



**Centro de Estudios de Estado y Sociedad**

---

**SEMINARIO IV – NOVIEMBRE 2005**

**Susana Belmartino<sup>1</sup>**

**LA ATENCIÓN MÉDICA EN ARGENTINA.  
HISTORIA, CRISIS Y NUEVO DISEÑO INSTITUCIONAL<sup>2</sup>**

***Con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud***

---

<sup>1</sup> Dra. en Historia, Docente e Investigadora de la Universidad Nacional de Rosario.

<sup>2</sup> Documento de trabajo preparado para su discusión en el *Ciclo de Seminarios Salud y Política Pública, 2005*, coordinado por Daniel Maceira en el CEDES, Buenos Aires, 10 de noviembre de 2005.

---

## La atención médica en Argentina. Historia, crisis y nuevo diseño institucional

### Introducción

El Sistema de Seguridad Social Médica (SSSM) en Argentina atravesó en los últimos veinte años una crisis de sus formas organizativas y sus posibilidades financieras que acompañó con su propio ritmo y sus particulares contradicciones las condiciones de crisis social, económica, cultural y política que el país debió enfrentar en los últimos años '80 y, poco más tarde, en los últimos '90. En el intermedio de esas dos coyunturas se generó un intento de cambio institucional orientado a superar las distorsiones que la provisión de atención médica había acumulado a lo largo de su desarrollo en las décadas centrales del siglo XX, en paralelo a la reconversión de los mercados y las transformaciones de la actividad estatal producidas a nivel macro social.

El paralelo entre ambas esferas, sin embargo, se limita a la cronología de emergencia del agotamiento de las formas institucionales y organizativas previas y a la profundidad de los cambios ocurridos. Ponderar el efecto de esos cambios en el sistema de servicios de atención médica por el contrario requiere un análisis cuidadoso y un diagnóstico complejo.

En mis hipótesis de trabajo tanto la explicación de la génesis y condiciones de la crisis que se hizo evidente en el SSSM en los años 80 como de las estrategias puestas en marcha por los actores sociales y estatales con capacidad de incidir en su reformulación requiere el análisis de procesos históricos de largo plazo. A recuperar esos procesos se orientan los contenidos del libro del que este *paper* constituye un avance.

En ese texto propongo una periodización del desarrollo de la atención médica a lo largo del siglo XX fundada en la identificación de tres regímenes de regulación de sus organizaciones. En cada uno de ellos identifico una determinada *trama institucional*, con vigencia a lo largo de períodos relativamente estables, interrumpidos por coyunturas de crisis que inducen el rediseño de las instituciones y la reconversión organizativa.

En cada uno de los sucesivos momentos de estabilidad, identifico las organizaciones dedicadas al financiamiento y provisión de atención médica, las ideas y representaciones que alimentan las estrategias de los diversos agentes involucrados en su operatoria, y la forma en que operan las agencias estatales responsables de su regulación. El objetivo es reconstruir la compleja interacción entre actores sociales y actores estatales que a través del proceso histórico define el conjunto de normas encargadas de regular las relaciones identificables en los servicios de atención médica: entre organizaciones financiadoras y proveedoras, entre población y financiadores, entre proveedores de atención y pacientes a su cargo.

El título del libro sintetiza mis prioridades de reordenamiento de la materia histórica bajo estudio. La fórmula *Instituciones y Procesos* explicita las bases de una estrategia interpretativa. Abordo las Instituciones como reglas de juego, conforme la acertada fórmula de Douglass North,<sup>3</sup> y reconstruyo los procesos que llevan a la definición de esas reglas –tanto explícitas como implícitas– y a la construcción de organizaciones normadas por ellas. Identifico en las organizaciones del sistema las prácticas de múltiples agentes que en su accionar cotidiano actualizan esas reglas de juego, aceptándolas, cuestionándolas, adjudicándoles valor en función de sus ideologías o intereses, a la vez que se involucran en conflictos por su fortalecimiento o vaciamiento a partir de sus propias estrategias de afirmación y competencia.

También me ocupo de precisar las representaciones que construyen tales agentes en relación a su posición en el sistema de servicios y en la sociedad en la que dicho sistema se inserta.

---

<sup>3</sup> Douglass North, *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México: FCE, 1990.

---

Representaciones sobre las que sustentan relaciones recíprocas y dan contenido a las demandas canalizadas hacia el estado.

En esa dinámica reconozco períodos a lo largo de los cuales un determinado conjunto de reglas evidencia un proceso de emergencia, consolidación y agotamiento, y períodos en los cuales se desarrollan procesos –históricos, de final abierto, caracterizados por el conflicto entre agentes con perspectivas diferentes sobre las características del nuevo diseño institucional– que llevan a la institucionalización de nuevas reglas y al consiguiente cambio de las modalidades de organización.

El objeto de este *paper* es proporcionar una síntesis estilizada de los procesos bajo análisis, ordenada a partir de una serie de hipótesis de trabajo. Comenzaré por describir las condiciones de crisis presentes en los años 80 que conducirían a la reformulación del sistema en la década subsiguiente, proceso identificable a nivel planetario y reconocido entre especialistas en términos de *reforma sectorial* o *reforma de la atención médica*. Me concentraré en la información que sustenta la hipótesis de un cambio de régimen y da cuenta de la afirmación de una nueva trama institucional caracterizada por una débil presencia reguladora del estado y el predominio en el diseño de las nuevas reglas de juego de los actores y agentes identificables en los niveles meso del sistema, protagonistas de las relaciones entre financiadores y proveedores de atención médica. Una vez caracterizado el escenario de los años 90 intentaré un recorrido hacia atrás en el tiempo a través de hipótesis que sintetizan los principales procesos históricos recuperados en los primeros capítulos del libro que nos ocupa.

### La crisis de los años 80

A diferencia del proceso de cambio institucional previo a los años 40, el agotamiento del régimen de regulación que se define a partir de esa coyuntura no se manifestó a través de una crisis de financiamiento. Cuando ésta se produjo, y adquirió dimensiones de catástrofe con la hiperinflación de 1989, la pérdida de legitimidad de las formas organizativas del sistema de obras sociales era reconocida por múltiples agentes. En mi hipótesis ese déficit de legitimidad tenía su origen en la débil ingerencia del estado sobre las relaciones entre los agentes con protagonismo en ese sistema y la utilización clientelista de los mecanismos de redistribución interna de recursos instituidos por la ley 18610. Por esa vía se generaban distorsiones que estaban en la base de su deslegitimación y a la vez autorizaban la violación sistemática de las reglas vigentes por parte de aquellos agentes con capacidad de colocar su interés particular por encima de la sustentabilidad del conjunto.

En efecto, la ley 18610 no sólo generalizó un sistema de obras sociales connotado por la fragmentación y heterogeneidad de organizaciones con muy diferente capacidad de cobertura del riesgo de enfermedad, también consolidó un déficit de autoridad resultante del desinterés o la impotencia del estado para regular sus vínculos con profesionales y sanatorios. Los conflictos entre las organizaciones de cobertura (mutualidades y obras sociales) y aquellas que representaban a los prestadores se habían potenciado con posterioridad a la caída del gobierno peronista en torno a las modalidades del trabajo profesional y la determinación de sus honorarios. La agencia estatal encargada por la ley de la regulación y control del sistema, el INOS, abdica de su función de regulación y control y las corporaciones sectoriales –CGT, COMRA y CONFELISA– constituyen en el mecanismo de arbitraje institucionalizado en esa agencia estatal el principal espacio de regulación del SSSM.

Pasadas las primeras convulsiones, derivadas del enfrentamiento por definir las reglas que garantizarían la preservación de los intereses sectoriales comprometidos, la prosperidad que facilitó la afirmación de este esquema de acuerdos en los años 70 condujo a la consolidación de un sistema basado en lo que en trabajos anteriores he caracterizado como un *pacto corporativo*.

La perduración de este *pacto constitutivo* podría vincularse a su carácter *no institucionalizado*, ya que la consiguiente falta de posibilidad de sanción a su incumplimiento permite a las corporaciones que lo integran introducir nuevas interpretaciones de los derechos y deberes recíprocos cuando sus intereses así lo aconsejan. La tensión en el interior del acuerdo se hace así permanente, pero sólo en los últimos años '80 adquiere característica que estimulan su ruptura.

En función de presentar sintéticamente las reglas de juego resultantes, cabe señalar que en el régimen que se consolida con la sanción de la ley 18610, la profesión médica logró imponer los principios que históricamente defendiera como fundamentos ético-técnicos de su eficacia en el desempeño de la función de cura: *libertad de elección del médico por el paciente, libertad de prescripción, remuneración por acto médico*. A esta enumeración tradicional se había agregado -en la etapa de conflicto con las obras sociales por el control de ese mercado de trabajo- una nueva premisa: *el derecho exclusivo de las asociaciones profesionales al control de las condiciones éticas y técnico científicas de la práctica de sus miembros*. Incluso el cuestionamiento del movimiento gremial médico a las modalidades de pago establecidas en la ley 19710/72, que incluían formas alternativas a la única reconocida como legítima por los profesionales, se supera sin modificar los términos de la legislación. Tales formas alternativas, simplemente, tendrán una presencia muy limitada en los futuros contratos.

Si se consideran los aspectos regulatorios de la organización de servicios, por consiguiente, puede señalarse como característica del régimen vigente entre los años '60 y los '80, el dominio de la profesión médica en prácticamente todos los niveles de actividad: las normas generales elaboradas por el estado para hacer frente a las necesidades de salud/enfermedad de la población, la organización de servicios de todo tipo, la formación del personal médico y paramédico, sus formas de contratación, condiciones de trabajo y remuneración.

Estas nuevas atribuciones de regulación a nivel macro se suman a las tradicionalmente ejercidas por los profesionales en el espacio micro, propio del ejercicio de su práctica individual. El diagnóstico de las necesidades y la decisión en torno a los recursos necesarios para resolverlas, los contenidos de la prescripción y las modalidades de seguimiento no estarán sometidos a ningún tipo de regulación o control directos. Las normas fundadas en un particular conocimiento científico se suponen incorporadas por el profesional en su etapa de formación y *necesariamente* excluidas de supervisión, no en virtud de derechos intrínsecos a la condición profesional, sino como única garantía de eficacia del vínculo terapéutico así constituido.

