

EL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA

Carlos H. Acuña* & Mariana Chudnovsky**

Documento 60

Marzo 2002

* Universidad de San Andrés.

** Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad.

Introducción

El objetivo de este trabajo es llevar a cabo una revisión de las características generales del sistema de salud en la Argentina, que permita dar cuenta de la relación existente entre los tres sectores que lo componen. En este sentido, es necesario recordar que el sistema en general resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el público, el llamado de Obras Sociales y el privado. Esta conformación especial del sector le imprime al área de la salud una lógica peculiar puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan.

La Argentina se distinguió durante muchos años por la eficiencia y calidad de su sistema de salud, pero hace ya largo tiempo que el área ve disminuidas sus capacidades y enfrenta problemas cada vez más importantes. En las últimas décadas, el sistema público, que está integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud que funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud de las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal) y que presta servicios de provisión gratuita, sufrió un gran deterioro. A su vez, esta situación actuó como disparador de un crecimiento expansivo del sistema de seguridad social (Obras Sociales) que se convirtió en el principal proveedor de servicios hasta que sus problemas se agudizaron en el transcurso de la década de los ochenta como consecuencia de múltiples factores: entre ellos, la pérdida de recursos y la debilidad institucional. Sin embargo, un elemento aún más importante que influyó en la crisis de las Obras Sociales se desprende del creciente proceso internacional de terciarización del trabajo y la consiguiente pérdida de peso de los sindicatos. En la Argentina, este problema se hizo visible aunque no se profundizó como era esperable suponer puesto que, aún ante el incremento cada vez mayor del empleo informal y la consecuente pérdida de los aportes obligatorios de los trabajadores (que se ligaban a su condición de *trabajadores formales*), no se debilitó en igual medida, la cantidad de usuarios de las Obras Sociales. En efecto, se observa que entre 1991 y 1997 la población que contaba *únicamente* con seguro de OS aumentó de 40,3% a 50,2%¹. Esto se explica por la paralela baja de la población que contaba simultáneamente con Prepagas y OS, que descendió de 13,9% a 4,2%. En efecto, la mayoría de la población argentina

(62,3%) aún cuenta con cobertura de algún sistema de salud, sea este de OS o de Prepagas (Ver cuadro 1). La explicación se encuentra en el carácter fragmentado del sistema de salud argentino que permite que algunas personas cuenten con más de una Obra Social ya sea porque tienen más de un empleo o porque cuentan con la cobertura de la Obra Social de sus cónyuges. Por otra parte, la mitad de los beneficiarios de los planes voluntarios de mutuales y Prepagas suelen tener también Obra Social. Esto explica, en parte, que un crecimiento significativo del desempleo (como el registrado durante la década de los años noventa) no haya repercutido linealmente sobre la cobertura de la seguridad social. La doble cobertura ha funcionado como mecanismo “amortiguador” del impacto del desempleo sobre la demanda de seguridad social. Por último, un efecto que también se ha registrado es el incremento de los beneficiarios por cada titular aportante. Este es un mecanismo de supervivencia que utilizan algunos sectores carenciados que buscan extender la cobertura de aquellas personas que aún cuentan con algún tipo de protección de Obra Social, hacia los familiares que han quedado excluidos del mercado laboral formal² (Tobar, 2001).

Asimismo, la progresiva crisis fiscal afectó indirectamente al subsistema de seguridad social debido, entre otras cosas, a las débiles condiciones macroeconómicas existentes. En la década de los años noventa, frente a esta situación, surgió la necesidad de mejorar el funcionamiento del sector salud y el objetivo se centró en la realización de transformaciones en el área ligadas a las llamadas "reformas de segunda generación" que fueron impulsadas por los Bancos Multilaterales de Desarrollo tras la primera ola de reformas macroeconómicas realizadas en los años ochenta y principios de los noventa. En particular, se buscó asegurar las condiciones político- institucionales y sociales que dieran sustento a las reformas macroeconómicas a través de un programa de reformas que apuntaron, principalmente, a abrir la competencia entre las Obras Sociales y, a largo plazo, incluir en ella a la medicina Prepaga.

De todas maneras, para poder comprender este proceso de transformaciones en el área de la salud es necesario comenzar caracterizando, en primer lugar, cada uno de los subsistemas que la componen en la actualidad; en segundo lugar, describir su evolución

¹ Fuente: Federico Tobar “Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina”, Fundación Isalud, 2001.

² Ejemplo de esto es el PAMI en dónde el 4% de los beneficiarios de la obra social son menores de 15 años.

histórica de manera de lograr identificar las lógicas preponderantes en cada época y los actores estratégicos en juego; en tercer lugar, analizar los vínculos entre estos actores; y por último, analizar el impacto de las reformas impulsadas por el Banco Mundial a la luz de su viabilidad, en términos tanto de su impacto sobre las capacidades estatales como de su factibilidad política.

I. El área de la salud y los tres subsistemas que lo componen

El sistema de salud argentino está compuesto por tres subsistemas: el público, el de las Obras Sociales y el privado. De ahí la importancia de tener en cuenta las características centrales de cada uno de ellos para lograr una visión cabal del escenario existente en este sector. Es fundamental comprender estas dimensiones puesto que su análisis revela un panorama de la evolución y situación actual del sistema cuyas transformaciones en las últimas décadas se hace necesario relevar. En este sentido, un primer problema que surge al abordar el área de salud, se liga a la heterogeneidad reinante en su interior, puesto que la fragmentación de las instituciones que lo componen se constituye en su rasgo distintivo. A su vez, su falta de coordinación y articulación impide la conformación de un “sistema formal” de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura (Bisang, Cetrángolo, 1997:23). Cabe resaltar que esta ausencia de articulación se liga a una falencia ministerial puesto que le corresponde formalmente al Ministerio de Salud -MS en adelante- (en tanto Ministerio Nacional) la función de la coordinación. En cierta forma, todas las críticas apuntan a la ausencia de una clara función articuladora del MS en el marco del presente proceso de descentralización.

No sólo se observan, en este sentido, la falta de integración entre los distintos subsistemas, sino que dentro de cada uno de ellos también existen serios niveles de fragmentación. En el caso del subsector público, tradicionalmente se ha observado la existencia de una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal). Y, en el caso de los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación (como veremos más abajo).

I.I El subsistema público

Este subsector — cuyos recursos provienen del sistema impositivo—, provee servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud, supuestamente, a toda la población. En los hechos, abarca aproximadamente al 30% de la misma, en su mayoría a grupos sociales de bajos ingresos. La distribución geográfica de sus servicios es muy amplia y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado. No obstante, la población que se comporta como demanda natural de este subsector, es la que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores.

Según datos de la Encuesta de Desarrollo Social —en adelante, EDS— (1997), se estima que la población que accede sólo a los servicios del salud de este subsector, se constituye en poco más de un tercio de la población (13,4 millones de personas) (Cuadro1). Se observa que el 62,3% de la población posee algún tipo de cobertura social y que el 37.6% solamente utiliza el hospital público.

Asimismo, la representación de los establecimientos del sector público dentro del total de los establecimientos de los diferentes subsectores, ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo. Sin embargo, en términos absolutos, se observó un aumento de las instituciones entre 1969 y 1995 (Repetto, *et al*, 2001: 5) (Cuadro 2).

Cuadro 1: Estimación de la cobertura del Sistema de Salud según subsector 1999 (%)

Condición	Millones de habitantes	(%)
Con cobertura de seguro de salud (OS o Prepaga)	22.8	62.3
Con cobertura de Hospital Público	13.7	37.6
TOTAL	36.6	100
Obra Social	18.4	50.2
Mutual o Prepaga	2.9	7.9
Obra Social y Prepaga	1.5	4.2
Sólo Hospital Público	13.7	37.6

Fuente: Tobar, 2000

Cuadro 2: Establecimientos asistenciales con y sin internación según sector, total país: años 1969, 1980 y 1995

Años	1969		1980		1995	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Sector público	3720	58	4648	51	6971	44
Obras Sociales	264	4	364	4	222	1
Sector privado	2344	36	4039	45	8873	55
Comunitarios	141	2	-	-	-	-
Total (*)	6469	100	9051	100	16085	100

Fuente: Repetto, *et al.* 2001,17. (*) Incluye establecimientos de tipo mixto.

A su vez, hay en el país más de mil doscientos establecimientos públicos con internación, la mayoría de los cuáles son hospitales (Repetto *et al.*, 2001). La mayor parte de ellos son provinciales y sólo una mínima proporción depende del nivel nacional (Cuadro 3).

Cuadro 3: Cantidad de establecimientos con y sin internación del subsector público, según nivel de dependencia: años 1980 y 1995

Año		Total	Dependencia administrativa							
			Secretaría de Salud						Otras oficiales	
			Nacional		Provincial		Municipal			
			Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
1980 (*)	Sin internación (**)	3341	27	0,78	2638	76,00	689	19,85	117	3,37
	Con internación	1177	24	2,04	869	73,83	214	18,18	70	5,95
	Total	4648	51	1,10	3507	75,45	903	19,43	187	4,02
1995	Sin internación	5740	9	0,16	3772	65,71	1766	30,77	193	3,36
	Con internación	1231	7	0,57	856	69,54	237	19,25	131	10,64
	Total	6971	16	0,23	4628	66,39	2003	28,73	324	4,65

Fuente: Repetto *et al.*, 2001:17. (*) Los datos de 1980 han sido ajustados según las definiciones empleadas en la actualización de la Guía.

Por otra parte, si se tiene en cuenta la “capacidad instalada” del subsistema, considerando como indicador la cantidad de camas disponibles, vemos que el sector público es proporcionalmente el mejor posicionado dentro del sistema (Cuadro 4)³.

³ Aunque debe destacarse su marcada declinación en las últimas décadas.

Cuadro 4: Camas en establecimientos asistenciales según sector, total país: años 1969, 1980 y 1995

Años	1969		1980		1995	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Sector público	97.688	74	91.034	62	84.094	54
Obras Sociales	4.977	4	8.045	6	4.403	3
Sector privado	30.095	22	46.611	32	67.243	43
Total (*)	133.847	100	145.690	100	155.822	100

Fuente: Repetto *et al*:2001:18

(*) Incluye establecimientos de tipo mixto.

Asimismo, si se observa la evolución del gasto del subsector público consolidado en salud entre los años 1980 y 1997, vemos que las mayores erogaciones se registran, a partir de 1992. Pero cabe señalar que el gasto público consolidado en salud casi no superó el 4% del PBI en ningún año del período 1980-1997 (Cuadro 5) Es de destacar que el gasto público consolidado incorpora tanto el gasto público como el de servicio social. En particular, el gasto público consolidado en el subsector público no superó el 2% en este período. Y el gasto público en Obras Sociales representó en esos años entre un 2% y un 3% del PBI⁴ (Cuadro 6).

⁴ Fuente: Dirección Nacional de programación del gasto social –Secretaría de Programación del gasto Social-Secretaría de programación Económica Regional, pg. 133.

Cuadro 5: Gasto Público en “atención pública de salud” según distintos niveles de gobierno: años 1980 a 1997 (en millones de pesos y % del Gasto Público Total en el sector social)*

Año	Nación		Provincias		Municipios		Total
	\$	%	\$	%	\$	%	\$
1980	649	20,86	2.143	68,9	319	10,3	3.111
1981	543	16,38	2.445	73,8	327	9,9	3.315
1982	356	16,14	1.647	74,7	203	9,2	2.206
1983	476	18,83	1.795	71,0	257	10,2	2.528
1984	470	15,16	2.358	76,1	272	8,8	3.100
1985	332	11,49	2.164	74,9	393	13,6	2.889
1986	552	15,74	2.509	71,5	447	12,7	3.508
1987	750	20,31	2.450	66,3	493	13,3	3.693
1988	637	19,89	2.168	67,7	397	12,4	3.202
1989	573	20,99	1.826	66,9	331	12,1	2.730
1990	507	17,50	1.978	68,3	412	14,2	2.897
1991	500	14,30	2.463	70,5	533	15,2	3.496
1992	388	9,03	3.301	76,8	608	14,1	4.297
1993	504	10,39	3.653	75,3	693	14,3	4.850
1994	729	13,55	3.841	71,4	809	15,0	5.381
1995	629	12,56	3.591	71,7	788	15,7	5.008
1996	649	12,88	3.555	70,5	689	16,7	5.037
1997	720	13,68	3.700	70,0	742	16,3	5.263

Fuente: Dirección Nacional de Programación del Gasto Social – Secretaría de Programación Económica y Regional.

Cuadro 6. Gasto Público Consolidado en Salud, en seguros sociales y sectores sociales⁵, 1980-1997 (en % del PBI).

Año	Gasto público consolidado	Seguros sociales (OS)	Sectores sociales (subsistema público)
1980	3,52	2,24	1,29
1981	4,59	3,12	1,46
1982	3,55	2,48	1,07
1983	3,52	2,41	1,12
1984	3,71	2,40	1,31
1985	3,91	2,52	1,39
1986	4,11	2,56	1,55
1987	4,25	2,67	1,58
1988	4,01	2,61	1,40
1989	3,78	2,38	1,40
1990	3,97	2,63	1,34
1991	3,98	2,53	1,44
1992	4,12	2,51	1,62
1993	4,26	2,56	1,71
1994	4,48	2,71	1,77
1995	4,59	2,84	1,75
1996	4,27	2,58	1,69
1997	4,00	2,37	1,63

Fuente: Dirección Nacional de Programación del gasto social, período 1980-1997, 132.

Una última característica central a tener en cuenta para dar cuenta de los rasgos constitutivos de este subsector, es el doble vínculo laboral que establecen sus recursos humanos (principalmente, los profesionales y los técnicos) que, en su mayoría, desarrollan actividades en el sector privado en forma independiente o vinculados a los establecimientos públicos.

