (Arnould, Rich y White, 1993). En un contexto de globalización económica, la única salida coherente es la de FIEL/CEA. La propuesta del Banco Mundial promete competencia, pero no monta mecanismos consecuentes con ello. Parece improbable llegar a una reforma competitiva intentando hacer eficiente los seguros públicos y semipúblicos, para luego abrir el mercado. En el país, la experiencia de hacer eficientes las empresas públicas chocó en el pasado contra las lógicas particularistas que se instalan en ellas. No tiene por qué ser distinto con los seguros de salud, reconocidos como núcleos centrales de la corrupción en la Argentina. Si en cambio los objetivos latentes en este proyecto son los de endeudar al país para demostrar que no es posible hacer eficientes los seguros públicos y garantizar así la posterior legitimidad de la privatización de los mismos, entonces el propio proyecto es un despilfarro institucional, puesto que la inviabilidad se demuestra por sí en el solo patrimonio neto negativo y las deudas institucionales acumuladas.

7. CONCLUSIONES

El objetivo general de este trabajo ha sido analizar las transformaciones que están ocurriendo en el sector salud, las medidas recientes y las propuestas de reforma. Se quiso observar hasta qué punto las reformas son coherentes con la evolución morfológica del sector y las características salientes de la actual etapa institucional en que se encuentra. De las tres propuestas de reforma, dos tienen un enfoque competitivo y una tiende a ser incongruente con una economía abierta y con la necesidad de eliminar las distorsiones que existen en el factor trabajo dada la alta tributación sobre el salario. El gobierno ha optado por la más tibia de las reformas competitivas pero incorporándole medidas de la propuesta gremial, lo cual introduce contradicciones y dudas sobre su éxito en lograr mayor libertad y eficiencia en el sistema.

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

Lo que la evidencia parece sugerir es que la reforma de la economía con su componente de apertura ha permitido el aumento de la renovación tecnológica y la parcial neutralización de los rendimientos decrecientes producidos por la saturación de los mercados mediante la incorporación de procesos de diagnóstico de mejor calidad, lo que convierte los servicios ofrecidos en productos nuevos. Este efecto, sin embargo, parece corresponder al ciclo de actualización de la frontera tecnológica después de décadas de encierro económico. En ese sentido, el fenómeno actual medido por las tasas de aumento decreciente de bienes de capital

importados en el sector salud,⁴ sugiere más bien un proceso de nivelación con el mundo externo antes que una tendencia a revertir el proceso de saturación y su correspondiente ajuste defensivo por parte de los agentes a cargo de la oferta de servicios. Esto implica que la saturación se habrá de reponer en un nivel mayor de inversiones, con lo cual la agudización de la puja distributiva es un fenómeno que puede vislumbrarse en el horizonte actual del sector.

En cuanto a la demanda, se prestó atención a los problemas del sistema de seguro y la dinámica del gasto, a partir de la recaudación de las obras sociales y la elasticidad-ingreso del gasto privado, a fin de demostrar que la recaudación de los seguros semipúblicos y públicos ha alcanzado una meseta. Esto indica que no habrá por el lado de esas fuentes en el futuro la posibilidad de aumentar los recursos para permitir a toda nueva inversión un financiamiento adecuado. De esa forma aparece sobre el margen de rentabilidad un efecto triturador. Por un lado, la amortización de los equipos (bienes de capital) y la caída en la rotación media de las camas, y por el otro, el estancamiento de la demanda. Estos dos hechos preanuncian la potenciación de la puja distributiva y la contratación selectiva. Con el crecimiento de la oferta y la restricción presupuestaria del sector público —que impedirá cubrir con partidas fiscales las necesidades—, el sistema tenderá a ajustarse por el gasto de bolsillo, lo cual, dada su elasticidad-ingreso positiva y la distribución regresiva del ingreso que caracteriza a la fase de recuperación del ciclo económico, traerá también el aumento de la diferenciación social en el acceso. Habrá cirugía laparoscópica para pocos, y escasez de atención para muchos.