Las formas organizativas de los servicios de atención médica difundidas a partir de los años 60 y consolidadas en los 70 se conformaron en función de esa doble capacidad de establecer reglas en manos de los profesionales. Si bien hasta aquí me ocupé de la identificación de la regulación efectivamente aplicada, un diagnóstico integral de la cuestión hace necesario el reconocimiento de aspectos significativos para la sustentabilidad del SSSM que operaron sin regulación efectiva, librados a la discrecionalidad de los agentes involucrados.

El desenvolvimiento posterior del sistema puso en evidencia la existencia de un área donde la regulación y el control hubieran sido necesarios, vinculada a la gestión de los contratos, función que en teoría debían estar bajo la autoridad a cargo de la instancia de concertación. (INOS/ANSSAL) En esta esfera, la regulación -necesariamente asociada con la supervisión de la libertad de prescripción garantizada a los profesionales- podría haberse ejercido a través de algunos indicadores de utilización que proporcionarían información sobre el equilibrio existente entre necesidades, demanda y producción de servicios. Esa función, que podía haber estado a cargo tanto de las corporaciones que representaban a la oferta y se hacían garantes del cumplimiento de los contratos, como de las obras sociales, responsables ante sus beneficiarios de la administración de los recursos a su cargo, o incluso del estado como responsable en última instancia de la operatoria del SSSM, no se efectivizó en ningún nivel.

En paralelo, el control de la profesión sobre posibles conductas violatorias de la ética por parte sus miembros, que constituyera uno de los fundamentos de su reivindicación de autonomía desde los años 30/40, se fue paulatinamente debilitando como consecuencia de diferentes factores, algunos de ellos directamente asociados con la prosperidad resultante de la ampliación del financiamiento de la cobertura de las obras sociales a partir de la ley 18610 y la política de indexación de los aranceles que se aplicó bajo la dictadura militar.

La principal manifestación de ese debilitamiento fue la despreocupación por el control de las conductas prescriptivas de sus miembros por parte de las asociaciones profesionales en tanto intermediarias de la facturación y cobro a las obras sociales de la atención proporcionada. Las prácticas individuales de *sobre facturación* o *sobre prestación*, que sólo podían ser detectadas en esa instancia, no son sancionadas.

El segundo factor involucrado fue un proceso de especialización creciente, que progresivamente se asocia con la utilización de tecnología diagnóstica de eficacia no siempre suficientemente comprobada. El desarrollo de subespecialidades vinculadas a la utilización de aparatología y el protagonismo que adquiere esa utilización en el proceso de atención y en la práctica prescriptiva de los profesionales -en condiciones de inexistencia de normas destinadas a regular su introducción y utilización, a lo que se suma el derecho reconocido al paciente de ingresar al sistema de servicios por cualquiera de sus niveles de complejidad- tendrá como consecuencia un fenómeno de costos en aumento y los consiguientes desequilibrios financieros que las obras sociales comenzarán a reconocer en el mediano plazo.

En el transcurso de una década se verifica una muy importante expansión de la capacidad instalada privada, medida en número de profesionales, instalaciones sanatoriales e incorporación de tecnología. El fenómeno es reconocido en la bibliografía internacional como una de las distorsiones presentes en los sistemas de atención médica y caracterizado como *demandas inducidas por la oferta*. El incremento de especialidades y especialistas, camas sanatoriales y aparatología compleja estimula el aumento de una demanda no siempre vinculada con las necesidades del paciente.

El mecanismo conduce a dos posibles resultados: la crisis financiera de las organizaciones de cobertura, que deben asumir costos crecientes del sistema con recursos por definición limitados o bien la *saturación de la oferta*, reconocible en el punto en que la capacidad instalada de atención supera en exceso la demanda solvente, es decir aquella dotada de capacidad de pago individual o proveniente de una cobertura de seguro privado o seguro social. Los dos procesos se verifican en el caso argentino: una recurrente crisis financiera de las obras sociales cubre los años 80 y las condiciones de saturación de la oferta sanatorial conducirán en determinadas áreas hacia el fin de esa década al abandono por parte de algunos sanatorios del mercado protegido a través de la respectiva corporación y la búsqueda de nuevas formas de contratación con las obras sociales.

También inciden en el fenómeno de costos crecientes el precio y las condiciones particulares de la oferta de medicamentos. El estado demuestra poca posibilidad de controlar las condiciones de producción y comercialización de la industria farmacéutica, las corporaciones profesionales rechazan la incorporación de un vademécum y el profesional en su consultorio construye una relación cordial con el visitador médico, que en parte suple su frecuentemente débil formación en farmacología.

El nomenclador de prestaciones resulta también responsabilizado de introducir desincentivos a la práctica clínica y estimular la asociada a utilización de tecnología en función de los mayores aranceles asignados a esta última. La cuestión es reconocida en los primeros años del gobierno de Raúl Alfonsín por su Ministro de Salud, Aldo Neri, que dispone la introducción de cambios en los aranceles orientados revertir esa tendencia. El impacto de esa medida no ha sido evaluado. Sin embargo, es probable que

---

fuera rápidamente superado por una adecuación de las modalidades de facturación que permitiera a los profesionales seguir autorregulando sus ingresos.<sup>4</sup>

Indicios adicionales de la deslegitimación del SSSM y el insuficiente control del INOS pueden ubicarse en la falta de información sobre cobertura efectivamente brindada a sus beneficiarios, la utilización de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución en violación directa de las normas que instituyeron su creación, el incumplimiento por parte de las obras sociales de la transferencia de recursos a dicho fondo.

En el mismo sentido pueden interpretarse algunas actitudes individuales y grupales de los profesionales encargados de proporcionar atención. En primer lugar, puede hacerse referencia a la introducción del cobro al paciente de un pago adicional -identificado como *plus*- en el momento de la atención. Esa nueva barrera a la atención para los beneficiarios de menores ingresos se generalizaría a partir de 1985. Originariamente se trató de una actitud desaprobada por las organizaciones gremiales y puesta en práctica a título puramente individual; posteriormente se convirtió en un recurso generalizado para reparar la caída de los honorarios establecidos por el INOS. Recursos como el plus o la limitación de horas de consulta dedicadas a pacientes de obras sociales pusieron de manifiesto la creciente desconfianza en la capacidad de las obras sociales para continuar financiando la modalidad de práctica generalizada, sin embargo, no implicaban por sí mismos una ruptura del sistema aunque contribuyeran decididamente a la pérdida de legitimidad del mismo y al incremento de la desigualdad en el acceso a la atención. Por el contrario, la actitud de determinados grupos de especialistas, como los anestesiólogos y urólogos en algunas provincias, que optaron por cortar todo tipo de relación contractual con las obras sociales exigiendo a los pacientes el pago directo de sus servicios, implicó un explícito rechazo a las reglas de juego vigentes y un nuevo límite al acceso a la atención por parte de la población beneficiaria.

Estas manifestaciones de disconformidad con las pautas retributivas del sistema han adquirido, por consiguiente, una dinámica que permite plantear como hipótesis que, más que una respuesta individual o grupal a situaciones puramente coyunturales, expresan una crisis de los valores que lo sustentan, una puesta en cuestión de sus reglas constitutivas. En efecto, la defensa del modelo profesional múltiple, tal como se desarrolló en nuestro país, se basó tradicionalmente en las virtudes del pluralismo y el reforzamiento de las instituciones intermedias, respaldados por la confianza en que sería posible corregir las deficiencias que llevaban a la desigualdad en el acceso a la atención sin sacrificar esas bases organizativas.

Este tipo de limitaciones condujo de manera paulatina a dos modalidades de *salida* para la población afectada. El sector con mayor capacidad de pago optó por contratar una cobertura alternativa ya fuera en alguna mutualidad ya a través de una modalidad de seguro privado que había comenzado a difundirse a partir de los años 60: las *empresas de medicina prepaga*. Los que no estaban en condiciones de solventar ese costo adicional engrosaron las filas de indigentes obligados a acudir a los empobrecidos servicios propios del subsistema público.

---

<sup>4</sup> No existe información que permita calcular el aumento del gasto por parte de las obras sociales para la totalidad del sistema o bien para algún segmento que pueda considerarse representativo en las décadas que siguen a la sanción de la ley 18610. Como un indicador parcial de ese incremento es posible considerar la cantidad de *galenos* facturados por una entidad gremial médica entre 1981 y 1988. El galeno fue la unidad de medida utilizada para indexar los valores asignados a honorarios profesionales, su utilización permite por consiguiente facilitar la comparación sin necesidad de convertir a valores constantes. Para una lectura correcta del monto total facturado hay que tener en cuenta, sin embargo, que el número de galenos adjudicados a la consulta se duplicó en 1986 y que la facturación por consulta alcanzaba, de manera más o menos constante, a un 40% del total. El aumento total a lo largo del período llega al 303%. Haciendo una corrección aproximada, el aumento de la demanda de consultas y prácticas habría sido en esos mismos años de un 223%. Esta clara tendencia de aumento de la demanda de cobertura se vio interrumpida en 1989 en paralelo con el deterioro de la situación económica general. (S. Belmartino, C. Bloch, M.I. Carnino. El sector salud en la ciudad de Rosario. En: Jorge Katz y colaboradores. *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1993: 271-328)

## La definición de nuevas reglas de juego

Algunos analistas colocan el origen de la crisis financiera del SSSM en los cambios en el mercado de trabajo que se generan a partir de los últimos años 70 y la consiguiente disminución del número de beneficiarios y recursos *per capita*. Aunque no es posible negar esos cambios, ni su influencia en la desfinanciación del sistema, existe información suficiente para ubicar buena parte de la responsabilidad en la crisis de las obras sociales sobre los mecanismos de gestión de sus conducciones, la resistencia a reducir los gastos administrativos, el desvío de fondos a usos no vinculados a su función específica, la práctica generalizada de esperar que la inflación licuara las deudas contraídas con los prestadores sin introducir mecanismos de gestión que permitieran racionalizar la provisión de servicios.

Por el lado de la oferta es evidente que la disminución de la capacidad de pago de la demanda no estimuló un ajuste ordenado por parte de los proveedores. Por el contrario, se exacerbó la competencia por la captación de los recursos volcados al sistema en los tres grandes mercados en los que estaba organizada la oferta: servicios médicos, servicios sanatoriales, medicamentos. Esta dinámica ha sido analizada por Katz y Muñoz, en términos de *puja distributiva*, concretada en conductas de los diferentes agentes proveedores en estos mercados fragmentados e imperfectamente competitivos, que enfrentan las restricciones financieras a través de acciones de dudosa legitimidad destinadas a captar recursos relativamente móviles – sobreprestación y sobrefacturación en consultas y prácticas, aumentos no justificados en precios de medicamentos, sobrefacturación de insumos, tasas de cirugía anormalmente elevadas, cobro de plus, etc. En consecuencia, concluyen estos autores, es el conflicto distributivo y no las necesidades médico-asistenciales de la población lo que está determinando las pautas de funcionamiento del mercado de la salud, ante la creciente falta de capacidad regulatoria por parte de la autoridad pública.