Simultáneamente a estas consideraciones de carácter descriptivo, es necesario analizar la dinámica que asume este área. Este subsistema opera a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal). Hipotéticamente, la Nación — en la figura del Ministerio de Salud— asume en la década de los años noventa las funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica. En la práctica, el rol del nivel central es

⁵ Los sectores sociales son definidos en la Sección 1 del documento como todas las actividades destinadas a la atención médica pública.

muy acotado. Prácticamente no interviene en la política de salud nacional. Asimismo, cabe aclarar que el porcentaje de gasto público que actualmente maneja es muy pequeño⁶. Por el contrario, en las últimas décadas, se ha visto reforzada la importancia de los Ministerios o Secretarías de Salud provinciales, los cuales como producto de un progresivo proceso de transferencia de establecimientos, han tenido que ir haciéndose cargo de muchos de los hospitales públicos nacionales⁷.

Ahora bien, teniendo en cuenta que las provincias cuentan con autonomía respecto a las decisiones sanitarias en sus jurisdicciones, el poder de decisión del MS de la Nación se ha visto acotado. En forma paralela a esta situación de restricción de su injerencia real, la situación de los Municipios se ve también afectada por la transferencia de la Nación a las provincias, puesto que estas últimas no fueron mayoritariamente descentralizadas a los niveles locales⁸.

Sin embargo, el MS es el organismo encargado de la regulación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica. Tiene formalmente a su cargo la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación (Belmartino, 1999: 291). Administra en forma directa cinco hospitales con funciones específicas y programas especiales⁹. Por último, participa también a través de la Superintendencia de Seguros de Salud (SSS) que reemplaza al ANSSAL (Administración Nacional del Seguro de Salud) en la administración de los fondos de la seguridad social (ANSSAL) —que se encargaba de promover el desarrollo de las prestaciones médico asistenciales, coordinar y supervisar las actividades de los entes de Obra Social¹⁰— en la definición de la política relativa a las Obras Sociales. Actualmente, las funciones de coordinación de las OS están en manos de la SSS que fue creada a través del Decreto 1615 en el año 1996 y resulta de la fusión de 1) el ANSSAL creado por Ley 23661; 2) el

⁶ El Gasto público del sector salud correspondiente al nivel nacional, apenas superó entre 1980 y 1997, el 20% sobre el total del gasto en los diferentes niveles de gobierno (Repetto, *et al*, 2001:7)

⁷ En la última década ha culminado el proceso de transferencia de servicios de atención médica de la jurisdicción nacional a la provincial iniciado a fines de los años '50.

⁸ Cabe aclarar que la importancia de los Municipios como financiadores y administradores públicos cambia según las jurisdicciones, siendo la provincia de Buenos Aires la que presenta mayor porcentaje de hospitales públicos municipales.

⁹ Como inmunizaciones, maternidad e infancia, sida y enfermedades de transmisión sexual.

¹⁰ Asimismo, el ANSSAL, también administraba un fondo de redistribución de recursos entre instituciones que se constituye con el 10% de los recursos de las diferentes obras sociales.

Instituto Nacional de OS (INOS) creado por Ley 18 610) y; 3) la Dirección Nacional de OS (DINOS) creada por Ley 23.660. La SSS es un organismo descentralizado en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social y es un ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el sistema nacional de seguros de salud.

Simultáneamente, los gobiernos provinciales, son responsables de la salud de sus habitantes a través de sus MS. Las provincias tienen un papel relevante dentro del sector salud, puesto que realizan con sus propios recursos alrededor del 75% del gasto público destinado a la financiación de servicios de atención médica.

Como ya se señaló en la introducción a este apartado, la relación entre la nación y las Provincias, no siempre resulta en una coordinación articulada. Aunque sus vínculos se establecen a través del Consejo Federal de Salud (COFESA¹¹), pueden observarse — en algunos casos— servicios superpuestos, situaciones de doble regulación y fiscalización y sobreabundancia de normas para habilitaciones y acreditaciones (Belmartino,1999: 291)

I. II El subsistema de Obras Sociales

El sistema de Obras Sociales en nuestro país, se consolidó como tal en 1970, bajo el gobierno autoritario del general Onganía, a través de la Ley 18.610. Aunque estas existían desde mucho antes la modalidad que asumían no era la que hoy conocemos. Las Obras Sociales durante las décadas del 50 y del 60 formaban un conjunto heterogéneo, con regímenes extremadamente variados de prestaciones, brindadas solo en parte a través de servicios propios.

Históricamente, el rasgo central de este subsector fue el carácter obligatorio de la adhesión y la organización por rama de actividad. Está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI). Este subsector se constituye como un seguro social

¹¹ El COFESA se creó en 1981 y es un organismo interjurisdiccional que está integrado por la autoridad de salud pública de más alto nivel en el orden nacional, a nivel provincial y de la ciudad de Buenos Aires y, es presidido por el Secretario de Salud Pública de la Nación. Entre sus funciones se encuentran las de analizar los problemas de salud presentes en todo el país y en cada una de las provincias, la identificación de sus causas y la recomendación de cursos de acción orientados a lograr una política sectorial estable. En los hechos, este Consejo Federal no cumple el rol de coordinación que tiene asignado, tornándose confusas sus funciones reales.

para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado. Pese a la existencia de un gran número de instituciones, los beneficiarios y recursos se concentran en un número relativamente reducido, influyendo así en la inviabilidad financiera de muchas de ellas¹². En efecto, aunque el sistema de seguro social de salud en Argentina está altamente descentralizado y existen muchas OS, esto no implica que existan simultáneamente, altos niveles de concentración de la oferta. Sobre un total de 290 entidades, excluyendo el PAMI, las primeras 20 Obras Sociales del ranking nuclea el 65,7% de los beneficiarios totales, y entre ellas las 10 primeras entidades absorben el 51,52% de la población total.

¹² En 1996, de un total de más de 300 instituciones, 30 de ellas daban cuenta del 73% del total de los beneficiarios y el 75% de la recaudación. (Repetto *et al*, 2001:20)

Cuadro 7: Total de beneficiarios de las primeras diez Obras Sociales.1998

Obra Social	Beneficiarios
Empleados de Comercio y Actividades (OSECAC)	1.401.235
Personal Rural (OSPRERA)	890.811
Dirección de Empresas (OSDE)	831.869
Personal de la Construcción	601.938
Personal de la Industria Metalúrgica	514.355
Actividad Docente	493.084
Bancarios	368.573
Personal de La Sanidad	334.222
Acción Social de Empresarios	288.373
Conductores de Transporte Colectivo de Pasajeros	256.096
TOTAL	5.980.556

Fuente: Federico Tobar, 2001

Las Obras Sociales de régimen nacional, más de 300 instituciones a comienzos de la década del '90, son los agentes centrales del seguro de salud, dan cobertura al 50,2% de la población con seguro obligatorio (Belmartino, 1999: 290) (Cuadro 1) y se encuentran bajo la dirección y coordinación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) desde 1996 (Decreto 446/00)¹³. Las Obras Sociales provinciales son 23 instituciones que otorgan cobertura a un 29,41% de esta población, fundamentalmente empleados del sector público provincial y sus dependientes. La fuente de financiamiento está constituida por contribuciones de empleados y empleadores vinculadas a los ingresos que en las Obras Sociales de régimen nacional se establecieron en un 8% de la nómina salarial¹⁴ (luego modificadas) y, en el caso de las provinciales, varían entre el 7 y el 12,5% (Repetto, *et al*, 2001: 9)

Es importante resaltar que este subsistema se terminó de consolidar como tal cuando en 1970 se extendió de manera obligatoria a toda la población trabajadora y a los jubilados y pensionados¹⁵. Pero esta circunstancia le imprimió una característica peculiar, puesto que en vez de impulsar la provisión directa (centrada en servicios de su pertenencia) o la

¹³ Sustituye desde esa fecha a la ANSSAI en esas funciones.

¹⁴ Según las disposiciones de la ley 23.660.

¹⁵ Con la leyes 18.610 y 19.032, respectivamente.(Ver Repetto *et al*: 2001, 9)

participación del sector público en el sistema, a partir de la sanción de esta ley se afianzó la tendencia (ya existente) de que las OS concretaran contrataciones con el sector privado.

De todas maneras, la importancia de este subsector se manifiesta —entre otras cosas— en el hecho que, en 1997 la mitad de la población contaba con cobertura exclusiva de Obra Social (esto es, sin incluir a quienes contaban con doble cobertura de Obra Social y Prepaga) (Ver cuadro 1). Ahora bien, a pesar de la magnitud de la población cubierta por este subsistema, su peso sobre el total de establecimientos asistenciales del país y su capacidad instalada¹⁶ es baja (Cuadro 4). Entre 1969 y 1980, los establecimientos asistenciales de las Obras Sociales representaban sólo el 4% de los establecimientos del sistema de salud. Entre 1980 y 1995, se observa un descenso de esta participación que alcanza sólo al 1% (Ver cuadro 2). El gasto público consolidado en Obras Sociales oscila entre el 2% y el 3% del PBI entre 1980 y 1997¹⁷.

Por otra parte, además de nuclear a una gran parte de la población, la importancia de este subsector radica también en su capacidad de tornarse en un eje constitutivo del sistema de salud argentino desde 1970. De hecho, el sistema en general ha girado fundamentalmente alrededor del subsistema de Obras Sociales, que ha sido dependiente de los cambios políticos y del mercado laboral ocurridos en los últimos cuarenta años. El desarrollo del seguro social bajo jurisdicción sindical desde los años cuarenta, implicó una redistribución de poder hacia los sindicatos que ganaron un enorme poder con el control y la administración de los fondos y desde entonces defendieron fuertemente esta adquisición. Una importante consecuencia de la formación del sistema de Obras Sociales ligado a la rama de actividad fue la creación de un seguro de salud basado en la categoría de *trabajadores formales* y sujeto a la existencia de un mercado de trabajo que presentase condiciones de pleno empleo y una alta tasa de salarización (Acuña y Tuozzo:1999). Esta fuerte vinculación entre Obras Sociales y sindicatos ha generado una continua politización de los conflictos que implica, la mayor parte de las veces, que se privilegien objetivos de esta lucha política por sobre las necesidades del área de la salud.

¹⁶ Recordemos que la definimos como indicador en función de la cantidad de camas disponibles en establecimientos asistenciales por sector.

¹⁷ Fuente: Dirección Nacional de programación del gasto social –Secretaría de Programación del gasto Social- Secretaría de programación Económica Regional, pg. 133.

I.III El subsistema privado

Bajo la denominación global de empresas de Medicina Prepaga se agrupa un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayor que el de las Obras Sociales. Las empresas de Medicina Prepaga con fines de lucro se agrupan en dos cámaras empresariales: la Cámara de instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (que representa a las empresas sin servicios propios). Las cámaras agrupan a alrededor de 70 firmas de un total estimado de 150 con ubicación en Capital Federal y Conurbano y 46 empresas radicadas en el interior. Cabe aclarar que la afiliación se concentra fundamentalmente en la Capital Federal y, en menor medida, en el Gran Buenos Aires, existiendo algunas importantes entidades en las provincias de Santa Fe, Córdoba, Mendoza, Entre Ríos y Tucumán.

Este subsector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social (“doble afiliación”). Según los datos de la EDS, la cobertura de las Prepagas o mutuales alcanza un 7,9 de la población. Por su parte, la “doble afiliación” (Prepaga más Obra Social) alcanza a un 4,2% de la población (Cuadro 1).

Durante los últimos años, el subsector privado ha evidenciado un rápido crecimiento, consolidándose como prestador del sistema de las Obras Sociales. Entre 1969 y 1995, la participación de este subsector privado en el total de establecimientos asistenciales del país prácticamente se cuadruplicó. Mientras que a fines de la década de los años sesenta, sus establecimientos representaban un tercio del total nacional, a mediados de los noventa superaban el 50% (Cuadro 2) A su vez, la capacidad instalada del subsector se duplicó entre 1969 y 1995 (Cuadro 4).

Finalmente, cabe señalar que a pesar de que el gasto anual de este sector es menor en comparación con el subsector público y las Obras Sociales, su gasto per cápita es el más elevado (Cuadro 5).

¹⁸ Cuya población total en 1998 era de 11.608.854.

Es necesario tener en cuenta para comprender este subsector que el Estado ha tenido una mínima intervención regulatoria en el área. La resolución 2181 del año 1980 de la Secretaría de Comercio establece las condiciones que deben registrarse en los contratos, pero éstas se refieren a características de los convenios (individual o colectivo); porcentajes de descuentos sobre medicamentos y requisitos para obtenerlos; normas aplicadas a la provisión de servicios y; forma de pago de las primas y reintegros (Belmartino, 1999: 293).

Asimismo, este subsistema está conformado por un conjunto de instituciones muy heterogéneas, con gran número de entidades, costos de operación extremadamente altos y escasa transparencia en las áreas de competencia y protección del consumidor. Por otra parte, en los últimos años, las condiciones económicas nacionales e internacionales contribuyeron a la aparición de capitales externos que ingresaron al campo de los servicios privados.

En la Argentina, operan en total alrededor de 196 empresas de medicina Prepaga (entre las cuáles el 58% tiene base en Capital Federal, 19% en el resto del Gran Buenos Aires y 23% en el interior). Del volumen total de asociados, en el 65% de los casos se trata de adherentes individuales y el resto (35%) está conformado por afiliaciones corporativas.

Las diez empresas líderes del mercado argentino concentran, aproximadamente, el 46,3% de la facturación y el 41% de la demanda. Por otra parte, las entidades más grandes tienen un ingreso promedio mensual por beneficiario que duplica al de las menores. Y, por el contrario, estas últimas tienen mayor presencia en el interior del país (Cuadro 8).

Cuadro 8: Facturación de las diez primeras empresas del mercado de Prepagas, 1998.

Empresas	Facturación anual (millones de pesos)	Participación sobre el total
Medicus	200	9.6%
SPM	190	9.0%
Swiss Medical (incluye Optar)	128	6.1%
Docthos	120	5.7%
Omint	114	5.4%
Amsa	100	4.8%
Cemic	34	1.6%
Qualitas	34	1.6%
Medicor	28	1.3%
Omaja	26	1.2%
Otras	1126	53.7%
TOTAL	2100	100%

Fuente: Tobar, 2001.