Dentro de los problemas se hizo notar específicamente que existen dificultades con la cobertura, la eficacia y la eficiencia. Esos problemas se deben entre otras razones al gran porcentaje de la población sin seguro, al poco desarrollo de la actividad privada de los seguros, al carácter cíclico del financiamiento basado en un criterio económico de pertenencia, a la ineficiencia institucional de las obras sociales del PAMI y de los seguros provinciales, a la falta de libertad para elegir y abandonar

4. Las tasas decrecientes de importación de bienes de capital en el sector salud parecen confirmarse en 1996. Los datos de los primeros dos meses del año indican que mientras el agro creció un 33%, la industria manufacturera un 1.8%, comunicaciones un 20.7%, y el resto sin clasificar un 15.2%, salud tuvo junto a minería, transporte y construcción una caída superior al 20% (Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, 1996).

seguros, a la falta de mecanismos que impidan la discontinuidad de la cobertura en actividades con mucha rotación de personal o durante períodos de rápida reconversión de la economía, a las malas medidas tomadas por el gobierno que discriminan contra ciertos grupos de la población y hacen precario el empleo, a la debilidad regulatoria, y a la carencia de *políticas sobre la oferta que conduce a una sobreinversión* que atenta contra su efecto poblacional por los rendimientos decrecientes.

Por otra parte, así como la estabilidad ha generado en el lado de la oferta la necesidad de adaptar su escala de producción y de competir incorporando tecnología, en el lado de la demanda le impidió a los seguros la licuación de deuda y puso de manifiesto su incapacidad de administrar el riesgo epidemiológico. El resultado ha sido la aparición de entidades que administran las cuotas de capitación y que convierten a las obras sociales en meras intermediarias financieras. En consecuencia, se ha desmantelado gran parte de la capacidad de internación hospitalaria propia de las obras sociales, y se han incorporado prácticas discriminatorias como los períodos de carencias y la *preexistencia de enfermedades* que son contrarias a la solidaridad. Así las cosas, todo indica que la intermediación crecerá en el futuro con su impacto negativo sobre los recursos que llegan a los prestadores de servicios. Habrá, en lo inmediato, una mayor canalización de personas hacia prestadores seleccionados y control de la utilización.

Desde el punto de vista de los prestadores de servicios la salida al dilema de vincular los aspectos financieros con los clínicos mediante nuevas formas de organización como las *health maintenance organizations* (HMO), no se puede concretar en el sistema de la ANSSAL por la legislación vigente. Por otro lado, las prácticas de revisión de la utilización junto a estructuras de incentivos que premian a los profesionales del sector médico con participación en los ahorros, si bien pueden reducir costos afectan negativamente a los consumidores. Existen en la literatura actual pruebas claras de que el mercado y la competencia no alcanzan por sí mismos mayores grados de equidad en salud (Fuchs, 1994; Arnould, Rich y White, 1993). En realidad, dada la concentración de los costos en un número relativamente pequeño de individuos, la práctica privada ha sido la de seleccionar riesgos, descremar el mercado y dejar sin cobertura *precisamente a quienes más la necesitan*, como las personas ancianas y enfermas. Esta es una de las razones por las que el fortalecimiento institucional del Estado y la existencia de un marco regulatorio, son

considerados en la actualidad prerequisites para el buen funcionamiento del mercado.

Si bien los juicios por mala praxis constituyen el mecanismo regulatorio que genera el propio mercado (Schwartz y Komesar, 1992), para el buen funcionamiento del mismo se requieren condiciones inexistentes en la Argentina, como niveles adecuados de retribución a los médicos y naturalmente la inexistencia de sobreoferta de abogados, junto a una justicia que responda inflexiblemente con la aplicación de sanciones cuando se tipifica la figura legal delictiva. Hoy, la Argentina es la negación de esas premisas. La profundización del proceso de acumulación de capital y la entrada de la lógica mercantil al sector salud, cambió todo. La respuesta de las políticas de salud a las fallas del mercado fue, durante décadas, centrada en un modelo profesional. La acreditación de las universidades o la certificación de la matrícula por los colegios médicos, aliviaron a las personas de tener que evaluar la capacidad de los médicos o su formación científica. Los códigos de ética de las asociaciones junto a las entidades sin fines de lucro fueron otra respuesta, que reemplazó los mecanismos de mercado por una autorregulación y una práctica destinada a resolver problemas de pérdida de salud antes que a la búsqueda de la maximización de la ganancia. Ese mundo desapareció. Si bien continúan los problemas derivados de las fallas del mercado, la sobreoferta en un contexto de mercantilización del sector ha minado aquellos mecanismos de control. Mientras la oferta de servicios de salud continúa privatizándose y el sector público disminuye su capacidad instalada, todo sugiere que no habrá soluciones al problema de los mercados mediante un sistema de pago único, como hace algunas décadas se quiso instalar en el país. No hay vuelta atrás. No hay en el futuro argentino algo así como un servicio de salud nacional, donde el Estado se haga cargo de la universalización de la cobertura. Ello pese a que los países desarrollados financian más de la mitad del gasto en salud desde el sector público (salvo los Estados Unidos). La Argentina por su parte continúa haciendo perder participación relativa al mismo. No solo debilita al Estado sino que también impide la creatividad de los seguros privados para aumentar la cobertura, mientras mantiene un sistema corrupto de seguros semipúblicos y públicos ineficiente y sin libertad. Si bien el futuro está llamado a tener un sector privado con mayor protagonismo que en el pasado, y donde la cuestión de la mezcla de los sectores público y privado será un problema central junto a la estructura de