Como ya anticipé, el escenario de hiperinflación de los años 89 y 90 estimuló en diferentes actores sociales y estatales involucrados en el SSSM un consenso relativamente generalizado sobre la necesidad de transformaciones de las formas organizativas dominantes. La asignación de responsabilidades y las estrategias de cambio propuestas, sin embargo, diferían de manera sensible. Recién a partir de las crisis hiperinflacionarias de 1989/90 y el nuevo escenario económico generado por el éxito del Plan de Convertibilidad los representantes de la oferta y demanda de servicios comenzarán – dificultosa y conflictivamente – a reconocer la necesidad de reformular las reglas de juego que ordenaban sus interacciones.

En el marco regulatorio vigente hasta los 80 el predominio de las relaciones inscriptas en el pacto corporativo facilitó el surgimiento de organizaciones que se afirmaron sin ningún tipo de control o supervisión estatal. Cuando la crisis financiera estimule a los agentes con mayor presencia en el mercado a abandonar los contratos firmados por las corporaciones que los representan, el protagonismo en la definición de las reglas de juego se traslada a un nivel intermedio definido por las relaciones entre financiadores y proveedores, ubicado fundamentalmente en el espacio provincial o local.

Por ese camino se generan en el corto plazo algunas modificaciones significativas en la relación entre financiadores y proveedores del SSSM. La principal de ellas fue la desregulación de los contratos anteriormente pactados entre las confederaciones representantes de la oferta y las obras sociales, y la formulación de nuevos convenios que reemplazaban los tradicionales mecanismos de libre elección del profesional y pago por prestación por estrategias de selección de proveedores y pagos globalizados, modulados o capitados<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> La denominación “contrato de riesgo” remite directamente a las nuevas reglas de juego que se generan como consecuencia del cambio en la forma de pago. La remuneración capitada, consistente en un pago preestablecido, por beneficiario, por mes, a la entidad que se hace responsable de la provisión de los servicios, transfiere a la oferta i) el riesgo

Esas nuevas formas contractuales fueron vistas como una *oportunidad* de ingresar al mercado o de mejorar su posicionamiento en el mismo por parte de dos importantes conjuntos de agentes: i) las nuevas organizaciones empresarias conocidas originariamente como *intermediarias* y más tarde bajo la apelación más generalizada de *gerenciadoras* y ii) aquellos sanatorios o redes de sanatorios que se encontraban mejor posicionados para abandonar el paraguas de protección corporativo y comenzar a negociar contratos en exclusividad bajo los nuevos mecanismos. Las primeras gozaron de la confianza de algunas grandes obras sociales que les delegaron la contratación de servicios para sus beneficiarios, los segundos se volcaron a la captación de porciones sustantivas de este nuevo mercado en función de condiciones competitivas que podían basarse en relaciones personales o institucionales anteriores, experiencia reciente en la organización de módulos de atención, control de la tecnología de punta, presencia de especialistas de reconocida solvencia o disponibilidad de capacidad instalada con condiciones de hotelería valoradas por los sectores con mayor capacidad de pago entre los beneficiarios de obras sociales.

Los nuevos contratos proporcionaron a las obras sociales un instrumento apto para equilibrar sus balances: el traslado a los proveedores del riesgo propio de los mercados de atención médica – insuficiente *pool* de riesgo, características demográficas y sanitarias de la población, demanda inducida por la oferta, conductas oportunistas de los proveedores facilitadas por la asimetría de información entre médico y paciente y entre proveedor y asegurador – a partir de la transformación de las modalidades de pago: de honorarios por servicio a módulos, pagos globalizados y/o pagos capitados.

El nuevo sistema de pagos se basará en el concepto de riesgo económico; sobre esa base se comenzaron a elaborar lo que en un primer momento se llamó *patentes* - una especie de módulo de atención para algunas patologías comunes – ubicando la preocupación principal en definir cómo estaba conformada la *patente de tratamiento media*.

La hipótesis de trabajo de quienes elaboraron los nuevos instrumentos de pago era que el médico iba ser progresivamente desplazado del lugar que ocupaba en el proceso de atención médica, dejando de ser el eje del sistema, y la cama de internación se iba a convertir en el elemento más importante. En este razonamiento la cama no era valorada por sí misma, sino por lo que significaba como lugar de acumulación de tecnología y acumulación de capital<sup>6</sup>.

Como parte del mismo proceso innovador se desarrolló más tarde un nomenclador globalizado y luego su versión simplificada, los sistemas de módulos. Se diseñó además un sistema de evaluación, que monitoreaba cuantitativa y cualitativamente la producción de cada prestador<sup>7</sup>. Conforme a los

---

propio del mercado de atención médica, derivado de la posible emergencia de costos catastróficos en la atención de un determinado conjunto de beneficiarios, ii) el vinculado a conductas oportunistas por parte de los proveedores, traducidas en sobre provisión y sobre facturación de servicios, y iii) la presión sobre los costos resultante del exceso de capacidad instalada, la multiplicidad de bocas de expendio y el libre acceso de los pacientes a través de cualquiera de ellas. La utilización de módulos en el pago de internaciones crea un incentivo en el interior de la institución sanatorial para racionalizar el proceso de atención de manera de evitar el gasto innecesario o superfluo. Se esperaba que estas nuevas formas de pago generaran incentivos opuestos a los internacionalmente reconocidos procesos de *demanda inducida por la oferta*. (Belmartino 2000, Cap III.)

<sup>6</sup> Cuando los entrevistamos a mediados de los 90, estos primeros innovadores consideraban que ese diagnóstico había sido correcto, en función de los resultados obtenidos. Sin embargo, esa lectura del desarrollo futuro del sistema se contraponía en primer lugar con la experiencia estadounidense de énfasis en la atención ambulatoria como mecanismo de reducción de costos y la configuración de redes que garantizan un continuum de servicios de diferente complejidad, destinadas a ubicar la atención de cada patología en el nivel que asegurara la mayor eficacia y eficiencia en su resolución. (Shortell et al., 1995) También se contraponía con un proceso que ya estaba en marcha en el país y luego se profundizaría: la ubicación de la tecnología compleja en centros física y empresarialmente independientes de los sanatorios, en mejores condiciones para negociar una participación en los contratos.

<sup>7</sup> Si se confrontan estas experiencias, tal como son relatadas por sus protagonistas, con la evolución del *managed care* en EEUU no pueden dejar de observarse importantes similitudes. Sin embargo, los innovadores locales a los que entrevistamos presentan estos desarrollos como propios y niegan toda influencia de esa experiencia. Reconocen al mismo tiempo algunos antecedentes: APS en los años 70 había experimentado un sistema de módulos, también Carlos Canitrot habría trabajado una idea similar, no orientada a diseñar nuevas formas de pago sino con objetivos de auditoría. Queda por resolver, por lo

resultados de ese monitoreo se establecía un índice que generaba premios y castigos para los diferentes proveedores según su facturación. Sobre tales avances se comenzaron a organizar las primeras redes de sanatorios, destinadas a transformar la estructura del modelo de provisión de servicios a partir de la introducción de las nuevas formas de pago. La producción de la red sería coordinada por una empresa gerenciadora de prestaciones, modalidad empresarial destinada a tener una larga vigencia en la contratación de atención médica.

Tanto la empresa conformada por las redes sanatorias para coordinar su actividad de provisión de servicios como la que opera como intermediaria entre obras sociales y proveedores sin desarrollar capacidad instalada propia aplican las mismas técnicas de gestión de utilización de servicios y similares modalidades de pago a los proveedores directos. La gestión interna de ambas formas empresarias puede sin embargo diferir sustancialmente, reconociendo la incidencia de costos de transacción de diferente naturaleza.

Estos desarrollos instalaron claras señales de alarma en las asociaciones de profesionales, que enfrentaban la amenaza de quedar fuera de los nuevos contratos si éstos se vehiculizaban exclusivamente hacia redes sanatorias o empresas intermediarias. Algunas de ellas se encaminaron rápidamente por un sendero de adaptación de innovaciones, otras se mantuvieron reticentes, intentaron formas políticas de negociación o reclamo y se aferraron a referentes identitarios anclados en el pasado.

### **Los desafíos generados por los nuevos contratos en las organizaciones representativas de la oferta.**

Los contratos capitados, en tanto introducen una nueva modalidad de relación con las instituciones financiadoras, obligan a las asociaciones representativas de la oferta a una estrategia de adecuación que se desarrolla en un primer momento sobre la base de tres grandes objetivos estratégicos:

El primero sería asegurar la oferta de un continuo de servicios que garantizara la atención integral que requiere el contrato capitado. La lógica del pago *per capita* supone que la entidad que se hace cargo del contrato estará en condiciones de proporcionar a sus beneficiarios un esquema de servicios que cubra un rango completo de servicios, desde actividades de atención de primer nivel hasta prácticas de alta complejidad. Ese continuo de atención puede lograrse a partir de acuerdos que reproducen las formas de integración virtual en desarrollo en las organizaciones de *managed care* en los EEUU, o bien bajo modalidades de integración real a partir de la compra de activos.

La necesidad de proveer servicios integrales a las entidades financiadoras que ofrecen contratos de riesgo constituyó el principal desafío para las asociaciones de profesionales, dado que si la asociación contrata en forma individual, puede tan sólo ofrecer servicios ambulatorios de primer y segundo nivel. Mientras los sanatorios en forma individual o las UTEs que los reunían estaban en condiciones de ofrecer servicios de atención médica en ambulatorio e internación, la asociación de profesionales necesitaba llegar a un acuerdo con este tipo de proveedores para proporcionar atención en internación y prácticas que requirieran tecnología de alta complejidad, o bien incorporar este tipo de activos a su patrimonio.

Un segundo objetivo estratégico consistió en la puesta en marcha de actividades de *lobby* para la obtención de contratos con las obras sociales, en competencia con los otros agentes presentes en cada escenario con disposición a administrar cápitas.