Un fenómeno que también se observa es la creciente tendencia, entre las Prepagas, a establecer contratos prestacionales con las Obras Sociales. Esta modalidad que se inició con contratos con algunas Obras Sociales de personal superior, como OSDE, se extendió a un espectro mucho más amplio de entidades a través del gerenciamiento de sus contratos capitados (Tobar, 2001). En los informes de la SSS de 1999 se verifica que las Obras Sociales establecieron 128 contratos con concesionarios y 17 con gerenciadoras. Inclusive, existen situaciones en que una misma Obra Social establece convenios con más de una empresa de medicina Prepaga. De hecho, la existencia de estos convenios se convierte en una estrategia de competencia entre OS, permitiendo a los afiliados acceder, indirectamente, a los servicios de las empresas de medicina Prepaga. En efecto, más de dos millones de beneficiarios (17 % del padrón) acceden a la red prestadora de empresas de medicina Prepaga a través de estos contratos de gerenciamiento y, a su vez, las empresas de medicina Prepaga acceden, de forma directa, a un mercado que involucra un conjunto de OS que detentan el 34% de los ingresos del sector (Tobar, 2001).

Cuadro 9: Cantidad de contratos establecidos por las empresas líderes de medicina Prepaga con OS. 1999

Ranking de Facturación Total	Empresas	Cantidad de contratos con OS
1	Medicus	13
2	SPM	6
3	Swiss Medical	4
4	Docthos	11
5	Omint	5
6	Amsa	18
7	Cemic	5
8	Qualitas	5
9	Medicor	-
10	Omaja	3
	Otras	75
TOTAL		145

Fuente: Tobar,2001.

Por último, al tratarse de un mercado de altos niveles de saturación la tendencia ha sido preservar la competencia a través de la diversificación de planes. Para las instituciones privadas con fines de lucro es importante contar con una cartera creciente de asociados y para ello compiten diferenciando su producto. Es decir que la competencia por captar un mayor número de asociados impacta en una permanente expansión de la cobertura (Tobar,2001).

II. Evolución histórica del sistema de salud

Una vez delineadas las características centrales que presenta la organización actual del sistema de salud en la Argentina, es necesario revisar los aspectos más importantes de su evolución reciente. Sin embargo, no se puede dejar de tener en cuenta un hecho central: así como el Estado no siempre se ocupó de la salud, sus políticas con respecto a la misma fueron variando a través de los años.

Aunque no siempre fue así, hoy existe consenso respecto a la importancia de la intervención del Estado en la salud. De hecho, gran parte de la discusión actual en relación a las alternativas para la reforma sectorial pasan por la definición (o redefinición) del rol

del Estado con respecto a la salud puesto que pocas son las políticas sociales que poseen la importancia y complejidad de la relacionada con la atención de la misma. Por eso su preservación es una preocupación central de individuos y sociedades y de ahí la importancia de las políticas destinadas a protegerla.

La mayoría de los estudios que se ocupan de la evolución histórica del sistema, coinciden en señalar que existen, al menos, cuatro etapas identificables en función del nivel de concentración o descentralización de las decisiones tomadas respecto del sector, así como también del poder relativo de los actores principales involucrados (Estado, Obras Sociales y Privados). Estos cuatro períodos se organizan de la siguiente forma¹⁹: 1) el modelo “*descentralizado anárquico*” (hasta 1945); 2) el modelo “*centralizado*” (1945-1955); 3) el modelo de “*descentralización del sistema*” (1955-1978) y; 4) el modelo de “*descentralización fiscal motivada por objetivos de corto plazo*” (desde 1978).

1.El modelo descentralizado anárquico: el sistema sanitario argentino estaba conformado, durante la primera mitad del siglo veinte, por una amplia y diversa cantidad de instituciones que operaban, en términos generales, como respuestas a demandas puntuales y de corto plazo. Las instituciones tenían un comportamiento reactivo frente a necesidades específicas. La función del Estado era marcadamente subsidiaria y consistía en la formación de recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria y la prestación asistencial. Se limitaba a cuidar la higiene pública, controlar epidemias y vigilar la sanidad de fronteras a la vez que se ocupaba de la asistencia frente a contingencias no previstas.

El paradigma reinante en ese entonces entendía a la salud como una cuestión meramente individual de responsabilidad y objeto de caridad. En ese marco, el conjunto de instituciones que conformaban al área de la salud no eran más que el resultado de esfuerzos individuales altamente fragmentados, sin ninguna coordinación y con una prácticamente escasa capacidad de prevención y formulación de políticas a largo plazo.

Esta concepción subsidiaria del rol del Estado respecto de la salud, tenía su correlato en la estructura del Estado Nacional: el sector estaba representado por el Departamento

Nacional de Higiene (que dependía del Ministerio del Interior) y la comisión asesora de asilos y Hospitales regionales (que dependía del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto) (Repetto *et al*, 2001:13). Cabe resaltar, por último, que hacia el final de este período se empiezan a vislumbrar aquellos elementos que impulsarán grandes cambios en el sistema de salud. Sobretudo, en los servicios de salud estatales hasta ahora agrupados en torno al Departamento Nacional de Higiene.

2.El modelo centralizado (1945-1955): la irrupción del Peronismo fue de la mano de un cambio de paradigma. La idea dominante durante este período era que la salud era responsabilidad del Estado. La consecuencia inmediata de este cambio en la visión del tratamiento de la salud de la población, fue la expansión estatal -impulsada desde el gobierno central- de la cobertura sanitaria. Durante este período, se nacionalizaron todos los establecimientos públicos -desplazando así a las sociedades de beneficencia- y, también se desarrolló una red de centros de atención ambulatoria a la vez que se llevaron a cabo una gran cantidad de programas dirigidos a problemáticas sanitarias específicas.

Como consecuencia directa de este giro estatal en la relación con la salud, se generó una fuerte dependencia del sector con respecto al presupuesto central. Aunque seguían existiendo sistemas de coberturas mutualistas -ahora con fuerte predominio sindical- no existían grandes separaciones entre prestadores y financiadores. En última instancia, pese a la autonomía de las provincias derivada de la constitución, durante ese período el gobierno nacional llevó a cabo un ambicioso programa de obra pública y de expansión de servicios en todo el territorio nacional.

Respecto de los demás actores constitutivos del sistema de salud argentino, se observa la tendencia de las entidades mutuales a reagrupar a los trabajadores por rama de producción, sentando así las bases de lo que serían las Obras Sociales. La Secretaría de Trabajo promovió, en este sentido, el funcionamiento de la solidaridad grupal de los organismos gremiales.

¹⁹ Los modos de denominación de las etapas fueron tomados de los trabajos de Bisang y Cetrángolo, 1997: 29 y de Repetto *et al*, 2001:12.

Ahora bien, en esta etapa se vislumbran elementos que se tornarán centrales y constitutivos del formato que asumirá el sistema de salud, por lo tanto, es fundamental para comprender este período, tener en cuenta como dato de sumo interés, la transformación del Departamento Nacional de Higiene en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, convirtiéndose así, por primera vez, a la salud pública en un asunto de interés específico²⁰. Asimismo, este hecho se ratificó en 1946 con la creación de la secretaría de Salud Pública y posteriormente con el establecimiento del Ministerio de Salud pública en 1949.

Este período asume características peculiares en tanto, en esta época se intentó desde las Secretarías de Trabajo y Previsión Social y de Salud Pública, llevar a cabo una política tendiente a consolidar el apoyo de los sectores populares al Gobierno²¹, satisfaciendo sus aspiraciones por mejores condiciones de vida y mayores niveles de consumo. En esta dirección, se llevó a cabo, desde la Secretaría de Salud Pública, una ampliación de la cobertura asistencial dirigida a sectores sociales que hasta entonces habían tenido un acceso limitado y marginal a la atención médica hospitalaria (Isuani y Mercer, 1985).

En este período se produjo un importante crecimiento de los servicios públicos. Se instalaron nuevos hospitales y centro médicos ambulatorios a la vez que se incrementó el número de empleados afectados al Ministerio de Salud Pública. El crecimiento del número de camas hospitalarias del sector público fue considerable: de las 63.000 existentes en 1946 se avanzó a 108.000 en 1955 (Isuani y Mercer:1985).

Esta expansión del subsistema de salud público convirtió al hospital público en un centro formador de nuevos profesionales y en un lugar de atención médica “para todos”. Bajo la gestión del Dr. Ramón Carrillo, se iniciaron una serie de medidas que expresaban la voluntad de regular la Salud por parte del Estado así como de mantener un adecuado acceso para los sectores sociales menos pudientes. En suma, la gran capacidad asistencial instalada durante el gobierno peronista expresaba un sector público que había hecho de la atención médica uno de sus principales instrumentos de legitimación. Sería difícil, de aquí

²⁰ Tengamos en cuenta que hasta 1943, el Departamento dependía del Ministerio del Interior, lo cuál demostraba una clara desjerarquización de la salud al considerarla como un asunto de orden interno y no una necesidad social.

²¹ Eje central del gobierno de Perón.

en adelante, retrotraer el acceso a la atención médica hospitalaria a una situación de marginalidad, puesto que se había establecido como un comportamiento colectivo al que no era posible renunciar.

3.La descentralización del sistema (1955-1978): tras el derrocamiento de Perón en 1955, el gobierno de la llamada Revolución Libertadora inició una serie de reformas tendientes a transferir hacia provincias y municipios, las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos públicos en manos del Estado nacional, muchos de los cuáles habían sido construidos durante el periodo anterior.

Es entonces que, a partir de 1955, se observa una progresiva desconcentración de los centros de planificación y decisión de los servicios de salud. Por un lado, se realizaron las primeras transferencias jurisdiccionales y por el otro, las Obras Sociales cobraron importancia dentro del entramado de actores relevantes del sistema.

Los antecedentes históricos del sistema de Obras Sociales en nuestro país, se remontan a las sociedades de ayuda y socorros mutuos organizadas espontáneamente por la inmigración europea a mediados del siglo XIX. A pesar del fuerte impulso que recibió esta forma de organización de los servicios médicos durante la década peronista, las Obras Sociales tal como hoy las conocemos no fueron una creación de dicho gobierno. Aunque existe cierta inclinación a relacionarlas, la política de Perón en materia de salud asumió rasgos universalistas – de la mano del ministro de salud Dr. Ramón Carrillo- propias de todo Estado asistencial o de bienestar, centrado su acción –principalmente- en el subsector público.

Se tiende a vincular el origen de los sindicatos con el gobierno peronista porque, en efecto, también este les dio gran aliento al desarrollo de las Obras Sociales sindicales. Sin embargo, en el origen de las mismas (de 1955 a 1970) los aportes para la cobertura de atención médica se establecían en las convenciones colectivas, lo cuál implicaba una fuerte diferenciación y fragmentación del sistema como consecuencia de los diferenciales de fuerza de cada sindicato que determinaban, a su vez, la forma de funcionamiento de sus respectivas Obras Sociales. Cada una de ellas desarrolló una estrategia de prestación directa de servicios de salud a sus afiliados a través de instalaciones propias. Los pequeños

y medianos sindicatos también lo hicieron pero a través de prestaciones indirectas de servicios de salud y en convenio con el sector privado. Las Obras Sociales durante las décadas del años cincuenta y sesenta formaban un conjunto heterogéneo, con regímenes extremadamente variados de prestaciones, brindadas solo en parte a través de servicios propios. El Estado poseía escasa información sobre las Obras Sociales y no tenía control sobre sus fondos administrados. Tampoco lograba regular la poca coordinación que existía entre ellas.

En este marco, bajo el gobierno del general Onganía y de la ahora denominada "Revolución Libertadora" y ante la evidencia de la agitación social que se plasmó en toda su dimensión en la insurrección popular denominada "El Cordobazo" (1969) -por haber tenido a la ciudad de Córdoba como centro particular de explosión-, es que se desencadenó como respuesta a las medidas económicas, la proscripción generalizada de la actividad política y sindical y el crecimiento de un nuevo sindicalismo que impulsaba la confrontación. En este contexto, el gobierno militar buscó fortalecer su relación con la dirigencia sindical "dialoguista" y tender un puente hacia el sindicalismo a través una ley que se constituiría como un importante recurso de poder: las Obras Sociales.

En efecto, en 1970, en el marco del régimen militar autoritario liderado por el general Onganía desde 1966, fue sancionada una ley pro-sindical a través de la cuál se intentó fortalecer las estructuras sindicales más pragmáticas y proclives al diálogo y a la negociación con el objetivo de desactivar el conflicto social. Entre sus aspectos más relevantes, esta ley involucraba las siguientes características: por un lado, cubría a todas las Obras Sociales (estatales, paraestatales, organismos descentralizados, de empresas del Estado y obras sindicales) y por el otro, en relación a los recursos, éstos provendrían de una contribución de los empleadores del 2% de la nómina salarial, un aporte de los trabajadores del 1% de sus remuneraciones (1% adicional para quienes poseyeran una o más personas a su cargo) y un 2% de los haberes previsionales de jubilados y pensionados que se incorporaran al sistema²². Las Obras Sociales serían conducidas por los mismos sindicatos que recaudarían sus fondos sin intermediación alguna. Asimismo, se creaba el instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) con el fin de promover, coordinar e integrar

²² Manfredi, Constanza: "*El origen de una política social: la ley de obras sociales del gobierno de Onganía*", tesina de Licenciatura en Ciencia Política, Universidad de San Andrés, Buenos Aires, Julio de 1999.

las actividades de las Obras Sociales y para realizar actividades de evaluación técnica y contable. A su vez, se establecía un Fondo de Redistribución administrado por el INOS para incrementar o mejorar la capacidad instalada de las Obras Sociales o para asistir financieramente a las mismas.

La determinación de la obligatoriedad de la afiliación al sistema de Obras Sociales de todos los trabajadores en relación de dependencia, así como la generalización de la contribución patronal, son una muestra concreta de cómo la sanción de la ley reforzaba el poder económico y político de los gremios. Los fondos de las Obras Sociales no quedaban ahora sólo librados a la negociación entre empleadores y trabajadores. La ley establecía un piso de contribución obligatoria para ambos.