incentivos competitiva al interior del propio sector público, todo indica que el camino elegido de privatizar el Estado y de institucionalizar la captura regulatoria (elaboración privada del marco regulatorio) no puede ser adecuado para evitar el posicionamiento de intereses particularistas dentro de lo público.

El cuadro de un contexto de mercados imperfectos, sobreoferta y saturación, junto a un deficiente sistema de seguros que genera desperdicio institucional de recursos, indica que la reforma requiere tanto cambios del lado de la oferta como de la demanda. Ello en un marco orientado hacia el mercado y la competencia. Estos enfoques competitivos para la reforma tienen la característica de requerir regulación, y por lo tanto la reestructuración del papel del gobierno para establecer incentivos a la competencia. El establecimiento de una estructura de incentivos significa, en algunos casos, la remoción de obstáculos legales para que los compradores de servicios o seguros de salud puedan ejercer su opción más agresivamente. En otros, hay que permitir nuevas formas de organización como agentes del seguro, lo que conlleva la modificación de algunos artículos de la normativa vigente. No menos importante será la puesta de límites a la acción anticompetencia de los proveedores.

La experiencia comparada sobre la evaluación del impacto de las reformas competitivas, es multifacética. Las estrategias para mejorar la eficiencia han demostrado el efecto recíproco que existe entre costo y acceso. La reducción de la sobreutilización resulta en menores gastos en atención y puede *potencialmente* incrementar el acceso a los servicios. El eliminar desperdicio, sin embargo, no redundará automáticamente en servicios para una mayor cantidad de personas *sino que puede conducir a una mayor rentabilidad, en cuyo caso se impone regular para que las ventajas de las nuevas formas de organización o de consumo racional de servicios sean transferidas a la población. En general, la evidencia parece indicar que a un nivel microeconómico, puede hacerse que los mercados de salud se comporten en forma parecida a otros mercados. Y que la reestructuración de los incentivos parece ser una herramienta poderosa para mejorar la eficiencia, aunque no resuelva los problemas de equidad. Por otro lado, si bien en los mercados donde existen múltiples proveedores de servicios las reformas resultaron en más competencia, en aquellos casos de estructura monopolista de mercado, las reformas no impidieron el comportamiento monopólico de estos. La conclusión final parece ser que si bien las reformas competitivas pueden funcionar y se*

puede avanzar en la resolución de las fallas del mercado, no existe sin embargo una única estrategia competitiva. Empero, la principal consecuencia de las reformas ha sido la reestructuración de la acción reguladora del gobierno en los mercados, y no su eliminación. En ciertos casos, las reformas competitivas pueden incrementar las demandas regulatorias sobre el gobierno al tiempo que iluminan problemas sobre cuestiones de distribución y de equidad.