---

tanto, el enigma asociado con desarrollos paralelos de técnicas de gestión fundadas en la misma filosofía de trabajo. En relación a los sistemas de premios y castigos, los innovadores locales hablan en los primeros años de estímulos, luego se generalizaría la denominación incentivos, seguramente tomada de la literatura anglosajona.

---

Por último, se hace necesario establecer nuevas modalidades de vinculación con sus representados, con el fin de modificar los incentivos a la generación de prácticas que eran propios del anterior sistema de contratación. Si bien esta exigencia se presenta tanto para asociaciones de profesionales como para los sanatorios, existe en este último caso una mayor posibilidad de racionalizar conductas en el interior de la empresa. En el caso de profesionales independientes dispersos, ubicados en consultorios particulares o pequeñas clínicas, se multiplican las posibilidades de aparición de *free riders*.

También se introducen innovaciones sustantivas en la gestión de los nuevos contratos. En este caso, los cambios involucran no sólo a las asociaciones representantes de proveedores sino también a las gerencadoras o empresas dedicadas a la intermediación entre financiadoras y proveedores. Las principales innovaciones son:

#### *Limitación de la oferta a través de la selección de proveedores*

La oferta de un listado limitado o cerrado de proveedores para cada contrato constituye un mecanismo reconocido de reducción de costos, en algunos casos exigido por la obra social, en otros implementado por la gerencadora con el objeto de reducir la complejidad de la administración de la cápita. Constituye en realidad la contracara de la oferta de una red de atención integral: la entidad que negocia el contrato por el costado proveedor debe ofrecer una gama de servicios que cubra los diferentes niveles de atención, sin embargo, el número de proveedores debe estar limitado. Aún cuando la negociación de contratos entre obras sociales y UTEs o Redes, a partir del reemplazo del esquema anterior de contratación con las corporaciones profesionales, se haya fundamentado originariamente en el abandono del nomenclador de prestaciones y la negociación de diferentes valores de cápita, también la selección de proveedores fue considerada por las obras sociales como una estrategia de control de costos, a partir de la reducción de las puertas de entrada al sistema por parte de los pacientes, procurando contrarrestar el fenómeno de demanda inducida por la oferta. Entre las administradoras de contratos pesan similares razones para la limitación, a las que puede sumarse la posibilidad de control de la sobreprestación o sobrefacturación a partir del monitoreo de la conducta prescriptiva de cada agente, y en el caso de los sanatorios, la necesidad de atemperar los efectos del reconocido sobredimensionamiento de la oferta de camas, presente en la mayoría de los escenarios.

#### *La introducción de mecanismos informáticos de gestión*

La introducción de mecanismos informáticos de gestión se transforma en un componente clave en la administración de contratos de riesgo. La sistematización de la información sobre utilización de servicios y prácticas prescriptivas de los profesionales permite a la entidad a cargo de la administración de las capitas supervisar la marcha de cada convenio, detectar posibles instancias de sobreprovisión, alertar a los profesionales en caso de desviación de las conductas esperadas, obtener información indispensable para el traslado de los quebrantos en caso de insuficiencia de las capitas.

En pocos años la organización de estos sistemas de recolección y sistematización de información se difundieron en todas las administradoras de capitas, aún en aquéllas con posiciones claramente conservadoras del *statu quo*. Los sistemas informáticos se diseñan según los objetivos de cada organización y sus resultados son considerados como información empresarial reservada.

La introducción de tecnología de gestión se realizó en un primer momento a partir del desarrollo de información estadística como instrumento de administración financiera, posteriormente se definieron indicadores de utilización e indicadores de prescripción. Las innovaciones más recientes permiten identificar al proveedor a cargo, al paciente objeto de la prescripción y a la patología involucrada.

La administración financiera se operacionaliza en primer lugar diferenciando segmentos. Un segmento consiste en la asignación *ex ante* de un pago global mensual para determinado grupos de prácticas (Ej. radiología, psiquiatría, oftalmología). La totalidad de las prácticas facturadas por cada segmento tendrá como tope ese monto. En caso de superarlo, la liquidación a cada proveedor sufrirá un descuento proporcional. Un segundo componente de la administración financiera se vincula al pago de las internaciones, realizado a través de una versión simplificada de los DGR, denominada *módulo*, que consiste en el cálculo de un precio promedio por patología tratada en internación.

## Las formas organizativas del nuevo régimen

### *Relaciones entre financiadores y proveedores.*

Es en este campo de relaciones donde se han producido los cambios de mayores consecuencias, que ya han sido reseñados. Las relaciones así conformadas influyen sobre los otros campos, determinando en parte su reformulación. En este punto sólo intentaré una síntesis ordenadora.

Los contratos entre obras sociales y proveedores han dejado de estar centralizados en las organizaciones que representan a estos últimos. La desregulación de la oferta ha tenido consecuencias sobre la totalidad del sistema. Se conforman las Uniones Transitorias de Empresas (UTEs) o Redes de Prestadores, asociaciones de sanatorios privados a las que en algunos casos se incorporan asociaciones de profesionales independientes, sanatorios de obras sociales y hospitales públicos, que acuerdan condiciones de contratación con determinadas obras sociales. En función de los contratos globalizados las UTEs o Redes reciben de ese modo periódicamente sumas globales que deben administrar y transformar en honorarios por servicio para remunerar la atención proporcionada por sus miembros, que actúan como proveedores directos.

Este cambio en la modalidad de pago produce un traspaso del riesgo económico desde las obras sociales a las redes de proveedores. Las obras sociales adquieren de ese modo mayor previsibilidad sobre el manejo de sus presupuestos; las redes de proveedores se ven obligadas a ejercer control sobre la producción de sus miembros para asegurar la viabilidad del esquema financiero del que ahora son responsables.

Estas nuevas modalidades de contratación favorecieron además la aparición en el mercado de nuevas empresas conocidas como intermediarias, administradoras de prestaciones y finalmente, *gerenciadoras*. Se trata de empresas que actúan como intermediarias entre la oferta y la demanda de servicios, asumiendo la responsabilidad de administrar la cápita.

La combinación particular de flujos financieros que llegan a las instituciones que representan a la oferta -redes de proveedores o gerenciadoras- y se canalizan luego hacia los diferentes servicios bajo la forma de pago por acto médico o módulo, supone que estas instituciones responsables de la gestión de los contratos deben desalentar entre sus miembros las tendencias a la sobreoferta de servicios o la facturación de procedimientos no realizados.

Debe señalarse además que la introducción de la modalidad capitada se produjo en un mercado en condiciones de sobredimensionamiento de la oferta en relación a la capacidad de pago de la demanda. Esto supone, o bien la reducción de la remuneración de cada proveedor en el interior del sistema, o bien la concentración de los recursos en aquellos servicios con mayor capacidad de marketing o lobby y expulsión de una parte de la oferta preexistente.

La racionalización así obtenida ha producido un mejor equilibrio financiero en el interior del sistema, en una situación todavía inestable. Esta inestabilidad se debe fundamentalmente a las dificultades que todavía tienen las empresas administradoras de cápititas para controlar la conducta prescriptiva de sus

miembros, en presencia de fuertes incentivos a conductas de tipo *free-rider* entre aquéllos con mayores posibilidades de captación de clientela.

También merece alguna atención la estrategia del sector privado orientada a invertir en tecnología que se expresa en la aceleración del ritmo de incorporación de capital a partir de 1991. La estabilidad de precios alcanzada a partir del plan de convertibilidad y el estímulo a la competencia entre proveedores generado por la desregulación de la oferta pueden ofrecer una explicación de esta tendencia que, sin embargo, resulta aparentemente contradictoria en un escenario de sobredimensionamiento de la oferta y contracción del gasto.

Algunos analistas consideran que la apertura de la economía permitió un acercamiento de la frontera tecnológica con la correspondiente a los países desarrollados, y la inversión en alta complejidad representa precisamente una estrategia defensiva del proveedor ante la saturación del mercado. La estrategia de diferenciación de producto que busca recomponer la tasa de retorno toma la forma de nuevo equipamiento<sup>8</sup>.

### **Relaciones entre pacientes y proveedores.**

El acceso de la población beneficiaria a la atención médica financiada a través de las contribuciones obligatorias a la seguridad social se vio afectada durante los años de crisis financiera por la frecuente cesación de servicios decidida por los proveedores, ante el retraso en el pago de aranceles o el incumplimiento de los acuerdos de regularización de deudas.

Esta situación se fue regularizando paulatinamente a partir de las transformaciones del sistema de contratos ya descriptas. Hasta el fin de los años noventa, más allá de conflictos parciales y localizados, la disminución o cesación de servicios sólo adquiere características de perturbación grave en la atención de los beneficiarios para el caso de PAMI.

Una consecuencia adicional de las nuevas modalidades de contrato es que los beneficiarios de las obras sociales han sufrido la reducción de la muy amplia posibilidad de elección entre profesionales en práctica independiente y sanatorios que gozaban en el modelo anterior. Conforme a la estrategia ya descripta de selección de proveedores se ha reducido considerablemente la oferta de profesionales y servicios para cada obra social, y sus beneficiarios sólo pueden optar entre los servicios integrados a la red de proveedores con la cual la entidad financiera ha formalizado el respectivo contrato. No se ha modificado sin embargo, la posibilidad de ingresar al sistema por cualquiera de sus niveles, optando libremente entre médicos generales o especialistas, tanto en práctica independiente como integrados en instituciones más complejas. Tampoco se han establecido límites explícitos a la libertad de prescripción de los profesionales. El control del gasto en medicamentos toma fundamentalmente la forma de co-pagos y el relativo a procedimientos se ejerce a través de auditoría. La introducción de *gatekeepers*, puesta en marcha en los últimos años 90 con el objeto de racionalizar el consumo y reducir costos, tiene una presencia mínima en la totalidad del sistema. También recientemente se han introducido estrategias de gestión clínica, tratando de establecer normas consensuadas entre grupos profesionales para uniformizar el tratamiento de algunas patologías, conforme a supuestos de costo-beneficio.

Otro rasgo que ha caracterizado la evolución de la oferta de servicios en los últimos años ha sido la emergencia de nuevas modalidades de atención médica: servicios de emergencia, traslado de pacientes, hospital de día, cirugía ambulatoria, internación domiciliaria. En términos regionales estas nuevas formas organizativas que reflejan la incorporación de nueva tecnología de organización en la

---

<sup>8</sup> Roberto Taffani, *Privatización subcobertura y reforma competitiva en salud*. Río Cuarto: Universidad Nacional de Río Cuarto, 1997.

atención ambulatoria se concentran en el área metropolitana y las ciudades más importantes del interior.