Además del fortalecimiento del subsector de Obras Sociales, en este periodo el paradigma que guió las reformas en el subsector público fue el del Estado como subsidiario. El modelo giraba en torno a la “provincialización” de la capacidad instalada que poseía el gobierno central. Supuestamente, la conformación de un esquema integrado correría por parte del gobierno central con bases en planes globales de salud que retomarían las acciones provinciales. La formalización de esta metodología se concretaría a inicios de la década del setenta a través de la creación del Comité Federal de Salud y del Consejo Federal de Salud²³. Sin embargo, este intento del Estado Nacional de atenuar los niveles de fragmentación, no tuvo demasiado éxito. Tampoco se completó la descentralización financiera desde la Nación hacia las provincias²⁴.

En 1974, en el marco de la violenta reapertura democrática que permitió al peronismo retomar el gobierno en 1973, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con el propósito de conformar un sistema único de salud con eje en el Estado que asegurara un acceso igualitario a la salud para toda la población. Este proyecto no logró suscitar el interés de las Obras Sociales ni de la mayoría de las provincias. No obstante, hasta su intervención por el nuevo gobierno militar, en 1976, el SNIS registró avances en algunas

²³ Estos consejos formaban parte de una lógica común que se repetía en otros ámbitos y que intentaba volver a un sistema más federal con cierto grado de coordinación general.

²⁴ Quedaron capacidades prestacionales en manos de la Nación y no se continuo, en la mayor parte de los casos, en una instancia posterior de descentralización microeconómica.

provincias. Esta experiencia puso de relieve las dificultades del Estado Nacional para articular a los miembros del sistema de salud por el camino de la nueva sanción legislativa.

Por otra parte, es importante señalar que en la etapa 1955-1978, se llevaron a cabo las primeras transferencias de hospitales nacionales a las provincias y que las evaluaciones posteriores de la experiencia, subrayan la falta de una asistencia técnica y financiera adecuada para una descentralización exitosa. A su vez, remarcan que estos intentos trajeron aparejado un rápido deterioro de los establecimientos que generó –a su vez- un desgaste de la hegemonía estatal en la oferta de servicios.

Sin embargo, el análisis del proceso de descentralización resultaría incompleto si se focalizara únicamente en el campo hospitalario público. Un hecho central a lo largo de este período, fue la relegación del tema de la descentralización Nación-Provincias, a causa de la preponderancia que adquirió la consolidación de las Obras Sociales como eje del sistema prestacional. El crecimiento de esta forma de prestación de la salud bajo la administración de los sindicatos redujo la importancia del sector público en su totalidad y con ello relativizó la importancia de las políticas de descentralización fiscal. Teniendo como sustento legal la obligatoriedad de las cargas sobre la nómina salarial a las Obras Sociales controladas por los sindicatos de cada una de las correspondientes ramas de actividad, este nuevo polo prestacional devino en una suerte de descentralización *sui generis* del sistema de salud. Cada sindicato desarrolló su esquema prestacional circunscripto a las necesidades de sus afiliados (Bisang y Cetrángolo, 1997:30). Asimismo, este desarrollo se dio en el marco de un escaso poder de reglamentación y coordinación de las autoridades sanitarias y provinciales.

Con este componente novedoso en cuanto a su protagonismo, el eje del problema en la salud tendió a desplazarse de la cuestión de la descentralización Nación-Provincias hacia las formas de articulación entre los distintos componentes de un sistema que poseía en su estructura elementos que los llevaban hacia la fragmentación y el descontrol.

Finalmente, cabe resaltar que poco se avanzó en este período en términos del logro de una mayor coordinación entre prestadores de Obras Sociales, hospitales provinciales y nacionales. Asimismo, se observa que la errática transferencia de servicios que se inició en

este período, tenderá a convertirse en una política habitual bajo los gobiernos de facto para terminar en un definitivo traspaso en 1979, desde el gobierno central hacia las provincias y municipios, de un número importante de servicios asistenciales.

4.La descentralización orientada por las relaciones financieras entre la nación y las provincias inaugurado en 1976 (1978 en adelante): las políticas asumidas en materia de salud por el gobierno militar durante este período difícilmente puedan ser atribuidas a un solo proyecto o a una sola orientación. Si bien las consecuencias reflejan un uniforme deterioro del papel del Gobierno, las causas por las que se llega a esa situación son diversas. Es notable que el financiamiento del Estado y la provisión de salud cayeron - en la década del '70- tan significativamente como fue el deterioro de la capacidad instalada.

Un primer hecho a remarcar hacia fines de la década de los años setenta, en el marco de una declinación de la participación pública en el área de la salud, es el reinicio de la tendencia de la descentralización fiscal de varios de los hospitales que aún dependían de la Nación. Se retomó con énfasis este tipo de políticas y a través de la Ley 21.883, se aprobaron distintos convenios entre Nación, Provincias y Municipios con el propósito de transferir de la Nación, 65 hospitales hacia distintas jurisdicciones²⁵.

Este proceso de descentralización asumió dos rasgos básicos. En primer lugar, una circunstancia que le imprimió cierta rigidez al potencial proceso de negociación entre ambos actores se deriva del hecho que los gobiernos provinciales que firmaron los acuerdos con la Nación únicamente eran delegados del Poder Ejecutivo Nacional durante un período de gobiernos de facto. En segundo lugar, en ningún caso existió una compensación presupuestaria por la transferencia de los hospitales públicos que se llevó a

²⁵ De acuerdo con la el Decreto Ley 22.373, las funciones del COFESA son las siguientes (art. 2):

- a) apreciar los problemas de salud comunes a todo el país, los de cada provincia y de cada región en particular;
- b) determinar las causas de tales problemas;
- c) analizar las acciones desarrolladas y revisar las concepciones a que respondieran para establecer la conveniencia de ratificarlas o de modificarlas;
- d) especificar postulados básicos, capaces de caracterizar una política estable de alcance nacional y recomendar cursos de acción aconsejables para su instrumentación;
- e) compatibilizar a nivel global las tareas inherentes a la diagramación y ejecución de los programas asistidos, conducidos por la autoridad sanitaria nacional y la de cada jurisdicción a fin de lograr coincidencias en los criterios operativos, en la aplicación de los recursos disponibles y en la selección de los métodos de evaluación estimulando la regionalización y/o zonificación de los servicios; y
- f) contribuir al desarrollo de un sistema federal de salud.

cabo como resultado de la presión que ejerció el Gobierno nacional a las provincias que se hicieron cargo de mayores funciones sin recibir recursos.

En este período, se impulsaron otras cuatro medidas importantes en términos de la transformación del sector: Primero, la fijación de aranceles en los servicios asistenciales públicos, en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires y en 14 provincias. Segundo, la sanción de la Ley 29.269 de Obras Sociales en 1980 que aumentó el poder de la Secretaría de Seguridad Social. Tercero, el desarrollo de un mercado de servicios de salud como consecuencia de la reducción de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado, que llevó a un uso indiscriminado e innecesario de recursos tecnológicos; y por último, la ampliación de lo que primero se llamó Comité Federal (1972) y luego reuniones de Autoridades de Salud (1976-1980) y que implicaban encuentros periódicos de autoridades provinciales y nacionales en un ente mayor y con más capacidad aglutinante que se denominó Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA)²⁶. A pesar de sus objetivos, este intento de definir la estructura y funcionamiento del área de la salud, con el propósito de lograr una apropiada articulación entre los subsistemas de seguridad social, público y privado, no avanzó más allá del inicial planteo del problema.

Hacia la nueva apertura democrática en 1983, el deterioro de los servicios del sistema de salud se veía reforzado por la profunda crisis económica que ya afectaba al país. Ninguno de los niveles en que se desenvolvía la acción estatal en materia de salud quedó exento del debilitamiento. La magnitud del daño reclamaba, por lo menos, la reparación de lo existente. De hecho, a fines de 1987, cuando se discutió la redacción de una nueva ley de coparticipación, se decidió incrementar el porcentaje de la distribución primaria correspondiente a las provincias en una proporción equivalente al costo de los servicios transferidos en 1978.

Tras el fracaso del SNIS, impulsado en la década del '70, a mediados de los años ochenta, se avanzó en la propuesta de un nuevo marco normativo para articular los diferentes subsectores. Con este propósito, se sancionaron en 1988, dos leyes: la Ley 23.660 de "Obras Sociales" y la Ley 23.661 de "Seguro Nacional de Salud". La primera no introdujo

²⁶ Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán.

modificaciones sustantivas en relación con la Ley de 1970: mantuvo a la totalidad de las Obras Sociales como prestadoras del sistema, sólo que sujetas ahora a un marco más amplio por formar parte también del Seguro Nacional de Salud. Se mantuvo, asimismo, la obligatoriedad de la afiliación para los trabajadores en relación de dependencia, pero se eliminó la cláusula de adhesión obligatoria a la Obra Social por rama de actividad.

Respecto al “Seguro nacional de Salud” se pretendió mejorar la cobertura y la equidad de la oferta de salud, organizándola dentro de una concepción integradora y dejando en manos del MS la articulación de los servicios de salud de los diferentes subsistemas, pero dándole un mayor protagonismo a las Obras Sociales.

En forma simultánea a este proceso, el subsector privado fue aumentando paulatinamente su importancia. Se calcula que existen 200 empresas de medicina Prepaga que proveen servicios de salud a alrededor de 2.500.000 personas. Sin embargo, 10 de las empresas más importantes concentran aproximadamente a 1.259.000 personas. Según datos del Banco Mundial el gasto total en salud es de 18.400 millones de dólares y el del sector privado es de 3,5 mil millones anuales. Asimismo, este sector obtiene en ganancias entre 2,9 y 3 billones anualmente (Odstrcil, 1998: 9). En este sentido, este sector se vio fuertemente favorecido por la política económica desarrollada por el gobierno entre 1977 y 1981: la sobrevaluación de la moneda nacional junto con la reducción de las barreras arancelarias constituyeron un importante incentivo para que los prestadores importaran tecnología médica (Repetto *et al*, 2001: 14).

A partir de la década de los años noventa se retoma la política descentralizadora pero esta vez en el marco de un gobierno democrático. En este contexto, las profundas reformas acontecidas esa década habrían de impactar sobre el subsector de la salud pública a través de la descentralización. Esta implicó una doble tendencia: por un lado, el hincapié en la reforma del Estado y por el otro, los cambios en la política social.

En síntesis, podemos sostener que la evolución del sector salud está marcada por tres lógicas convergentes: un primer establecimiento temprano y “débil” del sector con el objetivo de prevenir enfermedades y plagas que lleva a la constitución de un sistema disperso que luego será necesario articular; un fuerte momento de concentración y

expansión de la atención médica a la población en el marco del gobierno peronista, que le imprimió al sector características tales como la mayor capacidad asistencial adquirida y el impulso de un nuevo sector (el de Obras Sociales) que luego se convirtió en un actor central del sistema y; por último, un asistemático intento de descentralización de la gestión de la salud de la Nación hacia las provincias, del manejo de los hospitales, etc. que se impulsa, se interrumpe o se debilita según los distintos períodos.

Como vemos, del encuentro de estas lógicas imperantes, se desprenden elementos centrales y constitutivos del sistema de salud en la Argentina, tales como la fragmentación, la sobredimensión (en términos de equilibrio sistémico, no de capacidad de movilización de recursos) del subsector de Obras Sociales y los repetidos intentos de descentralización.

III. El proceso de reforma del sistema de salud en la década de los años noventa

La reforma de este sector se inscribe dentro de las llamadas reformas de “segunda generación” impulsadas por el Banco Mundial (1993) y el Banco Interamericano de Desarrollo –de ahora en más BID- (1994) que tras, la primer ola de reformas macroeconómicas en muchos de los países de América Latina, intentaron modificar sus mandatos en una dirección que acentuara la necesidad de la participación de la sociedad civil, de transparencia, de fiscalización en las operaciones y, sobre todo, con el objetivo de asegurar las condiciones político-institucionales y sociales funcionales a la sustentabilidad de las reformas macroeconómicas. La “segunda ola” de reformas se dirigió a modificar cuestiones tales como los servicios de salud, la flexibilización del mercado laboral, el mejoramiento del transporte y de la gestión pública, así como a fortalecer y mejorar la capacidad institucional del Gobierno (Acuña y Tuozzo, 1999: 1). En particular, la reforma del sector salud se inscribe dentro de un paquete de políticas estatales dirigidas a modificar las regulaciones sociales vigentes. La opción gubernamental por dicho paradigma para la reconversión del área de lo social se explica a partir de la necesidad de hacer viable la estrategia económica imperante: esto es, en aquellas áreas sociales definidas como prioritarias para el éxito de la estrategia económica hay menos espacio para que factores político institucionales bloqueen o contraríen la estrategia original de reforma durante la formulación o ejecución de las políticas (Cortés y Marshall: 1999). Como veremos, más

adelante, esto explica la desproporcionada importancia y urgencia puesta en la reforma del sistema de Obras Sociales en contraste con aquella dedicada al subsector público.

En el caso de la Argentina tres factores reforzaron la opción gubernamental, desde 1991, por dicho paradigma como el único que permitiría ajustar la política social a los requerimientos de la nueva estrategia económica: las recomendaciones de los organismos internacionales reforzadas por la condicionalidad de los préstamos, la presión de los grupos poderosos económicos y el "clima ideológico local"; esto es, amplios sectores de la población culpaban al Estado empresario, a los líderes sindicales y a los trabajadores estatales por el generalizado deterioro e ineficiente funcionamiento de los servicios públicos y la extendida corrupción. Después de la crisis de 1989, el nuevo paradigma penetró rápidamente en las instituciones del Estado y se difundió en la opinión pública que depositó sus expectativas en las privatizaciones a la hora no sólo de mejorar los servicios sino de liberar recursos estatales que podrían, entonces, destinarse al gasto social.

En este sentido, los procesos de reforma de la atención médica pueden leerse como un factor más en transformación en el interior de sociedades profundamente convulsionadas por la necesidad de adaptarse a nuevos escenarios, relativamente volátiles y penetrados por todo tipo de incertidumbres. Los años '80 y '90 fueron testigos de esos procesos de reforma y de un intenso debate acerca de las capacidades existentes en el sector para absorber esas demandas de cambio. Asimismo, fue necesario revisar la factibilidad política de llevarlas a cabo puesto que las reformas de "segunda generación" se articularon de manera de romper con las sugerencias tradicionales del Banco Mundial y del BID y esto generó disturbios en términos de las potenciales posibilidades de construcción de consensos, ya que afectó en forma directa a intereses y actores relevantes que vieron y ven al proceso de reforma y a la intervención de los organismos internacionales con desconfianza y poca simpatía, de lo cuál se deriva que la negociación no sólo resulte compleja sino que se presente como imprescindible para asegurar la sustentabilidad de largo plazo de los cambios.