Las lecciones para la Argentina de estas experiencias son valiosas, por varias razones. Primero, porque sugieren que el problema central consiste en reestructurar el mercado de los seguros para ampliar el acceso sin discontinuidad de la cobertura, y ello implica modificar la estructura de incentivos para el aumento de los seguros privados. El objetivo debe ser aumentar las opciones disponibles para los consumidores y permitir la selección de oportunidades de bajo costo, dentro de un marco regulatorio que impida la selección de riesgo. En algunos casos, el problema es de tipo impositivo y no específicamente referido a los mercados de salud. Entonces, resulta necesario dictar reglas fiscales comunes para todos los actores, eliminando por ejemplo el impuesto al valor agregado respecto a las compañías de seguro que en este sentido operan en desventaja frente a los seguros prepagos y las obras sociales, o al revés, imponer el tributo a todos los agentes del mercado, inclusive las obras sociales. Segundo, es preciso cambiar radicalmente la forma de funcionamiento de los seguros públicos y semipúblicos. No basta con apoyarlos para su desarrollo institucional y normalizar los desequilibrios del pasado mediante el pago de deuda o la racionalización del personal. Las empresas de salud que no consigan operar equilibradamente, deben quebrar como cualquier otra. La reforma debe establecer un sistema de reservas técnicas y legales además de otros indicadores preventivos (*early warning tests*), y la autoridad de aplicación debe ejecutar el mecanismo para que producido el caso de insuficiencia operativa desaparezca la organización, los beneficiarios puedan ser transferidos a otras entidades, y permanezcan los recursos respectivos.

Tercero, los seguros deben competir entre sí para atraer cotizantes, y estos no deben financiar su seguro con una imposición al salario, sino que deben financiarlo de su gasto de bolsillo. Proviengan de imposiciones al salario o del pago privado, los aportes deben ir a un fondo único el que redistribuirá las cuotas per cápita ajustadas por riesgo a las entidades elegidas por los consumidores. Esto impedirá la competencia basada

en las condiciones de salud de las personas, y la selección de riesgo. Por su parte los seguros deben competir para comprar los servicios de los prestadores, y estos deben estar en condiciones de competir para atraer a los seguros. Para que ese mecanismo sea eficaz es preciso establecer libertad a fin de evitar los problemas del tercer pagador, y en consecuencia poder vincular las cuestiones médicas a las financieras. Esto supone mayor libertad para la organización de la oferta que la existente ahora. Con este enfoque, la ley de seguro debería ser modificada para recrear una estructura de incentivos en el marco regulatorio que sea más adecuada a la competencia. Cuarto, parece conveniente montar mecanismos para afrontar los incentivos que mueven la conducta del consumidor. La compra de servicios de atención de la salud importa una curva de demanda con pendiente negativa, y la atención de la salud no puede ser considerada enteramente como un bien público. Es, en todo caso, un bien ambivalente que debe ser pagado por quien recibe la atención. En ese sentido, el PMO reciente que establece topes para la participación del consumidor en afrontar los costos ha sido una muy imperfecta forma de reconocer este hecho.

Quinto, la reforma en la Argentina se ha concentrado exclusivamente en aspectos de financiamiento de la demanda. Esto es insuficiente y hasta puede ser inoperante. Es preciso pensar la reforma desde el punto de vista de la oferta, ya que no hay por ahora ninguna reforma que esté proponiendo una efectiva acción contra el monopolio o el oligopsonio. Sexto, en la Argentina parece estar ocurriendo una reforma de parches (*piecemeal*) centrada en experiencias parciales, y que involucra cambios en las modalidades de pago con lo cual se pretende introducir eficiencia en forma indirecta. La fijación de cuotas per cápita diferenciadas por edad, es un ejemplo. Una reforma orientada a generar y divulgar información, es algo que debe ser implementado inmediatamente. No solamente hay que saber cuántos accidentes de tránsito producen la muerte de personas, sino también las probabilidades diferenciales de morir o sufrir complicaciones en base a la atención en ciertos lugares, o bajo el financiamiento de ciertos seguros que son los que empiezan a ejercer la competencia. Séptimo, es necesario generar reglas que permitan transferir a los consumidores los beneficios de la competencia, el progreso técnico y la reducción de costos. Octavo, un sistema más eficiente debe permitir reducir los problemas de cobertura y acceso. Las rentas generales deben financiar a los pobres, o se debe implementar un mecanismo

como el propuesto por HII/CEA de dejar únicamente la imposición al salario para financiar a los que no pueden pagar el seguro.