### **Relaciones entre población y financiadores.**

Es sobre esta relación donde trató de incidir la decisión del estado, cuando estableció por decreto la desregulación de las obras sociales. Esa decisión, fuertemente resistida por una parte de los sindicatos, no tuvo los resultados esperados. La estrategia, fuertemente respaldada por el Banco Mundial, se puso en marcha a comienzos de 1997. No se han producido traspasos masivos, probablemente por los comprensibles temores de la población ante la falta de información cierta sobre el desempeño de las diferentes obras sociales y las condiciones de su traspaso a cualquiera de ellas.

El apoyo del Banco Mundial se expresó en un crédito destinado a sanear la situación financiera de las entidades que quisieran acogerse al Programa PARSOS, financiar el despido del personal administrativo no necesario, y obtener asesoramiento técnico para adecuar los sistemas de información y poner en marcha mecanismos de control de los servicios provistos.

Además de la oposición sindical, el principal obstáculo que enfrenta la racionalización reside en la enorme dispersión de los montos de contribución por beneficiario. Si la población con menores salarios se vuelca masivamente sobre las obras sociales con mayores recursos por cápita es probable que provoque el colapso de las pocas instituciones con situación financiera equilibrada.

Para enfrentar ese problema se dispuso que la cobertura que cada obra social está obligada a proporcionar a la totalidad de sus beneficiarios se limite a una canasta de servicios integrada en un Programa Médico Obligatorio. El costo del mismo se estimó en 1995 en 40 pesos/dólares mensuales por beneficiario titular y se responsabilizó a la ANSSAL de garantizar ese piso mínimo de contribución a todos los beneficiarios titulares del sistema.

La posibilidad abierta para el futuro a las empresas prepagas de recibir beneficiarios bajo esquemas de contribuciones obligatorias de seguridad social, colocó en la agenda política la necesidad de establecer un marco regulatorio para estas instituciones, que hasta el momento se rigieron por la lógica de la libertad de empresa en el sector privado. Los respectivos proyectos no han logrado aprobación parlamentaria.

### **Los cambios en la regulación del sistema de servicios.**

Mi hipótesis de trabajo es que el cambio en las relaciones internas del SSSM supuso un cambio en las instancias y modalidades de regulación. Si se considera la regulación de nivel macro la inoperancia del estado vuelve a ubicarse en primer lugar. En los momentos iniciales del proceso de liberalización de hecho de las relaciones contractuales entre financiadoras y proveedores y la puesta en marcha de estrategias de adecuación por parte de las organizaciones representativas de la oferta que acabo de describir, la pretensión ordenadora del estado se hace presente a través del decreto 9/1993 que establece la desregulación de las obras sociales - en tanto se otorga a sus beneficiarios la libertad de elección entre las organizaciones de cobertura- y la libertad de contratación entre financiadoras y proveedores de atención médica, sin sujeción a nomencladores o tarifas prefijadas.

El impacto de las disposiciones mencionadas será limitado: la libre elección entre beneficiarios de obras sociales se pondrá en marcha a comienzos de 1997, severamente limitada por los déficits en la información disponible para aquéllos que debían ejercitar su opción. Los contratos entre obras sociales y proveedores se habían desregulado de hecho y la única disposición supuestamente limitada a impedir abusos, aquella que prohibía la contratación en representación de la oferta a las organizaciones que tuvieran a su cargo el control de la matrícula profesional o limitaran el derecho de sus miembros a contratar en forma directa, no llegó a aplicarse.

La consecuencia directa de estos procesos de redefinición de las relaciones internas al sistema de obras sociales será una significativa reducción de funciones en la instancia de regulación centralizada ubicada en la ANSSAL y la desaparición del oligopolio de oferta en manos de las corporaciones. La libertad de precios y formas de pago propia de los nuevos contratos, restó peso regulatorio al Nomenclador de Prestaciones; sus valores permanecen como meros indicadores en las nuevas pautas establecidas para la remuneración de consultas y procedimientos. Incluso aquellas disposiciones orientadas a eliminar distorsiones presentes en el sistema de obras sociales, como la que dispuso la concentración en una obra social de los aportes de los beneficiarios con doble cobertura, no pudieron aplicarse por falta de la información necesaria para verificar su cumplimiento por parte de los afectados. La nueva instancia dominante de regulación del sistema se ha ubicado a nivel meso, en las pautas que gobiernan los nuevos contratos. En función de la libertad de contratación imperante, se ha añadido una nueva forma de regulación a las propias del modelo anterior, la generada por la operatoria de mercado, antes existente pero con escaso peso. Financiadores y proveedores de servicios pactan libremente valores de cápitás, listados de profesionales y servicios integrados en el contrato, y procedimientos cubiertos.

Si bien es cierto que se trata de un mercado poco transparente en función de la continuidad del oligopsonio de demanda por la concentración de los beneficiarios de las obras sociales en un número reducido de entidades y el limitado número de redes o UTEs representando la oferta en cada localidad, rige absoluta libertad para establecer o rescindir tales contratos. Y no hay ninguna entidad superior a los mismos contratantes que tome a su cargo el control de los acuerdos así alcanzados. Ante la falencia o retroceso voluntario del estado no han surgido organizaciones de consumidores o de beneficiarios de obras sociales que puedan asumir la defensa del interés público comprometido en el sistema.

También se ha debilitado, o por lo menos ingresado en una zona de intereses en conflicto, la anterior regulación profesional en la organización y gestión de los servicios. Si bien en el anterior modelo los profesionales en rol de dirección técnica tenían que compatibilizar puntos de vista con los administradores, la dirección de cada institución era soberana en su espacio de trabajo y tomaba decisiones en función exclusiva de la generación de beneficios para el conjunto. Los contratos de riesgo retribuidos a través de cápitás, en tanto conforman un monto preestablecido que debe luego aplicarse retrospectivamente a los servicios efectivamente provistos conforme honorarios por servicio o módulos, han transformado esa lógica. El interés de cada proveedor individualmente considerado por maximizar su producción de servicios es conflictivo para la rentabilidad del conjunto que requiere una gestión orientada a velar para que los servicios efectivamente producidos no superen el monto disponible para remunerarlos.

La transferencia del riesgo económico desde las instituciones financiadoras a las proveedoras de servicios en función del pago *per capita* identifica una nueva función reguladora ubicada en la conducción de la red o en la empresa administradora de prestaciones. Surge así una nueva camada de administradores, que pueden ser o no profesionales médicos, cuya función es defender intereses parcialmente conflictivos con los identificados por los miembros individuales de la red. La nueva lógica de financiación no permite la perduración de conductas de sobreprestación o sobre facturación. El control de los servicios producidos se torna un instrumento indispensable para garantizar la rentabilidad del conjunto.

Aquí el interés empresario en administrar la oferta de modo que no supere la capacidad efectiva de pago de la demanda se enfrenta con la tradicionalmente aceptada autonomía del profesional en las decisiones relativas al vínculo médico/paciente. La tendencia propia de la remuneración a través de honorario por servicio en presencia de tercer pagador, que en el modelo anterior favorecía conductas orientadas a mantener o incrementar el ingreso de cada proveedor individual a través de sobreprestación o sobre-facturación, debe ser desalentada por los administradores, en función de la racionalidad inherente al contrato capitado. La libertad de prescripción es contraproducente para esa

racionalidad, los intentos de control *ex-ante*, en función de autorización de prácticas no se han mostrado eficaces, el control *ex-post*, a través de técnicas estadísticas, no siempre permite la identificación de los responsables de la desviación de la norma. Las conductas de tipo *free-rider* ponen en peligro la perdurabilidad del nuevo modelo.

### **El posible debate sobre la efectiva presencia de un *nuevo régimen*.**

La caracterización del proceso de cambios en el SSSM en Argentina puede dar origen a un debate sobre la profundidad de la transformación resultante. En la lectura de los regulacionistas el interrogante se vincularía a la emergencia de un *nuevo régimen regulatorio* o a la persistencia del anterior con modificaciones superficiales. Para definir esa cuestión puede apelarse a caracterizar las nuevas reglas de juego en función de su carácter de *reglas constitutivas* o bien de simples *reglas regulatorias*: las primeras son constitutivas de un nuevo juego, una nueva organización para determinada práctica, las segundas introducen meramente modificaciones secundarias para adecuar la organización a nuevas exigencias del medio sin cambiar sustancialmente la índole de la actividad en cuestión.<sup>9</sup> En el análisis de Rawls las reglas constitutivas definirían la especificidad de una nueva práctica. La pregunta en el tema que nos ocupa sería en este caso: ¿las nuevas reglas han constituido una nueva modalidad de práctica médica?

¿Por qué se adjudicaría alguna importancia a esa delimitación? La respuesta parece obvia, pero es indispensable hacerla explícita. Si las formas organizativas anteriores del SSSM son cuestionadas desde el punto de vista de la legitimidad y la sustentabilidad del sistema, las nuevas reglas debería delimitar formas de práctica que garantizaran un nuevo equilibrio entre recursos y gasto y recuperaran la legitimidad perdida.

Las nuevas formas organizativas han avanzado sobre los fundamentos del sistema anterior, ampliamente reconocidos como causa de su ineficiencia e ineffectividad: la elección del médico se ha reducido considerablemente, el pago por prestación está limitado por un techo cierto definido para los recursos aplicables a reembolsar la atención, la libertad de prescripción está severamente cercenada por reglas que estipulan la cantidad de prácticas complejas que un profesional puede prescribir en un determinado período, el gasto se controla además cualquiera sea la conducta de los profesionales ya que los quebrantos aplicados por las gerencadoras garantizan en última instancia el equilibrio entre recursos y facturación. Los incentivos para una demanda inducida por la oferta pueden estimarse considerablemente reducidos, al menos conforme las indicaciones de la bibliografía internacional sobre el tema: las especificaciones propias de los nuevos contratos generan incentivos a la subprestación antes que a la sobreprestación, en particular entre las obras sociales de medianos y escasos recursos.

La cuestión de la legitimidad es más difícil de abordar, ya que las nuevas reglas han puesto de manifiesto con más crudeza las desigualdades ya presentes en la organización anterior: desigualdades en la capacidad de cobertura para la población, desigualdades entre los profesionales en cuanto a la posibilidad de inserción en ese mercado de trabajo.