Los años '90 se caracterizaron por el interés en redefinir y especificar las funciones del Estado, por fortalecer sus capacidades de gestión y garantizar la aplicación de sanciones efectivas al incumplimiento de sus mandatos, por la preocupación en establecer el punto de

equilibrio adecuado entre regulación y competencia y, por el predominio de perspectivas integradoras que se expresaron en fórmulas de diferente formato pero que transmiten un mensaje parecido: competencia administrada o gerenciada, mercados regulados, mercados internos, contratos de gestión, incentivos y lineamientos de prácticas, organización de la demanda, etc. (Belmartino,1999).

Sin embargo, más allá de estas fuertes tendencias a generar nuevas formas de competencia que supongan una adecuación entre eficiencia y calidad, existe cierto consenso en entender que el sistema posible de salud para cada país deberá estar fuertemente enraizado en su historia, sus valores culturales, sus instituciones y su anterior experiencia en el campo de la atención médica. Tal vez la única forma de llevar a cabo una verdadera reforma tenga su fundamento en la posibilidad de buscar, en cada caso, las variables centrales que ilustran la situación del área pero no pretendiendo que éstas asuman valores prefijados por modelos ya existentes.

III.I La reforma del subsector público de salud

Aún ante la evidencia de la escasez de recursos destinados a los servicios de salud pública, las iniciativas para reformar el sector fueron escasas y focalizadas. Las principales medidas que se llevaron a cabo implicaron propuestas de corte administrativo-financiero. Entre ellas, se encuentra el intento de transformación de la modalidad de gestión financiera de los hospitales, la profundización de la descentralización hospitalaria y la privatización de los servicios periféricos y ciertos servicios de salud, así como un nuevo programa nutricional materno-infantil financiado externamente y focalizado en grupos con necesidades básicas insatisfechas.

La descentralización ya se encontraba en un estado bastante avanzado antes de la reforma económica²⁷ (1991). En este contexto, la medida más relevante que se tomó en el subsector público fue un decreto de 1993 que -en el marco del intento de modernización de los hospitales públicos- proponía transformarlos en unidades autogestionadas eficientes, capaces de obtener recursos a través del arancelamiento de los servicios a personas con capacidad de pago y prestadores de salud. La atención médica gratuita quedaba así,

²⁷ Casi la totalidad de los hospitales públicos estaba bajo la jurisdicción provincial o municipal.

restringida a los sectores de más bajos ingresos que demostraran no tener cobertura de Obra Social y/o de seguro privado (Cortés y Marshall,1999: 203).

El modelo de autogestión aún no llegó a consolidarse exitosamente ya que el arancelamiento de los servicios hospitalarios tuvo una aplicación muy limitada debido a la falta de pago por parte de las Obras Sociales por "sus afiliados" que usaban las instalaciones del subsector público y por la baja capacidad de contribución de los usuarios. Asimismo, la reorganización y subcontratación se fueron desvirtuando a medida que se verificaba la ausencia de un adecuado gerenciamiento. Con la continuación de las dificultades financieras en el subsector, la prolongada decadencia de la provisión pública de servicios de salud no pudo ser contrarrestada. La escasez de materiales sanitarios y medicamentos, así como el estancamiento de los salarios del personal profesional y técnico siguieron a la orden del día. Sin embargo, la exacerbación de estos problemas, pusieron en duda la mismísima continuidad de algunos hospitales que se mantuvieron a fuerzas de reclamos por parte de su personal. Asimismo, al mismo tiempo que decaía la atención médica gratuita, crecía su demanda como consecuencia del incremento del desempleo con la consiguiente pérdida de cobertura de Obra Social. El problema es que la Argentina llegó a la década de los años noventa con un esquema universalista de provisión pública de salud compatible con los requerimientos de un modelo de crecimiento económico basado en el mercado interno y en la noción de pleno empleo. A partir de los años noventa, se prosiguió asignando la mayor parte del gasto a los servicios cuya provisión había sido universalista antes de la reforma y que ahora apuntaba sólo a quiénes reunieran las condiciones de pobreza y falta de cobertura.

El llamativo descuido oficial de los servicios universales de salud que no llegaron a figurar entre los temas centrales para la opinión pública, puede explicarse debido a que prácticamente sólo los sectores de bajos ingresos son los que utilizan los servicios estatales. La declinación de la salud pública es evidente y tanto el gasto público en salud por habitante como la participación en el PBI del gasto público en salud (excluyendo Obras Sociales) permanece en niveles bajos²⁸ (Ver cuadro 6) (Cortés y Marshall,1999: 204). El subsector público parece haber sobrevivido sin grandes cambios pese a las recomendaciones de médicos, técnicos y organismos multilaterales.

²⁸ No supera el 2%.

En efecto, los intentos de reforma del subsector público de la salud no fueron drásticos ni implicaron una prioridad –en la práctica- para el gobierno nacional. Sin embargo, en el año 1996 el ejecutivo se comprometía ante el Banco Mundial²⁹ a llevar a cabo ciertas "políticas básicas" expuestas en el Decreto 1269/92 tendientes a: 1) mejorar la accesibilidad, la eficiencia y la calidad de la atención médica; 2) reducir los riesgos evitables de morbilidad y mortalidad y 3) reformular y reorientar el papel del Estado en el sector salud. En función de estos tres objetivos y de uno mayor que los subyacía ligado al reaseguro del pleno ejercicio del derecho a la salud de la población, se definieron estrategias sectoriales ligadas a la regulación y planificación estratégica del Estado; la búsqueda de un consenso con las jurisdicciones provinciales (a través del COFESA); la elaboración de un modelo de prestaciones que le diera prioridad a los servicios y que asumiera una mayor eficiencia en cuanto a costos; a la construcción de indicadores "confiables" que permitieran monitorear y evaluar los programas en ejecución; la reducción del financiamiento del lado de la oferta para suplantarlo con el lado de la demanda y por último, a la elaboración de una política de asignación de recursos que asegurara un control de costos.

En este marco y bajo estas prerrogativas, el gobierno se comprometió a llevar a cabo políticas sectoriales y programas específicos. En particular, cabe resaltar la relevancia señalada en el documento a la priorización de la atención materno-infantil, la modernización del Hospital Público -a través de la figura de los HPA, intentando ampliar efectivamente la cobertura de la población (Decreto del Poder Ejecutivo N°578/93)- y a la creación de un Registro Nacional de Hospitales Públicos Autogestionados.

III.II La reforma del subsector público: transferencia de hospitales nacionales y hospitales de autogestión

En el marco de la reforma en la década de los años noventa existieron dos estrategias de descentralización impulsadas desde el Estado nacional dentro del subsector público: por un lado, la transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las jurisdicciones provinciales y; por el otro, la promoción de la figura de los Hospitales Públicos de Autogestión – en adelante HPA.

²⁹ Documento con título "*Argentina, Reforma de las obras sociales. Carta de políticas*", dirigido al Sr. James Wolfensohn, Presidente del Banco Mundial en marzo de 1996 firmado por Ministros de Salud y Economía y el Jefe de Gabinete de Ministros.

Aunque es cierto que ninguna de estas estrategias descentralizadoras fue novedosa puesto que ambas tienen antecedentes que se remontan a la década de los años sesenta, cabe resaltar que existe una diferencia en el marco político institucional de las mismas. La descentralización de los años setenta, señalada en apartados anteriores, estuvo caracterizada por el protagonismo de un gobierno nacional autoritario y gobiernos provinciales delegados del poder central. En cambio, la descentralización más reciente se produjo con plena vigencia de los derechos constitucionales, lo cual permitió un mayor poder de negociación de las autoridades provinciales que lograron -esta vez- un compromiso de coparticipación mínima de impuestos por parte de la Nación.

Como vemos, entonces, una característica distintiva del proceso de descentralización del subsector público de salud es su gradualismo, particularmente en relación con la descentralización de hospitales. El hecho que este proceso haya sido impulsado en diversas ocasiones dejó un margen para que el sistema lograra cierto reacomodamiento. Esta posibilidad, que resultó del largo período (1970-1990) dentro del cual se sucedieron estos intentos, le otorgó al área un rasgo peculiar respecto de otro tipo de transferencias similares³⁰ (Repetto, *et al*, 2001).

Asimismo, es fundamental tener en cuenta que el proceso de descentralización se da en el marco de una organización de la provisión de la salud que está íntimamente relacionada con las disputas entre la Nación y las provincias por el reparto de los recursos tributarios recaudados por el Estado nacional. En consecuencia, la estrategia de descentralización no puede ser entendida como un hecho aislado, sino que debe ser contextualizada en el marco de la redefinición de las relaciones financieras entre Nación y provincias que se plantearon con el régimen de Coparticipación federal de impuestos.

Transferencia de hospitales nacionales

En 1991 se dispuso la transferencia de 19 establecimientos que el Estado Nacional conservaba en diferentes jurisdicciones (12 fueron transferidos a la Ciudad de Buenos Aires, 4 a la provincia de Buenos Aires y 3 a la provincia de Entre Ríos). El total de

³⁰ Como en el caso de lo ocurrido en el sector educativo con la transferencia de los establecimientos educativos primarios en 1978 y de educación media en 1992.

hospitales transferidos empleaba un total de 9200 agentes y representaba un gasto de \$110,7 millones anuales. Este monto equivalía a poco más del 22% del Gasto Público Consolidado en salud de la Administración Nacional (\$500 millones) (Repetto *et al*, 2001: 22). Hacia finales de los años noventa, quedaban bajo la órbita del Estado nacional sólo 7 establecimientos con internación y 9 sin internación.

Es importante tener en cuenta que el proceso de transferencia se dio en el marco de un replanteo explícito de las incumbencias de cada nivel jurisdiccional, orientado a disminuir la participación del Estado nacional en la prestación de servicios de salud pública. En efecto, la descentralización es considerada por los actores relevantes del sistema (MS y sus pares provinciales en el marco del COFESA) como una estrategia para la reforma del Estado en el sector salud. La lógica que motivó la transferencia de hospitales estuvo, en realidad, orientada a lograr el equilibrio fiscal de las cuentas nacionales. De hecho, los gobiernos provinciales vieron en la transferencia de hospitales una posibilidad de recibir fondos que mejoraran su situación financiera, dado que a diferencia de las demás funciones sociales, en salud no existe ningún fondo que se distribuya de acuerdo a indicadores que correspondan al sector, de manera que éste no cuenta con una asignación específica de los fondos transferidos por Coparticipación Federal (Bisang y Cetrángolo, 1997:20)

El resultado de la transferencia de hospitales en términos de su impacto real, va a ser distinto según la configuración del sistema de salud provincial en cuestión. Asimismo, otras restricciones como las presupuestarias de cada provincia, las políticas sanitarias locales y regionales, los perfiles de demandas y los marcos regulatorios específicos enmarcan el proceso de transferencia y le otorgan características distintivas (Repetto, *et al*, 2001: 22).

Hospitales Públicos de Autogestión

La autogestión hospitalaria fue impulsada desde el nivel nacional con el supuesto objetivo de elevar la eficiencia de estructuras hospitalarias sobredimensionadas, con financiamiento cruzado hacia las Obras Sociales, de sistemas de referencia y contrareferencia inadecuados y de arraigadas prácticas tradicionales de gestión (Sojo, 2000: 40). Para su desarrollo se necesitaba no sólo la adhesión de las provincias sino también de medidas concretas tendientes a aumentar el margen de autonomía para la administración de los hospitales.

En 1993, el Decreto 578/93 instauró el marco jurídico general para la autonomía hospitalaria. El hospital público de autogestión (HPA) tienen antecedentes en antiguos proyectos tendientes a modernizar y agilizar la administración de los establecimientos públicos. Entre ellos se encuentran los “hospitales de reforma”, una experiencia piloto desarrollada en la década de los años sesenta en la provincia de Buenos Aires. Este proyecto procuró desarrollar la descentralización administrativa, la participación de la comunidad y del personal en las decisiones y fuentes alternativas de financiamiento, dada la creciente intervención de las Obras Sociales en la financiación de la atención médica. Este proyecto duró menos de tres años y fue implementado como experiencia piloto en dos hospitales regionales.

Otro antecedente de los HPA, lo constituyen los hospitales que se enmarcan en la modalidad autárquica de los “Servicios de atención médica Integral para la Comunidad” (SAMIC) creada en 1967 y que implicó una innovación importante a partir de la incorporación de la figura de personería jurídica para los hospitales, sin la cuál el establecimiento no gozaría realmente de capacidad decisoria para actuar de manera descentralizada (Repetto *et al*, 2001).

Respecto a la reforma de 1993, el espíritu que la impulsó concibe al HPA dentro de un sistema de redes de servicios de salud centradas en el hospital, que deben articular y coordinar los servicios de salud de los prestadores públicos y privados en un sistema de cobertura universal y obligatoria, con una estructura pluralista, participativa y de administración descentralizada. Se estableció que las Obras Sociales debían pagar a los hospitales los servicios recibidos por sus beneficiarios, y un mecanismo para deducirles automáticamente de las transferencias que reciben por concepto de cotizaciones, aquellas deudas que contrajeran los hospitales.

En este sentido, una de las principales innovaciones del régimen de Autogestión consiste en el sistema de débito automático que garantiza el pago de las Obras Sociales de las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los HPA. La introducción de este sistema resulta relevante, en tanto los hospitales tenían frecuentes dificultades para cobrar sus facturas a las Obras Sociales, que priorizaban la cancelación de sus compromisos con los

prestadores privados. Asimismo, la idea de la participación pluralista está presente en la conformación de los directorios³¹.