En el Congreso Internacional de Financiamiento de la Salud en Chile (CEPAL, 1996), Daniel Titelman llamó la atención sobre los lugares comunes de las reformas en salud. Sobre la necesidad de reformar los sistemas para enfrentar la transición epidemiológica, la cobertura de riesgos y la ampliación de la cobertura con cambio tecnológico y recursos escasos. Urgió a pensar la especificidad del mercado y del Estado en salud. A definir si la salud es un bien transable en el mercado, o si requiere un tratamiento ad hoc puesto que en uno y otro caso requieren diferentes políticas públicas. Recordó las especificidades que hacen de la salud un área particularmente complicada de administrar: la incertidumbre de la enfermedad y la selección adversa, el sobreuse del sistema dado el tercer pagador (riesgo moral), el estímulo a la exclusión y la inflación de costos, la asimetría de la información, el poder cuasi monopólico de la oferta y la correspondiente generación de ineficiencias, los bienes públicos y la necesidad de que el Estado se haga cargo con intervenciones de costo eficaz en la protección de los sectores más vulnerables. Señaló asimismo el economista de la CEPAL que, a diferencia de los años 70 y 80, no se discute hoy la privatización sino cómo se combina lo público y lo privado: cómo conseguir mezclas eficientes. Finalmente, recordó la necesidad de reconocer que los mercados son complejos y sofisticados y requieren también una regulación acorde con ello.

En la Argentina no se ha tomado debida nota de esas pautas. Los hechos no caminan en la dirección de bajar el nivel de las fallas del mercado. La retórica de eliminar la cautividad en la afiliación generó un proceso de asociación de obras sociales que refuerza su poder oligopsónico, con lo cual las imperfecciones del mercado crecen en vez de desaparecer. Por otro lado, si bien se ha desregulado a los prestadores de servicios induciéndolos a su estratificación entre los que tienen y no tienen capital, no se ha impedido la conformación de frentes oligopólicos. La reforma en ese sentido ha iniciado un proceso de declinación del artesano independiente para establecer papeles económicos en la práctica sanitaria de empresarios médicos y médicos asalariados, que tiene su correlato en la declinación de las asociaciones médicas y el crecimiento en importancia de las asociaciones de clínicas y sanatorios. En ese contexto, el papel del Estado debería orientarse hacia la redefinición de la estructura de incentivos competitiva dando mayor libertad de organización,

eliminando el gravamen al salario, controlando a las entidades, difundiendo información sobre sus procesos y resultados, eliminando la distorsión que existe en el mercado de seguros, generando las mismas posibilidades de desarrollo para el sector privado que para las obras sociales, aplicando la legislación antimonopolios, y dando juridicidad a las administradoras de prestaciones, entre otras iniciativas.

En la actualidad, no solamente los ejes de la reforma no están definidos con la profundidad necesaria, sino que desde la óptica del poder regulatorio el país se encuentra en una situación de alta vulnerabilidad, dada la debilidad de las instituciones que deben aplicar las normas existentes. Esto puede llevar al agravamiento de las distorsiones de los mercados sin la contrapartida de un ente contralor capaz de evitar prácticas colusivas. El gobierno debería recordar que las reformas competitivas—donde los mercados tienen menores imperfecciones—fomentan la eficiencia a través de una mayor competencia. Cuando las formas del mercado se vuelven oligopólicas, en cambio, la reforma no consigue cambiar la situación. Así las cosas, los cambios que están ocurriendo en la Argentina podrían llevar al surgimiento de imperfecciones del mercado de tal magnitud que en un contexto de debilidad regulatoria los resultados sean opuestos a los buscados. En suma, lo que se precisa en la actualidad son tres cosas: primero, mayor competencia; segundo, un marco regulatorio concordante con el juego colusivo del oligopolio; y tercero, el fortalecimiento de la institucionalidad pública para la ejecución universal y efectiva de las normas.

BIBLIOGRAFÍA

Ámbito financiero (1997), 7 de julio.

Arnoul, Richard, Robert Rich y William White (1993), *Competitive Approaches to Health Care Reform*, Washington, D.C., The Urban Institute Press.

Banco Mundial (1996), *Report and Recommendation of the President of the International Bank for Reconstruction and Development to the Executive Directors on Proposed Health Insurance Reform Loans to the Argentine Republic*, inédito.

COSSPRA (Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina) (1993), "Boletín informativo".

CEA/FIEL (Consejo Empresario Argentino/Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas) (1995), "El sistema de seguridad social. Una propuesta de reforma", Buenos Aires, noviembre.