Por otra parte, en la gestión de los nuevos contrarios no se han puesto en marcha reglas destinadas a incentivar la preocupación por la efectividad del sistema: no existe evaluación de la satisfacción del

---

<sup>9</sup> Esta diferente significación adjudicada a las reglas proviene de algunas conceptualizaciones de la filosofía de la acción en Rawls y la filosofía del lenguaje en Searle preocupadas por el análisis de la conducta gobernada por reglas. El primero, en un artículo que ya ha cumplido medio siglo de vida, define su utilización del término *práctica* como vocablo teórico que designa cualquier forma de actividad especificada por un sistema de reglas que definen escenarios, roles, movimientos, penalidades, justificaciones y demás. Como ejemplos es posible pensar en juegos y rituales, juicios y parlamentos. (John R. Searle. *Actos de habla. Ensayo de filosofía del lenguaje*. Madrid. Ediciones Cátedra S.A., 1990. John Rawls. Two Concepts of Rules. *The Philosophical Review*, LXIV, 1: 3-32, enero 1955)

paciente, no se genera información sobre resultados, la oportunidad de la atención provista resulta sin duda vulnerada por las presiones a la subprestación colocadas sobre los proveedores.

Esos límites eran ya reconocidos en las formas organizativas anteriores, las nuevas han incidido para volverlos más rígidos, en tanto delimitan con claridad las franjas de población que resultan excluidas – definidas por la capacidad del pago de cápitas por parte de las obras sociales en las que se insertan. No existen sin embargo, estadísticas adecuadas para definir la magnitud del problema de manera que permita cuantificarlo.

### **Historia y cambio institucional**

Quiero ahora recuperar algunas hipótesis sobre el desarrollo histórico del SSSM que considero adecuadas para explicar los resultados de la experiencia de reforma. Se trata de la principal línea argumentativa que recorre el libro, proponiendo una lectura en el pasado de los legados históricos que modelan las opciones de cambio en cada una de las coyunturas analizadas. Respecto a posibles interpretaciones erróneas considero útil señalar que, en primer lugar, no estoy defendiendo una interpretación evolutiva; tampoco estamos ante un organismo enfermo o un sistema político disfuncional. No se trata de un lento proceso de decadencia originado en errores cometidos en etapas tempranas de la construcción del área bajo análisis. Tampoco intento aplicar una perspectiva funcional que aborde la emergencia de instituciones bajo un supuesto de *intencionalidad*, bajo el control de actores que perciben correctamente los efectos de las normas que establecen y las crean precisamente para asegurar tales efectos. Desde una perspectiva de ese tipo podría afirmarse que una forma institucional se considera agotada cuando sus efectos dejan de generar los resultados esperados por los principales actores con protagonismo en el sistema. Como correlato de ese razonamiento puede darse por garantizada la eficacia de las nuevas reglas de juego establecidas para reemplazarla. El análisis político, en cambio, tendrá en cuenta que la afirmación de nuevas instituciones depende de la fuerza relativa de las diferentes organizaciones involucradas, las estrategias de negociación y confrontación aplicadas, la presencia de motivaciones no explicitadas y la siempre presente posibilidad de ocurrencia de consecuencias no queridas por ninguno de los agentes en conflicto. En particular, cuando las nuevas instituciones se diseñan como respuesta a los desafíos de coyunturas críticas los actores enfrentarán condiciones de información incompleta, racionalidad limitada, incertidumbre sobre el resultado final del conflicto entablado en el respectivo campo de práctica.

Conforme a una perspectiva política los procesos para los que se procura interpretación se observarán como procesos históricos, situados, contingentes, de final abierto. Los procesos políticos de búsqueda de salidas para coyunturas críticas suponen siempre la presencia de un abanico de opciones, conforme a la difundida expresión de Adam Pzeworski. El conflicto político entablado por la definición de nuevas reglas de juego coloca sobre la mesa de debate un rango de posibilidades inherentes a cada una de las situaciones, la afirmación de una de tales posibilidades dependerá de las perspectivas defendidas, los recursos y estrategias a que pueden apelar los diferentes actores y el escenario institucional en el que el conflicto se desarrolla (agencia estatal, gabinete, parlamento, organización intermedia, empresa, mercado).

Volviendo a la reforma en salud me interesa además precisar el nivel de análisis que priorizo para evaluar el conjunto de factores con incidencia en el proceso de reforma y sus resultados. En la reforma de los '90 pueden reconocerse influencias provenientes del contexto internacional, del contexto nacional y del área de política bajo estudio, el sistema de servicios de atención médica. Sin desconocer los condicionantes específicos de los dos primeros niveles considero que la dinámica de los procesos de reforma y sus resultados encuentran una explicación consistente a partir de las relaciones históricamente construidas entre actores sociales y estatales vinculados al sistema de servicios.

Para una presentación ordenada de mis argumentos recurriré a la enumeración de algunas hipótesis. La primera remite a que *la generación de nuevas reglas de juego para el SSS fue consecuencia de la forma particular que asumió la ruptura del pacto corporativo, en ausencia de una decisión firme por parte del estado de incidir en la regulación de las relaciones entre financiadores y proveedores de servicios.*

Las dos afirmaciones que conforman la hipótesis merecen un análisis por separado. En primer lugar intentaré justificar la identificación de un pacto corporativo. La referencia a un pacto entre corporaciones, establecido en el interior de la agencia estatal destinada a normatizar y controlar las relaciones internas al SSSM, remite a las consecuencias de una politización de tales relaciones en condiciones de débil capacidad regulatoria del estado: la emergencia de actores sociales en condiciones de controlar una parte sustancial de los recursos financieros, técnicos y organizativos que permiten la operatoria de ese sistema, y decidir los mecanismos que regularán su asignación y distribución con relativa independencia de los organismos estatales con jurisdicción en el área.

Esos actores corporativos se habían fortalecido en los años 60: Las organizaciones representativas de la población beneficiaria a partir de entregar su representación política a la CGT. Las organizaciones de proveedores, tanto la que reúne a los profesionales independientes como la que representa a sanatorios y clínicas privadas, comenzaron en esa misma década a controlar el mercado de servicios de atención médica bajo condiciones de oligopolio de oferta. Las vinculaciones entre estos dos polos, en parte conflictivas y en parte sostenidas por una alianza defensiva contra las pretensiones de control de los organismos del estado, se constituirán -a partir de la conformación de mercados locales abiertos a la totalidad de la oferta, modalidades de pago basadas en la remuneración por servicio y precios uniformes establecidos por el nomenclador nacional de prestaciones- en la principal instancia de regulación a nivel macro de los servicios de atención médica para beneficiarios de la seguridad social.

La afirmación de la presencia de un pacto corporativo no remite en mi análisis a las instancias institucionalizadas de concertación de intereses presentes en muchas democracias contemporáneas, cumpliendo una función de selección y reducción de las demandas generadas desde la sociedad civil. En el caso argentino todos los intentos de promover ese tipo de acuerdo institucionalizado entre estado y actores corporativos dotados de capacidad de veto fracasaron. Las relaciones entre estado y corporaciones son conflictivas, se constituyen sobre la capacidad de presión de estos actores en una situación de equilibrio inestable y los acuerdos intra o intercorporativos no están institucionalizados, es decir, no existen sanciones para el caso de incumplimiento.

La estabilidad del pacto corporativo vigente en el interior del INOS/ANSSAL contribuyó de manera indudable a la gobernabilidad del SSSM. Puedo sin embargo recuperar aquí una hipótesis ya anticipada en el capítulo correspondiente: *el resultado del conflicto por el control del SSSM contendrá las condiciones de su posterior agotamiento y pérdida de legitimidad.*

Las relaciones entre corporaciones médicas y corporación sindical no se caracterizaron por el enfrentamiento en función de la identificación de intereses antagónicos, sino por la negociación tejida en torno a la distribución de recursos en aumento que permitían dar satisfacción al interés de todos. Se conforma así una oferta de atención médica poderosa y fragmentada en combinación con una demanda fragmentada y dotada de gran influencia política, pero poco interesada en la definición de las condiciones técnicas de organización de los servicios, los mecanismos de asignación de los recursos en el interior del sistema proveedor, las condiciones de utilización por parte de la población beneficiaria y los resultados de la atención provista.

La definición de las modalidades de práctica quedó por consiguiente en manos de los profesionales, y se ubicó decididamente a nivel micro, en el espacio de la relación terapéutica entre el médico y su paciente. Las corporaciones profesionales limitaron su ingerencia a la definición de las condiciones

---

contractuales y la actualización de las remuneraciones, olvidando o descuidando la función legitimadora de control de las prácticas de sus miembros potencialmente disruptivas o perturbadoras para la supervivencia del sistema. En el interior de un sistema fragmentado, fue la relación particular entablada entre el médico y su paciente la que se constituyó como principal mecanismo de asignación de los recursos. Los pacientes gozaban del derecho a la libre elección del médico y los médicos libertad de prescripción y selección de los procedimientos terapéuticos, sin supervisión de financiadores o instancias estatales de regulación. No existieron, fueron débiles, o quedaron meramente en el enunciado de las buenas intenciones, las instancias macro destinadas a articular las necesidades de los pacientes considerados en forma individual con la existencia de recursos limitados y la definición de prioridades sociales sobre su mejor utilización. Es en este punto donde las decisiones tomadas por el profesional para la atención de sus pacientes resultan ineficientes en la asignación de los recursos del sistema. Aún en una situación, probablemente muy frecuente, de ausencia de prácticas distorsivas, un profesional exclusivamente preocupado por garantizar a su paciente la mejor atención disponible puede generar un exceso de gasto no justificado que resultará nocivo para el interés del conjunto de beneficiarios.

El mercado de oferta y demanda de atención médica para la seguridad social se construyó conforme a las condiciones resultantes de la existencia de organismos financiadores que sólo cumplían una función de *caja*, limitándose a liquidar las facturas presentadas por las organizaciones de proveedores hasta el monto de los recursos disponibles, y de una oferta heterogénea y dispersa con derecho a participar libremente de un mercado local o regional, facturando sus servicios sobre precios preestablecidos. El equilibrio financiero del sistema se vio facilitado por las condiciones de inflación recurrente en que se desenvolvía la economía nacional y el frecuente recurso a demorar los pagos – en general seguido del corte de servicios por parte de los proveedores– que facilitaban la recomposición de la base financiera. A lo largo de los veinte años que corren desde 1970 a 1990 los protagonistas del pacto corporativo refrendaron su alianza ante los diferentes intentos de adecuación de las reglas de juego constitutivas del sistema.