Otra innovación que trajo aparejada esta reforma fue la intención del MS de trasladar paulatinamente el “*subsidio a la oferta*” por el “*subsidio a la demanda*” (Repetto, *et al*, 2001: 24). Esto implicó que todo paciente que concurriera al hospital público contaría con algún tipo de financiación, ya sea de seguridad social, de las empresas Prepagas o del Estado. En cuanto a los trámites de inscripción, se estableció a través del decreto 578 que a los efectos de la puesta en marcha del Registro Nacional de Hospitales Públicos Autogestionados, las jurisdicciones podrían inscribir por única vez a todos los hospitales que adhirieran al sistema con la sola presentación de una carta de intención estableciendo su compromiso a adecuar esos establecimientos. Asimismo, se estableció que podrían ser incluidos en el Registro los establecimientos asistenciales que por su localización geográfica, nivel de complejidad y características locales no cumplieran totalmente los requisitos. Hasta el 31 de Diciembre de 1999, se habían inscripto 1153 establecimientos (Cuadros 8 y 9).

En cuanto al apoyo y a la cooperación técnica necesarias para la implementación del HPA y para la formación y capacitación de sus recursos humanos, se estableció que ésta sería canalizada a través de la Secretaría de Salud del MS. Para asistir técnicamente el desarrollo del modelo del HPA, el Estado nacional gestionó un préstamo del banco Mundial que financió el Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL) y que desarrolló una experiencia piloto en tres jurisdicciones: Ciudad de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires y Mendoza. En ellas se seleccionaron establecimientos que recibieron aportes en infraestructura, equipamientos, capacitación y asistencia técnica. En el resto de las provincias se financiaron algunos proyectos menores, principalmente de consultoría para la reforma institucional de los establecimientos.

En particular, todos los Hospitales previamente adheridos al sistema de "HPA" se ven sometidos al siguiente mecanismo de cobro: la recaudación del dinero de las Obras Sociales (OS) realizada por la AFIP es transferida a la Superintendencia de Servicios de

³¹ Se representa a la Nación, a los prestadores públicos, a los prestadores privados, a las obras sociales con mayor cantidad de beneficiarios, a los municipios con autonomía institucional y a los asegurados.

Salud (SSS) quién, a su vez, los redistribuye a los llamados "Programas Especiales"³² y a las OS. Simultáneamente, la SSS reparte un "CD" a los Hospitales con el padrón de afiliados a las OS. De esta manera, cuando un paciente se interna en el Hospital Público, se le pide el número de DNI y, a través del CD, se sabe si está en una OS. Si -efectivamente- el paciente pertenece a una OS, el Hospital le factura las prestaciones a la OS correspondiente. Si dentro de los 3 meses subsiguientes, la OS no le paga al Hospital, la SSS está habilitada a realizarle a la misma un débito automático *antes* de distribuirle el dinero que le corresponde por la cantidad de afiliados que tiene. Esto es, se le quita la suma correspondiente a lo que la OS le debe al Hospital.

Paralelamente, es necesario considerar que con anterioridad al Decreto de HPA las Provincias ya tenían normas orientadas a cobrar las prestaciones que daban sus hospitales a los asegurados por Obras Sociales y otros. Asimismo, después del cambio de gobierno en Octubre de 1999) el régimen de Hospitales de Autogestión fue reemplazado el 24 de Octubre de 2000, a través del Decreto 939/00, por el de Hospitales de gestión Descentralizada. Sin embargo, no existieron modificaciones sustantivas respecto del mecanismo de cobro aunque deberían haber existido puesto que, en definitiva, este nuevo sistema debería ser superador del anterior.

Por último, es importante tener en cuenta los datos de población cubierta por OS en cada Provincia de manera de poder analizar la potencialidad de los HPA en el cobro a terceros pagadores. Si en alguna provincia casi toda la población se atiende en el hospital público, no habrían muchas posibilidades de recaudar fondos extras por este medio. Por ende, el impacto del HPA sería diferencial según los casos.

³² Son seguros internos para las OS que tienen por objetivo compensar los costos superiores que éstas asumen por cuestiones de alta complejidad médica.

Cuadro 7: Establecimientos inscriptos en el Registro de Hospitales Públicos de Autogestión y su capacidad instalada, por tipo de dependencia

Jurisdicción	Cantidad de establecimientos		Capacidad instalada (camas)
	Abs.	%	
Nacional	7	0,61	2.395
Provincial	745	64,7	46.997
Municipal	394	34,06	18.914
Universitarios	6	0,53	1.003
Otros	1	0,09	460
Total	1153	100	69.769

Fuente: Repetto *et al*, 2001, 31.

Cuadro 8: Establecimientos inscriptos en el Registro de Hospitales Públicos de Autogestión y su capacidad instalada, por jurisdicción

Jurisdicción	Cantidad de establecimientos	Capacidad instalada (camas)
Capital Federal	40	10.805
Buenos Aires	299	24.486
Catamarca	13	634
Córdoba	127	1.666
Corrientes	16	1.300
Chaco	46	1.769
Chubut	30	931
Entre Ríos	64	4.704
Formosa	7	504
Jujuy	23	1.937
La Pampa	66	718
La Rioja	44	532
Mendoza	41	2.942
Misiones	41	1.410
Neuquén	0	0
Río Negro	28	1.252
Salta	17	1.739
San Juan	14	1.376
San Luis	17	659
Santa Cruz	1	230
Santa Fe	131	5.871
Santiago del Estero	53	1.898
Tierra del Fuego	2	167
Tucumán	33	2.239
Total	1153	69.769

Fuente: Repetto, *et al*, 2001,32.

En realidad, la estrategia de impulso de los HPA se inserta en la reforma más global del sector salud, que también supone una reconversión de las Obras Sociales. Sin embargo, como ya vimos, la principal motivación para la reforma de los establecimientos fue de corte financiera, de manera que el régimen de HPA -más allá de las expresiones que existieron en esta dirección- no promovió efectivamente cambios sustantivos en la administración de los hospitales. Solamente amplió las posibilidades de recaudar recursos de fuentes alternativas. Cabe remarcar que, paradójicamente, ni siquiera se han alcanzado resultados mínimamente aceptables en materia de captación de recursos adicionales, puesto que este esfuerzo se dirige mayoritariamente al recupero de pagos por servicios prestados por entidades -las Obras Sociales- que también están sujetas a problemas presupuestarios (Repetto, *et al*, 2001: 27).

En síntesis, la reforma del subsector público en función de la descentralización – transferencia de hospitales nacionales a jurisdicciones provinciales y promoción de la figura de los HPA- no fueron características de la década de los años noventa, sino que reconocen antecedentes que se remontan a la década de los años sesenta.

La transferencia de hospitales nacionales realizadas en 1992 fue la culminación de un proceso que se había iniciado con las transferencias de 1962 y 1968, retomadas luego con fuerte impulso en 1978. En realidad la transferencia de los hospitales públicos terminó siendo meramente un desplazamiento de las responsabilidades administrativas desde el nivel nacional a las provincias y a la Ciudad de Buenos Aires. En este sentido, solamente implicó una mayor carga presupuestaria para las administraciones provinciales y de la Capital federal, pero no acarreó cambios sustantivos en cuanto a mejoras en la calidad de atención o apertura a la participación comunitaria.

III.III La reforma del subsistema de Obras Sociales

Desde sus inicios, las Obras Sociales han sido una fuente de poder económico para el liderazgo sindical y contribuyeron al mismo tiempo a sostener su poder político. Durante la década de los años noventa, el gobierno, junto con las organizaciones de empleadores y el Banco Mundial propuso con insistencia la necesidad de mejorar la eficiencia de los

servicios de salud para los asalariados y para esto sostuvo la necesidad de permitir a las firmas de seguro privado ofrecer cobertura en salud en forma simultánea a las Obras Sociales, de manera que los trabajadores pudieran elegir libremente entre unas y otras. Este proyecto de desregulación de las Obras Sociales erosionó el monopolio de los sindicatos en la provisión y financiamiento de la cobertura de salud de los asalariados. Evidentemente, la concreción de esta reforma, hubiera atentado directamente contra uno de los recursos de poder más importantes del sindicalismo puesto que hubiera desviado los aportes hacia las firmas privadas. En consecuencia, la reacción del sindicalismo fue de una resistencia activa contra estas medidas. Justamente, por la importancia que tenía para ellos el control de las Obras Sociales, el Ejecutivo pudo utilizar reiteradamente la amenaza de la desregulación total de las mismas para negociar con los líderes sindicales su apoyo a la reforma laboral y a otros proyectos u obtener su respaldo electoral, reiterando las propuestas de desregulación. La desregulación de las Obras Sociales probablemente, todavía no se completó porque los Gobiernos se reservan esas reformas, a la que eran especialmente sensible los sindicatos, como pieza de intercambio para alcanzar otros objetivos considerados más prioritarios.

Aunque la desregulación total no llegó a legislarse, hubo un importante avance en este sentido a través de un decreto en el año 1993 que habilitó a los trabajadores a optar por una Obra Social que no perteneciera a la actividad económica de empleo. Esto permitió el desplazamiento de las afiliaciones hacia aquellas Obras Sociales donde, aprovechando algunas ambigüedades de la legislación, los sindicatos habían acordado con empresas de medicina Prepaga la transferencia de contribuciones patronales y personales. Por otra parte, se legisló la libre elección entre Obra Social y seguro privado para el personal jerárquico. En la práctica, la conjunción de estos factores permitió la ampliación de la participación del sector privado en el sistema de cobertura de salud de los asalariados (Cortés, Marshall, 1999: 206).

III.IV Componentes relevantes de la reforma de las Obras Sociales

Frente a la necesidad de mejorar el funcionamiento del sector, la administración menemista, -a partir de 1991- se dedicó a trazar un programa de reformas que contaron con financiamiento de los bancos multilaterales de desarrollo. Estas apuntaron, principalmente, a abrir la competencia entre las Obras Sociales para luego incorporar también a la medicina Prepaga. Sin embargo, el análisis de la reforma de la atención médica en la Argentina tiene

que tener en cuenta la situación conflictiva que resulta de la definición de nuevas reglas de juego en la organización del sistema que derivan, a su vez, del agotamiento de las formas regulatorias anteriores y de las estrategias llevadas a cabo por los diferentes actores que forman parte del sistema. En este sentido, podemos sostener que la reforma no se sitúa en un momento y bajo la jurisdicción de un área estatal específica, sino que lo que sucede es que el Estado se orienta a ordenar un sistema en crisis en un área de significativa importancia social, dónde su presencia ha sido tradicionalmente débil.

En efecto, es importante resaltar que la elaboración de una política de cambio debe tener en cuenta las capacidades institucionales y organizacionales, tanto de las agencias estatales que toman la conducción del proceso, como de las entidades y actores que se verán afectados por el mismo. Por eso la reforma del área de salud partió de un diagnóstico que le asignaba responsabilidad por el deficiente cumplimiento de los objetivos específicos del sistema de servicios de salud a las relaciones construidas por sus principales actores en el período 1970-1990 y proponía la transformación de esas relaciones a partir de la desregulación sectorial y el consiguiente incremento de los mecanismos de mercado. Se consideró que el marco regulatorio vigente y las capacidades institucionales desarrolladas conforme a su normativa, constituían un obstáculo para el logro de fines del sistema.

Una de las estrategias más importantes de intervención consistió en debilitar la relación entre corporaciones como trama institucional a cargo de la regulación del sistema de servicios y reemplazarla por relaciones de competencia en un mercado abierto. En este sentido, la reforma se trató de implementar a través de la sanción por decreto de la desregulación de las Obras Sociales y de la libertad de contratación entre Obras Sociales y proveedores de atención médica. Sin embargo, esta posibilidad encontraría múltiples obstáculos en términos de viabilidad política para su implementación. La anulación por decreto de las reglas de juego (y parte de las relaciones de poder) existentes no supuso la generalización de condiciones de competencia. El instrumento legislativo no tuvo la capacidad de transformar el conjunto de reglas informales que habían ordenado durante dos décadas las relaciones internas del sector. Veamos, brevemente, la forma que asumió este proceso.

Las reformas sustantivas del sector comenzaron en el período 1990-1991 y los principales protagonistas en el proceso de transformación fueron los sindicatos, ya que las Obras Sociales constituyen una parte clave de sus recursos organizacionales fundamentales. Asimismo, el proceso de reforma se caracterizó por una lucha política con largas y difíciles negociaciones entre los sindicatos y el gobierno. Debido a estos obstáculos políticos, las iniciativas reformadoras fueron implementadas a través de decretos y resoluciones que permitieran minimizar las dificultades. La aplicación de los decretos ha sido irregular y se caracterizó por sucesivas idas y venidas (Acuña y Tuozzo,1999:29).

Sin embargo, la reforma en discusión comenzó a tomar forma en 1993, en ocasión de lo que se denominó el “Plan Social” y que consistió en un conjunto de políticas y programas ya en marcha reunidos bajo esa denominación. De todo modos, la medida que sí constituía una novedad fue la contenida en el decreto 9/93, conocida como “Libre elección de las Obras Sociales”. La misma se sustentaba explícitamente en dos de los más poderosos argumentos en los que tradicionalmente se fundaron las críticas al sistema y las diferentes propuestas de reforma: esto es, la condición cautiva de los beneficiarios como uno de los problemas básicos causantes de ineficiencia y el carácter formal que revestían las declaraciones de solidaridad como fundamento del sistema, elemento que se hacía evidente en las prestaciones entre entidades. Pero más allá de estas cuestiones, la medida atentaba directamente contra la modalidad clásica de inserción del sindicalismo, actor cuyo poder global se vería drásticamente disminuido. Por último, en relación al primero de los puntos críticos (la afiliación obligatoria), se ha sostenido que este elemento le ha quitado al sistema una característica fundamental : la competencia.

Entonces, el decreto 9/93 constituyó la primera formalización oficial de la reforma y puede considerárselo el puntapié de un largo proceso de negociaciones que expresaron las características históricas del sector en nuestro país.