- Dirección de Bioestadísticas / Departamento de Estadísticas e Informática / Programa Estadísticas de Salud, "Serie cronológica hospitalaria años 1989 a 1994", Mendoza.
- Fuchs, Víctor (1994), *The Future of Health Policy*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Hall, Mark (1994), *Reforming Private Health Insurance*, Washington, D.C., American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Hayek, Friedrich (1946), *La teoría pura del capital*, Madrid, Aguilar M.
- (1976), *Camino de servidumbre*, Madrid, Alianza Editorial.
- Jacobs, Philip (1991), *The Economics of Health Care*, Maryland, Aspen Publishers.
- Jouval, Henri, "Argentina 1990-1993", carta circular de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Argentina.
- Katz, Jorge (1995), "Salud, innovación tecnológica y marco regulatorio: un comentario sobre el informe del Banco Mundial 'Invertir en salud'", *Desarrollo económico*, vol. 35, N° 138, julio-septiembre.
- Katz, Jorge y Alberto Muñoz (1988), "Organización y comportamiento de los mercados prestadores de servicios de salud: reflexiones sobre el caso argentino", *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)*, N° 1, Buenos Aires.
- Lu Ann, Aday y otros (1993), *Evaluating the Medical Care System. Effectiveness, Efficiency, and Equity*, Michigan, Health Administration Press.
- Martínez, Héctor (1995), "Sistema de atención médica nacional", Rosario, Presidencia de Full Medicine S.A., inédito.
- Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, Informe económico, Secretaría de Programación Económica, publicaciones trimestrales de 1994, 1995 y primer trimestre de 1996.
- (1995), *PAME: diagnóstico y perspectivas*, Buenos Aires, julio.
- (1994) *Obras sociales*, Buenos Aires, Subsecretaría de Economía Laboral y Social, diciembre.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1995), *Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina, 1995*, Buenos Aires, Secretaría de Salud, Estadística de Salud.
- , *Proyecto de reforma el sector salud*, Documento N° 1, PRESSAL, Buenos Aires.
- Paiz, Alfredo (1995), *Auditoría médica*, Buenos Aires, Ediciones La Rocca.
- Rodríguez del Pozo, Pablo (1995), "Personalidad de las obras sociales y agentes del seguro de salud: su encuadramiento doctrinal como personas de derecho público no estatal".
- Sagan, Leonard (1987), *The Health of Nations. True Causes of Sickness and Well Being*, Nueva York, Basic Books.

- Saltman, Richard y Casten von Otter (1994), *Mercados planificados y competencia pública*, Barcelona, SG Editores.
- Schwartz, William y Neil Komesar (1992), "Los médicos, los daños y la disuasión: una visión económica de la práctica médica errónea", *Un análisis del gasto y las políticas gubernamentales*, Robert Haverman y Julius Margolis (comps.), México, D.F., Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Secretaría de Empleo y Formación Profesional (1996), *Obras sociales*, Buenos Aires, marzo.
- Tafani, Roberto (1996), *Globalización, sobreoferta y debilidad regulatoria: el sector salud en tiempos de reforma*, Río Cuarto, Universidad Nacional de Río Cuarto.
- (1995), "Escenario y restricciones para un programa médico obligatorio en Argentina", *Medicina y sociedad*, vol.18, N° 4, octubre-diciembre.
- (1995), "Desfinanciamiento y sobreoferta en salud", *Revista de economía*, N° 76, Banco de la Provincia de Córdoba, enero-marzo.
- (1993), "Racionalidades institucionales en el sector salud", *Revista de la Escuela de Salud Pública*, Córdoba.
- (1977), "Los riesgos de la desregulación sin apertura", *Medicina y sociedad*, vol. 1, primer trimestre.
- Vargas de Flood, Cristina (1996), "Gasto y financiamiento en salud en Argentina", documento presentado en el Congreso Internacional de Financiamiento de la Salud, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Vargas de Flood, Cristina y otros (1994), *El gasto público social y su impacto redistributivo*, Buenos Aires, Secretaría de Programación Económica, Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos.
- Villosio, Javier (1996), "Consejo Provincial de Salud Pública", Río Negro, inédito.
- White, Joseph (1995), *Competing Solutions American Health Care Proposals and International Experience*, Washington, D.C., The Brookings Institution.
- Zook, Christopher, Francis Moore y Richard Seckhauser (1992), "El seguro catastrófico de la atención médica: una prescripción errada?", *Un análisis del gasto y las políticas gubernamentales*, Robert Haverman y Julius Margolis (comps.), México, D.F., Fondo de Cultura Económica (FCE).