Recién a partir de las crisis hiperinflacionarias de 1989/90 y el nuevo escenario económico generado por el éxito del Plan de Convertibilidad, los representantes de la oferta y demanda de servicios comenzarán –dificultosa y conflictivamente– a reconocer la necesidad de reformular las reglas de juego que ordenaban sus interacciones.

*Esa definición de nuevas reglas, propone una tercera hipótesis, se verifica por fuera de los organismos macro a cargo de la regulación, en un sistema altamente fragmentado y heterogéneo; como consecuencia de ello las nuevas reglas se definirán en cada uno de los espacios generados por la fragmentación y conforme a la particular disposición de recursos presente en cada una de ellos.*

El primer cambio sustantivo afectó uno de los mecanismos centrales de distribución de los recursos financieros entre los proveedores de atención: el reemplazo del pago por acto médico por pagos capitados o modulados generó una larga serie de modificaciones en la gestión de los contratos que tendría como resultado cambios en la utilización de servicios por parte de los beneficiarios del SSSM y de hábitos prescriptivos en los profesionales. El resultado sería la mayor transparencia otorgada a las desigualdades preexistentes: la desigualdad de recursos por beneficiario en cada obra social, ya que la cápita ofrecida como pago de la atención la reflejaba de manera directa, la desigualdad entre los profesionales en el acceso a su tradicional mercado de trabajo, modelada por la posibilidad de integrar los listados de especialistas ofrecidos por las gerencadoras, la mayor o menor saturación de la respectiva especialidad, la pertenencia a una clínica o sanatorio con prestigio reconocido y/o mayores posibilidades de obtención de contratos, la posibilidad de utilización de tecnología, y otros múltiples factores.

En un escenario como el que surge de la ruptura del pacto corporativo la capacidad reguladora del estado hubiera sido un factor que hiciera efectiva la garantía presente en la propuesta de los

reformadores: asegurar a cada beneficiario un nivel de atención básico conforme los recursos disponibles en el sistema. Esa garantía se apoyaba en parte en la expectativa puesta en que el proceso de desregulación de las obras sociales conduciría a la concentración de sus beneficiarios en un número menor de organizaciones, dotadas de mayor eficiencia en la gestión de sus recursos.

Las razones del fracaso en el cumplimiento de tales objetivos pueden ser múltiples, una de ellas se ubica fuera de las relaciones internas al SSS, y reside en los objetivos de reordenamiento de las relaciones laborales que posiblemente influyeron en las concesiones hechas a la CGT en relación a la reconversión de las obras sociales. Otra de las razones posibles se vincula a la perspectiva de cambio defendida por los reformadores, en tanto esperaban que la desregulación de un mercado controlado por relaciones corporativas generara automáticamente una competencia que indujera opciones informadas en los beneficiarios del sistema, en tanto pudieran elegir entre diferentes modalidades de cobertura y atención conforme su preferencias definidas en términos de calidad y precio.

Este es a mi criterio el nudo del problema, en tanto incide en la falta de interés o preocupación por controlar las relaciones entre financiadoras y proveedoras. A este respecto pueden ser recuperadas las observaciones de diferentes analistas contrarias a la perspectiva neoclásica que confía en el carácter disciplinador de la competencia generada a partir del retroceso del estado. En este espacio sólo quiero agregar los argumentos de la economía institucional cuando señala la presencia de vinculaciones de mediano y largo plazo, de carácter recurrente, establecidas entre agentes económicos, que permiten el establecimiento de una relación de confianza al margen de las transacciones específicas. Para caracterizar ese tipo de transacciones se hace referencia al *intercambio relacional*, que designaría aquella parte de la actividad económica que se desarrolla en el seno de relaciones contractuales complejas, tal vez múltiples, realizadas a largo plazo; en tales casos el comportamiento no resultaría influido por las fuerzas del mercado. Tales transacciones suelen ser retiradas del mercado abierto e internalizadas en un medio relacional y organizativo.

En este recorrido que invierte el ordenamiento cronológico del proceso histórico me ocuparé a continuación de las condiciones que posibilitaron la consolidación del pacto corporativo. Antes de formular mi propia hipótesis quiero discutir la tendencia relativamente generalizada que asocia las particularidades de la relación estado/sindicatos, que constituirían uno de los legados históricos con incidencia en esa consolidación, con el fortalecimiento de las relaciones estado/corporaciones que se genera bajo el primer gobierno peronista. Discrepo parcialmente con esa interpretación. En primer lugar reconozco las condiciones de institucionalización de la organización sindical y el reconocimiento de una gama de derechos laborales como génesis de la conformación de relaciones *estado/sindicatos* y *sindicatos/partido en el gobierno* que otorgaría una presencia significativa a la CGT en la arena de decisiones del estado. En ese punto se ubica sin duda la emergencia de un legado histórico que influye en la historia del SSS hasta nuestros días. Sin embargo, considero que ese legado histórico acumuló características específicas bajo los gobiernos que se sucedieron a partir de 1955. Las prácticas de negociación típicas del vandorismo, la conformación de lo que se reconocería como burocracia sindical, la política de estimular el control centralizado de la burocracia sobre las bases sindicales, se fortalecen bajo el régimen que ha sido caracterizado como *parlamentarismo negro* por Marcelo Cavarozzi o como *pluralismo corporativo* por Juan Carlos Portantiero.

Si bien no puede negarse que la fragmentación y heterogeneidad del SSS se consolidaron con las primeras medidas de fortalecimiento de la intervención estatal tomadas bajo el gobierno peronista, ni que en ese período se originó la práctica generalizada en las agencias del estado de negociar como prebendas beneficios que podrían haber sido demandados como derechos, no puede afirmarse lo mismo en cuanto a la inercia regulatoria. Si las condiciones de emergencia de las primeras organizaciones de cobertura en manos sindicales pueden leerse como el acta de clausura de un posible sistema unificado bajo conducción estatal, no tienen el mismo significado en relación a la intención

---

reguladora. En el correspondiente capítulo señalé la orientación a despolitizar las nuevas organizaciones de cobertura, sometiéndolas a una tutela administrativa y técnica.

*Un escenario de impotencia o desinterés del estado por la regulación del sistema de servicios es el que favorece las condiciones de consolidación del pacto corporativo, esa es la hipótesis que desplegaré a continuación. En ese escenario construyen nuevas identidades y nuevas expectativas de inserción social los dos principales actores que confluyen en la definición de ese pacto: organizaciones profesionales médicas y sindicatos. Ambos resultan afectados de manera diferente por la caída del peronismo, sin embargo, ambos se caracterizan por una profunda desconfianza frente a la acción del estado. El gremialismo médico había sufrido el ostracismo autoimpuesto bajo el gobierno peronista, había salido de esa experiencia convencido de la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo de sus bases; tanto la experiencia nacional como la internacional lo inclinaban a no aceptar organizaciones de cobertura social que se institucionalizaran sin reconocer el derecho de la profesión a participar de su administración. La dirigencia sindical resultará fortalecida por la ley de asociaciones profesionales sancionada durante la presidencia de Arturo Frondizi, se enfrentará con las pretensiones de control de su actividad puestas en marcha por el gobierno de Arturo Illia, en 1966 hará una apuesta fuerte a favor del gobierno militar en una alianza tácita que perderá rápidamente sus bases de sustentación. Ambas corporaciones expresan una convicción firme cuando se identifican como auténticos creadores del sistema de atención médica financiado por las obras sociales y no se alejan demasiado de la verdad cuando afirman que las relaciones construidas en su interior fueron fruto de su iniciativa frente a la apatía o el abandono por parte del estado. La rivalidad de larga en torno al control de ese sistema subsistirá larvada cuando reconozcan que sus intereses – diferentes pero conciliables en una coyuntura de recursos en aumento - pueden ser mejor defendidos en un sistema fragmentado.*

Por último, concluyo este recorrido haciendo referencia a las nuevas instituciones que se forjan en los años 40 para facilitar la salida de la coyuntura crítica identificada a partir de los años 20. La principal transformación de las reglas de juego reside en ese caso en una decidida intervención del estado, reclamada por múltiples agentes en el interior de una sociedad civil caracterizada por la presencia de múltiples organizaciones con fuerte vocación de autodeterminación. La modalidad de organización estatal que lidera ese cambio ha sido identificada en este libro como Estado de Compromiso. A diferencia del contemporáneo Estado de Bienestar, este estado no procura la construcción de una ciudadanía unificada en el goce de los derechos sociales. Sin embargo, las nuevas reglas de juego instituidas para el SSS autorizan la identificación de un nuevo régimen: las nuevas instituciones se diferencian de las anteriormente vigentes a partir del reconocimiento de la necesaria intervención del estado, el involucramiento de sus agencias en las funciones de financiamiento, regulación y provisión servicios, la defensa de un mecanismo solidario en la cobertura de la población. Las nuevas formas organizativas seguirán reconociendo, sin embargo, el predominio de la profesión médica en la delimitación de los aspectos técnicos y organizativos de su práctica.

La quinta y última hipótesis utilizada para pautar estas conclusiones sostiene que *el diseño institucional implantado en los años 40 se conformará en las mismas condiciones de fragmentación y heterogeneidad de reglas de juego que caracterizaron las organizaciones de salud en las primeras décadas del siglo XX; en paralelo, las formas organizativas efectivamente vigentes reconocen la presencia de tensiones constantes entre universalismo y particularismo, intervención estatal y regulación corporativa, unificación y fragmentación de jurisdicciones y de cobertura poblacional.*

Para comprender la lógica interna de construcción de las reglas que gobiernan su práctica por parte de la profesión médica y su mantenimiento a lo largo del siglo XX es necesario considerar que los fundamentos científicos de la medicina y el largo aprendizaje clínico necesario tornan difícil la evaluación de sus resultados por parte de los no iniciados. De ello resultan las condiciones de asimetría de información y autoridad entre médico y paciente y médico y asegurador, al igual que la posibilidad de conductas oportunistas por parte de los profesionales, ampliamente trabajadas en la literatura internacional especializada. La provisión personal uno-a-uno de servicios médicos requiere

confianza, confidencialidad y una orientación de servicio por parte de los profesionales. Históricamente, esta combinación de saber y servicio generó una trama social que garantizó derechos únicos e impuso responsabilidades únicas sobre la profesión. Se cedió a los médicos el control sobre la matrícula, el ingreso a la profesión, las pautas de formación de grado y postgrado y los criterios para la verificación de la competencia técnica de sus pares. Fueron individualmente responsabilizados por asegurar el bienestar de sus pacientes, actualizar su formación clínica, y asignar eficaz y eficientemente los recursos financieros y materiales a su disposición.