Ahora bien, para poder analizar el proceso de reforma en el subsector de las Obras Sociales es necesario tener en cuenta dos cuestiones. La primera refiere al hecho de su peso cuantitativo dentro del sistema. Como se dijo más arriba, la mitad de la población cuenta con Obra Social (sin incluir a quienes poseen doble cobertura de Obra Social y Prepaga) (Ver cuadro1). La segunda, se vincula directamente con el actor por el que es

imprescindible comenzar el análisis: el sindicalismo y los rasgos estructurales de su participación en el sistema. Es un hecho característico de nuestro país, el que haya sido cada sindicato de rama el gerenciador y administrador del seguro. Esto explica el alto número de entidades existentes. Además, este diseño organizacional, por el que cada entidad fue agente recaudador y prestacional creó condiciones estructurales para desarrollar prácticas que fueron “más de *dispersión* que de *confluencia*”³³ tanto de afiliados como de dirigencias. En este esquema, cada entidad expresaba la capacidad de compra promedio de la rama igualando en su interior a los trabajadores de distintas franjas salariales. Se trataba de una “solidaridad fragmentada” desde su origen, pues la redistribución operaba sólo en el interior de cada rama, pero existía un esquema redistributivo progresivo, ya que aún en el interior de cada Obra Social las diferencias salariales se tornaban en idéntica capacidad de “compra” y acceso a los servicios (Danani:1998).

Más allá de ello, con el intento de reforma, el sindicalismo legitima su crítica al proyecto de libre afiliación argumentando que atenta contra la solidaridad que la organización del subsistema entraña, aunque el sistema ya había pasado de aquel esquema de distribución que igualaba al interior de cada rama, a un sistema que personalizaba el aporte y reproducía directamente la estructura de ingresos personales. En efecto se había transformado el aporte en una cuota individual. Evidentemente, esto implicó la eliminación de cualquier transferencia de fondos de los asalariados de mayores ingresos a los de menores. Esto significa que el subsistema de Obras Sociales había dejado de estar en condiciones de oponer resistencia efectiva a una reforma del sistema. Una forma de explicar que esta aún no haya sido completada, es pensar que los Gobiernos prefieren preservar este espacio, desde el cuál estos grupos confrontan y se acomodan con el proyecto oficial, porque el hecho de tener el poder sobre “algo” que los sindicatos no quieren perder, puede constituirse en una condición que facilite el tránsito hacia la política estratégica del período.

Por ende, la supuesta “demora” en la reforma del subsector, puede leerse no como tal, sino como un largo proceso de medidas de implementación aparentemente parciales que dieron

³³ Danani, Claudia: “*Los procesos de que esconde la reforma de la seguridad social argentina: el caso de las obras sociales.*”, trabajo presentado en el marco del Congreso LASA, Chicago 1998.

lugar a reposicionamientos, alianzas y transacciones al cabo de los cuáles las medidas que se quisieron efectuar se tornaron inaplicables o acarrearón consecuencias no previstas a la hora de su formulación. La prioridad gubernamental era la flexibilización del mercado laboral. En consecuencia, se utilizó la amenaza de la desregulación de las Obras Sociales para negociar con los sindicatos y lograr implementar aspectos de la reforma laboral.

En suma, los diferentes vaivenes políticos ocurridos entre sindicatos y gobierno pueden comprenderse teniendo en cuenta las tensiones inherentes a una coalición de gobierno que por un lado, impulsaba políticas orientadas al debilitamiento y fractura de los sindicatos, pero al mismo tiempo necesitaba el apoyo electoral de sus bases. En 1993, luego de varios intentos fallido, se promulgó el decreto de desregulación de las Obras Sociales. Sin embargo, durante el período 1993-1995 no entró en vigencia, entre otras cuestiones, por las necesidades electorales del gobierno. Solamente las presiones ejercidas por el Banco Mundial que otorgó dos préstamos de reforma en 1995, activaron las medidas de desregulación de las OS. Sin embargo, este proceso se llevó a cabo en forma discontinua y con fuerte oposición del sindicalismo. Hacia la mitad de 1995, el gobierno menemista impulsó la reforma laboral y presionó a la CGT³⁴ para eliminar las negociaciones colectivas de trabajo y romper con el control sindical de las Obras Sociales. Hacia fines de 1996, se avanzó más intensamente a través de las Leyes 23.660 y 23.661 en la descentralización del sector salud. El programa de reforma que se esgrime en el documento de solicitud de financiamiento al Banco Mundial³⁵ sostiene que el objetivo de la reforma de las Obras Sociales empieza por el desarrollo de un sistema de padrón de afiliados, de manera de sentar las bases que harían factibles en la práctica la libre elección de la Obra Social en conformidad con las normas vigentes en ese momento. En 1996, el Gobierno buscaba mejorar la situación económica de las Obras Sociales mediante su reestructuración financiera (de manera que pudieran cancelar la deuda elegible), la racionalización del

³⁴ En el modelo de organización del sistema de servicios previo al proceso de cambios es posible identificar un marco regulatorio construido a partir de la década del '60 en función del acuerdo de las grandes organizaciones a cargo del financiamiento y provisión de los servicios de atención médica. Se trata de las organizaciones financiadoras – las obras sociales- que se nuclearon en los años '60 alrededor de la CGT, beneficiándose de la capacidad de la central obrera ante las agencias del Estado. Las organizaciones representativas de la población beneficiaria de la seguridad social médica se constituirán por esa vía en actores de naturaleza corporativa (Belmartino:1999)

³⁵ ³⁵ Documento con título "*Argentina, Reforma de las obras sociales. Carta de políticas*", dirigido al Sr. James Wolfensohn, Presidente del Banco Mundial en marzo de 1996 firmado por los Ministros de Salud y Economía y el Jefe de Gabinete de Ministros.

personal y la asistencia técnica para la elaboración de políticas y normas que permitieran el adecuado monitoreo del proceso y la formulación de planes para la reforma.

Recordemos: hasta ese momento, a través de los decretos 9/93 y 576/93, se establecía la libertad de elección de la Obra Social para los afiliados del sistema; la posibilidad de que las Obras Sociales contrataran en forma directa con prestadores individuales y la obligación de las instituciones del sistema nacional de salud de pagar los servicios brindados por los hospitales públicos a sus afiliados. Asimismo, a través de los decretos 292 y 492, dictados en 1995, se establecía que: 1) se diera una distribución automática de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución, 2) que se eliminarán las coberturas múltiples y se unificarán los aportes a las Obras Sociales, 3) la libre elección por parte de los afiliados al INSSJP³⁶ entre el Instituto y las Obras Sociales, 4) mecanismos de financiamiento que aseguren la cobertura de salud para trabajadores *part time* y 5) la reestructuración y disolución de los "Institutos de Servicios Sociales". En ese mismo decreto se establecía la creación del Programa Médico Obligatorio³⁷ para todos los beneficiarios del Sistema Nacional de Seguridad Social. Por último, con una resolución administrativa, la Jefatura de Gabinete de Ministros establecía que la responsabilidad de la dirección y ejecución del Programa de Reforma de las Obras Sociales correspondería al MS.

Esta situación se mantuvo, entonces, con cierta estabilidad hasta que en 1998 el Gobierno retrocedió de nuevo a través de la promulgación de un nuevo marco regulatorio que le dio al sindicalismo una nueva cuota de poder, otorgándole derechos de aprobar o rechazar los pedidos de traspaso entre Obras Sociales, situación que les permitió evitar una gran pérdida de afiliados y contener el avance de la medicina Prepaga. En el año 2000, después del cambio gubernamental de Octubre de 1999 por el que asumió el gobierno la Alianza (UCR y FREPASO) a través del decreto 446, se buscó incrementar la solidaridad del sistema mediante el fortalecimiento del fondo Solidario de Redistribución, aumentando los aportes al mismo en relación con el nivel salarial. Además, querían que se asegurara un pago por "beneficiario" (no por afiliado como era hasta ese momento) y que se incrementarían las

³⁶ Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados.

³⁷ El PMO es un listado de las prestaciones que obligatoriamente deben brindar las Obras Sociales Nacionales. En su estado actual, en realidad, reproduce el modelo prestacional vigente, con un fuerte acento

posibilidades de optar libremente entre más agentes de salud (permite a las Prepagas inscribirse como agentes de salud con la obligación de brindar las mismas prestaciones y en igualdad de condiciones que las Obras Sociales). La Superintendencia de Servicios de Salud fue la encargada de reglamentar el decreto de desregulación para que entrara en vigencia en enero del 2001. Pero la última decisión del ejecutivo en marzo del 2001, fue la de suspenderlo, en primer lugar, porque las Obras Sociales habían cuestionado la desregulación ante la Justicia y habían obtenido fallos favorables. En segundo lugar, porque el gobierno lograba, de esta manera, evitar tener que pagarles a las Obras Sociales - a partir del 1° de enero- 100 millones de pesos adicionales. Los decretos ahora suspendidos preveían que a partir de abril la AFIP debía descontar una suma superior sobre los aportes a las Obras Sociales para el fondo de Redistribución. Con ese dinero, este último, debía garantizar que todas las Obras Sociales recibirían 20 pesos por mes y por beneficiario, inclusive para los trabajadores de salario mínimo. Así, en lugar del 10% de los aportes a las obras sindicales y del 15% a las entidades de dirección, los decretos fijaron un descuento superior. Ante esto, un número importante de Obras Sociales que aglutinan el 70% del padrón de afiliados lograron que la Justicia suspendiera la aplicación de los decretos. A esas Obras Sociales, la AFIP no podía descontarles el mayor aporte con destino al fondo pero sí debía seguir garantizándoles el dinero establecido por titular. De esa manera, el Fondo pasaba a tener un déficit del orden de los 100 millones anuales que debía ser cubierto por el tesoro Nacional. En consecuencia, el Ejecutivo decidió suspender el decreto hasta que existiera una sentencia definitiva y seguir con el anterior criterio de aportes y redistribuciones. Pero en la decisión oficial también influyó un tercer hecho: ninguna empresa de medicina Prepaga ingresó a la desregulación por discrepancias con el nuevo sistema (por considerar que los 20 pesos por beneficiario no alcanza para cubrir una atención médica integral) y también porque no estuvieron de acuerdo con el impulso de los cambios a partir de un decreto de necesidad y urgencia.

Con la suspensión de la desregulación, los afiliados ahora sólo pueden cambiar de Obra Social una vez por año. Así, un afiliado a una Obra Social sindical puede elegir otra entidad sindical. Y el personal de dirección sólo puede elegir otra Obra Social jerárquica. De esta forma, quedó suspendida la opción de pasar de una obra sindical a una de dirección y viceversa. Y también que una Prepaga actúe como Obra Social.

en los procesos curativos de mediana y alta complejidad. Asimismo, carece de un desarrollo suficiente de

En síntesis, los elementos claves del proceso de reforma a tener en cuenta son: i) que la historia de la misma tiene tantos capítulos como decretos del Poder Ejecutivo Nacional que la instrumentaron; ii) que la desregulación como tal comienza en 1993 al permitirse la libre elección. Simultáneamente, otra pieza clave de la reforma se vincula con; iii) la reducción de la alícuota de las contribuciones del empleador del 6% al 5% (Decreto 492/95), lo que implicó una pérdida de recursos³⁸ para el sector equivalente a un año entero de la recaudación de las Obras Sociales (excluyendo a los jubilados); iv) la redefinición del Fondo Solidario de Redistribución³⁹; v) la incorporación de un flujo financiero que compensa los subsidios indirectos del subsector público a las Obras Sociales a partir de la creación del régimen de HPA; vi) la regulación de la medicina Prepaga (que aún no entró en vigencia) y; vii) la apertura de la libre competencia entre Obras Sociales y empresas de medicina Prepaga por la captación de los trabajadores.

En suma, estos elementos, así como los señalados anteriormente, deben ser interpretados – una vez más- en el contexto de la lucha electoral, cuya propia lógica hace que los gobiernos se vean atraídos por captar el apoyo del actor sindical. La dinámica de la reforma va directamente en contra del pacto de apoyo mutuo establecido entre ambos actores. Desde ya, esta circunstancia juega en contra de las expectativas de cambio de los reformadores que se inspiran en las recomendaciones del Banco Mundial. Esta situación pone en evidencia la existencia de una brecha entre los objetivos de la reforma y la viabilidad política de la misma en el caso argentino. La posibilidad de llevar a delante un cambio en el sector afecta directamente en el corazón de uno de los ejes constitutivos del escenario político nacional. En última instancia, ante la progresiva pérdida de poder del actor sindical, por falta de otras alternativas, aferrarse al control de las Obras Sociales se convierte en una de sus principales estrategias.

acciones de prevención y promoción.

³⁸ \$3.752,3 millones

³⁹ En la década del '70, la Ley 18.610 estableció el FSR al cuál todas las OS estaban obligadas a aportar un 10% de sus ingresos con el objeto de compensar a las OS de menores ingresos. Pero la asignación de esos fondos fue, generalmente, discrecional. El Decreto 292/95 modifica las funciones del reparto del FSR dándole ingresos mínimos prefijados por \$40 por aportante titular. Luego el Decreto 446/00 establece alícuotas diferenciales de contribución (10%, 15% y 20%, según el nivel salarial) e integra el Fondo con una parte de lo recaudado a través de la extensión del Impuesto al Valor Agregado (IVA) a las prepagas.

Asimismo, las idas y venidas que se observan en este sentido también deben ser comprendidas, a partir de la observación de la existencia de una brecha de capacidad del subsector en cuanto a la posibilidad de mantener características tales como la solidaridad y la equidad. Con la desregulación, las empresas Prepagas lograrían captar a aquellos sectores de trabajadores que tuvieran los niveles más altos de ingreso, con lo cuál estos sectores más pudientes probablemente abandonarían el sistema provocando la quiebra de la lógica redistributiva, que aunque insuficiente sigue existiendo. Con respecto a la equidad, las Obras Sociales aún conservan ventajas frente al sistema de Prepagas. Por una parte, como resultado de la imposibilidad que éstas últimas tienen de realizar prácticas de selección adversas, no prestando servicios por enfermedades de gravedad previas y por tiempos de carencia. Por otra, porque a aquellos que se encuentran dentro del sistema se les brinda una cobertura muy amplia que incluye enfermedades y lesiones no contempladas en la Prepagas (Acuña y Tuozzo, 1999: 31).

En este sentido, el modelo de reforma que prevalece tiende a acotar el acceso a la salud a la capacidad adquisitiva individual. Aunque la implementación de un Plan Médico Obligatorio⁴⁰ garantizara un piso solidario, la desregulación de la provisión de salud con vistas a fortalecer una lógica de mercado corre el riesgo de debilitar lo que queda del sistema de salud argentino.