El predominio de la práctica individual independiente llevó a que la atención médica se organizara bajo modalidades de pequeña y mediana empresa. Aún las organizaciones más complejas, como clínicas y sanatorios, fueron administradas por médicos que en principio las consideraron tan sólo como una prolongación de su consultorio. El desarrollo de obras sociales y mutualidades primero, y de las empresas prepagas más tarde, garantizó el acceso a los servicios de la población bajo relación de dependencia y buena parte del sector de trabajadores autónomos, comerciantes, empresarios, profesionales.

En paralelo, los avances técnicos incorporados en procedimientos y fármacos reforzaban el prestigio y la autoridad de la medicina. En los hospitales públicos y privados y en los sanatorios los profesionales asumían la responsabilidad de las decisiones clínicas, incluyendo admisión, tratamiento y alta, independientemente de toda consideración de presupuesto y costo. La posibilidad de utilizar las instalaciones de hospitales y sanatorios y coordinar las actividades de enfermeras y técnicos sin invertir capital propio los ubicó en una relación particular con estas organizaciones más complejas, que facilitaban el desarrollo de su práctica, la continuidad de su formación y conformaban el escenario adecuado para el fortalecimiento de su prestigio profesional.

Estas formas organizativas se vieron inicialmente fortalecidas con la generalización de la cobertura social para la población en relación de dependencia. La sustentabilidad financiera del sistema había sido objeto de preocupación en los años 50 y 60. El debate sobre la posible incorporación de formas de seguro de salud despertó tantas expectativas como resistencias. Los médicos se resistían a aceptar la instalación de organizaciones burocráticas con capacidad de orientar, supervisar o regular su práctica. La fragmentación de obras sociales y mutualidades multiplicaba los interlocutores y facilitaba la concreción de negociaciones parciales.

De orden diferente es la orientación al autogobierno o la faccionalización propia de organizaciones públicas y mutualidades. La primera característica que las define es su carácter celular. Multiplicidad de organismos, relativamente autónomos y con escasas o nulas vinculaciones sistemáticas. Relacionados frecuentemente por la superposición de funciones u objetos de trabajo, las relaciones entre organizaciones toman por lo general la forma de conflictos, ya sea por definición de jurisdicciones o prelación jerárquicas en una jurisdicción compartida. En este grupo es posible incluir a las mutualidades; la diferencia reside aquí en que los conflictos no refieren solamente a esferas de aplicación de las actividades de servicio o de normatización/control, sino también a referentes ideológicos o culturales con peso en los objetivos o fines de su actividad.

Otro elemento potencialmente diferenciador entre organizaciones es el relacionado con la cohesión interna de las mismas. El vínculo que las aglutina puede ser un componente simbólico: la interpelación vinculada al origen común o a la situación de clase en las mutualidades, la identificación en cuanto a definiciones técnicas de los modos o prioridades de intervención, también la definición de un campo de aliados y oponentes, como al parecer sucedió durante mucho tiempo entre funcionarios públicos y funcionarios dependientes de las sociedades de beneficencia.

Por un lado la caracterización a nivel horizontal de la multiplicidad de organizaciones comienza a revelar una cierta jerarquización, producto de la concentración de diferente tipo de recursos: financieros, técnicos, organizativos. Por el otro pueden identificarse vinculaciones de orden vertical,

entre organizaciones y poder político. En este nivel, la relativa dispersión, su carácter faccioso, refleja una distribución de tipo clientelístico. No hay una fuente única o principal de influencia, tampoco un sistema de relaciones de tipo partidario o corporativo. Por lo menos durante las primeras décadas el eje parece pasar por la presencia de notables y la estratificación de vínculos personales. De la importancia y repercusión social de estos notables dependerá la inserción en una red relativamente azarosa de relaciones, de la que dependerá la obtención de exenciones y privilegios y el posible peso en la definición de las políticas del estado.

### **A modo de conclusión**

Además de los déficits de regulación por parte del Estado, que ya he señalado, es posible subrayar la forma particular en que se establece la competencia, que en el espíritu de los reformadores conformaba un ingrediente estratégico con capacidad de afianzar nuevas reglas de juego para el sistema.

Un evaluador de la calidad y costo del sistema hubiera sido, en teoría, el beneficiario al que se dotaba de libertad para elegir la entidad a la que confiaría la administración de sus aportes. Sin embargo, hubo demoras en la implementación de la libre elección, y cuando finalmente se puso en marcha no estuvo acompañada por información que permitiera una opción consciente de los posibles beneficios y riesgos a enfrentar. No sólo el beneficiario no dispuso de información suficiente sobre la cobertura efectiva brindada por las diferentes obras sociales, sufrió además el bombardeo de una campaña dirigida a lograr su desaliento a partir de advertirle que en la nueva obra social por la que optara sólo tendría derecho a recibir el Programa Médico Obligatorio.

Un segundo evaluador posible, en este caso de las condiciones de competencia en la oferta de servicios, serían las obras sociales o entidades de seguro ejerciendo su función de compradoras. Si la lógica del sistema hubiera seguido la orientación de eficiencia empresaria que buscaron introducir sus reformadores, las obras sociales habrían desarrollado sistemas de seguimiento y evaluación de sus contratos con los proveedores directos. Habrían sido estimuladas a hacerlo, ya que de eso dependería el mantenimiento y captación de un número importante de beneficiarios. Dispondrían de información sobre estándares de utilización de servicios en función de tales contratos, seguramente habrían llegado a establecer algún sistema de costos y realizarían evaluaciones periódicas sobre satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

Nada de esto ha sucedido, ya que los contratos entre obras sociales y proveedores no se establecen en función de consideraciones de calidad y precio de los servicios ofrecidos. La competencia por tales contratos, que siguen siendo fuente sustancial de trabajo para médicos, clínicas y sanatorios privados, se estableció sobre otros parámetros, relacionados en general con vínculos entre dirigentes de las diferentes instituciones involucradas, establecidos durante la vigencia del modelo anterior, y basados en diferentes tipos de lealtades. Estamos ante situaciones que en otras latitudes han sido caracterizadas como competencia de *no precio*.

En la construcción de este tipo de relaciones entre financiadores y proveedores tienen seguramente importancia los rasgos particulares del mercado de atención médica. Las operaciones que en él se realizan no son transacciones unitarias y discretas, formalizadas en acuerdo bilateral entre demandantes y oferentes individualmente considerados. Por el contrario, suponen el establecimiento de relaciones de colaboración y dependencia que vinculan a los agentes involucrados a lo largo de períodos de tiempo relativamente prolongados.

Las relaciones institucionales que ordenan este mercado estimulan por consiguiente una determinada forma de competencia diferente a la que predominan en la compraventa de otros tipos de bienes y servicios. También operan como una instancia de regulación del sistema así conformado, generando y reproduciendo sus propias reglas de juego en forma complementaria a la propia del Estado o la que corresponde a las organizaciones profesionales.

El principal desafío para el análisis de los cambios generados en el sistema de servicios radica en recuperar la nueva articulación de instancias y mecanismos de regulación del sistema. Al respecto podrían diseñarse algunas hipótesis de trabajo:

- Se verificaría en primer lugar un desplazamiento parcial del *locus* de regulación desde el nivel macro hacia niveles inferiores, meso y micro;
- se habría producido un debilitamiento de la regulación corporativa: las corporaciones profesionales habría dejado de tener peso en las decisiones del ANSSAL, mientras la CGT conservaría en parte su ascendencia a través de influencias directas e indirectas.
- sería posible constatar un fortalecimiento paralelo de la regulación resultante de las negociaciones entre los diferentes agentes identificables en el sistema; en esta instancia sería necesario determinar el peso relativo de las alianzas y vínculos clientelares frente a las estructuras de mercado, como inductores de decisiones empresarias.
- se conservaría una cuota significativa de autoregulación profesional expresada en el control de la relación médico-paciente y la resistencia a abdicar la autonomía asociada con la libertad de prescripción;
- subsistiría la irregular y poco efectiva capacidad reguladora de la autoridad estatal, debilitada por la fragmentación de sus aparatos y el escaso poder arbitral de gobierno sobre los intereses particulares de sus diferentes clientelas;
- continuaría siendo prácticamente inexistente la instancia democrática de regulación a partir de la participación ciudadana, que en otros países se expresa a través de organizaciones de consumidores o utilizando la instancia mediadora de los partidos políticos y la actividad parlamentaria.

La articulación de estas diferentes instancias de regulación operando a nivel meso y micro en un sistema fragmentado han tenido como consecuencia el crecimiento de la heterogeneidad preexistente. Esta heterogeneidad, al igual que en el modelo anterior, significa una deficiente asignación de los recursos disponibles y la ampliación de las diferencias en el acceso a la atención médica entre sectores de beneficiarios. Los objetivos conducentes a igualar la situación de los beneficiarios en la base del sistema, proteger a la población de menores recursos, dejar librada a la decisión individual la contratación de diferentes planes de seguro y estimular la reducción de los costos y incremento de la eficiencia asignativa y productiva a partir de la competencia entre sus agentes, no han sido alcanzados.

El sistema de servicios de atención médica no actúa por consiguiente como uno de los mecanismos de compensación de las desigualdades producidas a nivel del aparato productivo y la distribución del ingreso. La estratificación que se opera en su interior configura un mecanismo más de exclusión, consecuencia a la vez de la crisis financiera del sistema y de las estrategias puestas en marcha para superarla.

La política de limitar las funciones del estado y confiar en las reglas del mercado para desalentar estrategias individuales y corporativas que obstaculizaban el cumplimiento de los objetivos sociales asignados al sistema también se ha mostrado impotente. Y esta impotencia radica fundamentalmente en la insuficiencia de la actividad ordenadora que ha permanecido en manos del aparato estatal. La dinámica interna al sistema de servicios de atención médica no ha logrado desprenderse, pese a la magnitud y la trascendencia de los cambios sufridos, de su vinculación con fuerzas que se originan en la conflictividad socio-política de nivel macro.

Centro de Estudios de Estado y Sociedad  
Sánchez de Bustamante 27  
C1173AAA – Buenos Aires – Argentina  
Teléfonos (54 11) 4861-2126 / 5204  
Fax (54 11) 4862-0805  
[www.cedes.org](http://www.cedes.org)