Por último, es interesante tener en cuenta que el eje de la reforma de las Obras Sociales, en realidad, se circunscribe a la Capital Federal y el Gran Buenos Aires. En efecto, las provincias son un actor casi ausente en este subsistema (salvo por la presencia del PAMI y alguna/s Obras Sociales provinciales). Este dato es clave para analizar la importancia del juego político que desencadena este intento de desregulación, puesto que las trabas tan enérgicas desplegadas en su contra, refieren a una zona acotada del país. Como podemos observar en el Cuadro 9, la concentración de la población que está afiliada a Obras Sociales está altamente concentrada. La provincia de Buenos Aires con un 38% de la población, tiene un 46% del total de los beneficiarios de las Obras Sociales. A su vez, Capital Federal con solo un 9% de la población representa el 11% de los beneficiarios.

⁴⁰ Canasta de servicios básicos que deben proveer las Obras Sociales para garantizar mínimas condiciones de equidad y hacer más transparente la competencia entre Obras Sociales.

En conclusión, los beneficiarios de las Obras Sociales están altamente concentrados en las cuatro jurisdicciones con más desarrollo económico del país.

Cuadro 9. Porcentaje de población cubierta Obras Sociales, según jurisdicción .1999

Provincia	Población total		Beneficiarios OS	
C. Buenos Aires	3.036.891	9	1.254.976	11
Buenos aires	13.711.746	38%	5.319.084	46
Catamarca	300.636	1%	71.229	1
Córdoba	2.994.848	9%	887.927	8
Corrientes	883.567	8%	183.999	2
Chaco	918.711	2%	182.474	2
Chubut	418.579	3%	97.143	1
Entre Ríos	1.087.274	1%	295.304	3
Formosa	469.573	3%	67.053	1
Jujuy	574.468	1%	133.085	1
La Pampa	291.979	2%	82.844	1
La Rioja	260.321	1%	62.097	1
Mendoza	1.548.729	4%	496.658	4
Misiones	928.076	3%	247.212	2
Neuquen	500.886	1%	136.595	1
Río Negro	583.079	2%	219.459	2
Salta	1.000.983	3%	204.664	2
San Juan	564.898	2%	124.753	1
San Luis	338.269	1%	124.293	1
Santa Cruz	191.292	1%	52.934	0
Santa Fe	3.008.956	8%	974.602	8
Santiago del Estero	710.718	2%	119.064	1
Tierra del Fuego	99.862	0%	38.196	0
Tucumán	1.247.551	3%	312.821	3
TOTAL	35.671.892	100%	11.688.466	100

Fuente: Tobar, 2001.

Conclusiones

El sistema de salud argentino se encuentra fuertemente fragmentado y desarticulado y esta circunstancia se constituye en una de sus principales características. Asimismo, la historia del formato actual se remonta a la década de los años cuarenta y a la constitución de un sistema sustentado en un modelo de desarrollo económico basado en el mercado interno y en el pleno empleo. En este contexto, el subsector público se conforma como tal bajo una fórmula universalista de atención que va encontrando, con el paso de los años, serias

limitaciones en su impacto real. Simultáneamente a este proceso, nos encontramos con la conformación del subsistema de seguro social que se torna un elemento central y constitutivo del sistema de salud argentino. Este subsector también se forma con el supuesto del pleno empleo y pretende dar cobertura de salud a los trabajadores por rama de producción. Asimismo, se asocia con la constitución de un actor clave en la arena política argentina de los últimos cincuenta años: el sindicalismo.

Entonces, tenemos un sistema de salud conformado por un sector público que pretende dar cobertura médica a toda la población y no logra llegar a los sectores más carenciados, un subsector de Obras Sociales que pretende dar cobertura a los trabajadores pero que no asegura a aquellos que engrosan el creciente grupo de los desempleados y, sobre todo, de trabajadores informales⁴¹. Y, por último, un subsector privado, que apunta naturalmente a los estratos sociales con mayor capacidad adquisitiva, pero que -como consecuencia no buscada de la acción/inacción de las Obras Sociales - está logrando una cada vez mayor inserción como prestador del subsector de OS, por lo que se desdibuja como competidor y, por ende, como fuente de una mayor eficiencia sistémica.

En este contexto, la reforma del área que se intenta llevar a cabo se centra en los subsectores públicos y de Obras Sociales, aunque el impacto esperable sobre el conjunto del sistema será consecuencia, fundamentalmente, de la reforma de este último subsistema. Esto es así porque, en relación al sector público, la reforma -basada en el proceso de descentralización-, no conlleva realmente en un elemento novedoso ya que desde la década de los años setenta se vienen impulsando este tipo de transferencias desde la Nación hacia las provincias. Asimismo, el espíritu que guía estas reformas es más bien de corte fiscal y no prioriza una reconversión de las capacidades institucionales y de gerenciamiento de los hospitales. La atribución de capacidades decisorias a los niveles subordinados de las organizaciones (desconcentración), por un lado, y la descentralización con transferencia de funciones a los niveles regionales, provinciales o locales de gobierno, por el otro, implican una redefinición del papel normativo y orientador del MS. En la práctica, la

⁴¹ Uno de los principales cambios operados en el país en los últimos años ha sido el aumento de la desigualdad y el incremento de la pobreza y de los problemas de empleo, afectando la calidad de vida de toda la sociedad. La prevalencia de la pobreza según ingresos afecta -en el año 2000- a una tercera parte de la población, proporción similar a quiénes sufren problemas de empleo (desocupación y subocupación). Fuente: Ministerio de Salud, "políticas de salud", 2000, www.msal.gov.ar

descentralización es una compleja operación política que supone negociaciones, asunción de responsabilidades, aprendizajes y maduración. Y, aunque este proceso es posible de ser rastreado retrospectivamente, desde hace por lo menos dos décadas, los tiempos de “maduración institucional” se vieron sucesivamente interrumpidos. En efecto, la evidencia disponible muestra que el transitar este camino con exceso de velocidad, resiente la calidad de los servicios a la vez que la frustración y el fracaso sustituyen a la acumulación de experiencias, reduciendo –inevitablemente- la efectividad de la reforma. En general, las transferencias en el subsector público de la salud se han realizado a partir de decisiones unilaterales del gobierno central, sin acuerdo con las provincias o municipios y con escasa comprensión al nivel local de las consecuencias y requerimientos de la nueva situación. Es importante tener en cuenta que enunciar el valor de democratización o revalorizar la capacidad teórica de gestión del nivel local, no debe por sí dar lugar a una transferencia abrupta, sin la creación de las condiciones suficientes para asegurar que esos objetivos se logren. Esto es, sin adoptar políticas de construcción de capacidades locales para la prestación de servicios, privilegiando las situaciones de mayor carencia en materia de gestión. En el caso argentino, la descentralización consistió –básicamente- en el otorgamiento de una mayor autonomía de gestión a los Hospitales Públicos (HPA). Sin embargo, la reforma tuvo su principal impacto sobre el vínculo entre el subsector público y el de las obras Sociales. En efecto, el objetivo de lograr una mejora de los Hospitales incorporando la recuperación indirecta del gasto producido por las prestaciones brindadas a personas con capacidad de pago para las mismas, impactó directamente sobre las Obras Sociales que se vieron obligadas a revisar sus finanzas por la reducción del presupuesto realizada por la SSS. En este sentido, la descentralización y redefinición del subsistema público muestra un mayor acento en sus aspectos de "ajuste" que de "reforma".

Por otra parte, en el caso de las Obras Sociales, su potencial desregulación corre el riesgo de impactar severamente sobre el conjunto del sistema. Sin embargo, su reforma definitiva se encuentra estratégica y momentáneamente demorada por razones principalmente políticas. Los sindicatos no tienen capacidad de frenar la reforma y están preocupados por perder el control de unos de sus recursos organizacionales y financieros principales. En consecuencia se aferran a las Obras Sociales, librando una batalla que se torna fundamental para mantener su poder global.

A la vez, el Gobierno, se guarda esa "carta bajo la manga" (la desregulación total) para negociar otras políticas coherentes con la estrategia económica imperante⁴², puesto que tener el control de un bien tanpreciado para el actor sindical lo posiciona en un lugar privilegiado para la negociación.

Respecto al sistema de salud en general, si se observa el área bajo estudio, se acentúa la evidencia de la relevancia para el análisis de una característica fundamental que condiciona fuertemente la dinámica política del sistema: esto es, la intensiva desarticulación de los tres subsistemas que componen el área de la salud (público, OS y privado). Por otra parte, la reconstrucción del proceso de reforma y la explicación de las razones que incentivaron a los diferentes actores para trabarla o impulsarla son elementos centrales que deben ser tenidos en cuenta en el análisis de este caso.

En función de lo analizado en el trabajo surgen entonces, como problemas fundamentales, en primer lugar, la deficitaria capacidad de gestión del MS nacional (aunque también de los provinciales) tanto para asegurar el funcionamiento efectivo de los HPA como para neutralizar la capacidad de veto de poderosos actores (con intereses comunes) como los sindicatos y las Prepagas. Por otro lado, este factor se superpone, en segundo lugar, con el subyacente corte interjurisdiccional (que deriva en una lógica de funcionamiento fuertemente desarticulada) puesto que este vector alude no sólo a la obvia fragmentación entre Nación y Provincias, sino también a la existente entre Provincias, por un lado, y entre éstas últimas y Municipios, por el otro. Es en este último sentido, que cabe resaltar el peso de la fragmentación (por su extensión y abarcabilidad) como factor clave en la explicación de la debilidad del sistema del salud. En tercer y último lugar, cabe resaltar también la falta de capacidad ministerial de articular o coordinar el sistema, que no encuentra ni en el CO.FE.SA ni en el Parlamento sustitutos funcionales. Por ende, la institucionalidad del sector de la salud en la argentina reproduce la desarticulación entre subsistemas y entre jurisdicciones y traba la posibilidad de una reforma efectiva.

Por último, un análisis de la dinámica político-institucional del sector implica tener en cuenta los siguientes puntos: i) la existencia de un actor público débil (en la figura del MS), que coexiste con actores de veto poderosos (sindicatos y Prepagas); ii) la ausencia de

⁴² Como lo fue en el caso de la negociación para la aprobación de la reforma laboral.

incentivos suficientes para lograr que el gobierno de turno impulse una política que destrabe la situación existente, aceptando hacerse cargo de los costos que eso implicaría. En este sentido, cabe resaltar que “la salud” es un tema poco reconocido como prioritario para la ciudadanía/electorado en general y, por ende, su reforma conlleva una alta conflictividad (con actores poderosos en el corto plazo) y un retorno en función del bien público en el mediano/largo plazo. Esta situación desincentiva un compromiso decidido en favor de una reforma sustantiva por parte de los *policy makers*.

En este sentido, algunos insumos para una recomendación de política, son los siguientes: i) es importante tener en cuenta los costos políticos del juego político-institucional en salud que se tornarían aceptables sólo de existir un acuerdo intertemporal entre partidos políticos (lo que significaría un acuerdo entre mayorías presentes y futuras). En suma, la reforma necesaria en salud sería factible si se diera una política de Estado; ii) parece ser una condición indispensable de cualquier reforma que apunte a integrar el sistema de salud y a asegurar su coordinación interjurisdiccional, la existencia de una autoridad política suficientemente poderosa como para debilitar la capacidad de veto de sindicatos y empresas privadas. Para ello, se deben reunir estas dos condiciones: no sólo es necesario lograr el acuerdo político sino que también resulta necesario crear una nueva institucionalidad; esto es, generar un cambio de reglas. Y, para ello, la precondition es la presencia de un actor que lo impulse y garantice (MS). Asimismo, iii) se necesitan, evidentemente, leyes, reglas de juego, etc., pero resultaría simplista sostener que estas vayan a operar sobre el comportamiento de los actores en juego sin la constitución de este nuevo “actor” o “alianza de actores” con capacidad de desestabilizar el equilibrio antes descrito (o de estabilizar el cambio impulsado). De una u otra forma, una reforma de salud que resuelva los problemas de desarticulación y de falta de coordinación muestra como preconditiones un acuerdo político interpartidario de largo plazo y el fortalecimiento del órgano burocrático- institucional nacional a cargo del proceso de transformación.

La profunda crisis iniciada en Diciembre de 2001 que resultó en la caída del gobierno del Presidente De la Rúa y en su reemplazo por una serie de presidentes hasta la asunción del Dr. Eduardo Duhalde a principios de enero, nos muestra la génesis de una política de salud que, en función de la dinámica política impuesta por los actores domésticos dominantes, se perfila en dirección opuesta. Las amenazas de desaparición del MS y su reemplazo por una

"coordinación" con menor rango que una Secretaría de Estado, parece responder a los intereses de corto plazo de los principales actores en juego: i) remueve la amenaza de control percibida por el subsector privado; ii) los sindicatos vislumbran también una disminución de la amenaza hacia su control sobre las Obras Sociales; y iii) la licuación de la autoridad nacional –bajo la figura de una mera “coordinación” de acciones provinciales– promete mayores recursos a las provincias por el desmantelamiento de lo que se presenta como una innecesaria burocracia nacional. Esta profundización del debilitamiento del poder federal en salud, no permitirá encarar los problemas centrales de este sistema en la Argentina aunque, a corto plazo, responda a las demandas e intereses de los actores políticos y económicos hegemónicos en el sector.

Hoy, frente a la demanda explícita por parte de los gobernadores y tácita del subsector privado y de los sindicatos de desmantelar el Ministerio a nivel nacional, los únicos actores que levantan un llamado a la cautela y en defensa de la necesidad de resguardar la función del Ministerio de Salud como tal son, paradójicamente, organismos multilaterales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En síntesis, la dinámica político-institucional del sector salud demuestra en forma descarnada como la lógica de intereses y toma de decisiones públicas es incapaz de responder a las prioridades y necesidades de salud. Por otra parte, ilustra aspectos centrales la conflictiva relación entre las necesidades más urgentes de nuestras sociedades y el papel de los organismos multilaterales.

Bibliografía

- Banco Mundial, Evaluación de la capacidad institucional para la reforma del sector social en la Argentina, Informe N° 21557-AR, Mayo del 2001.
- Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud, Washington D.C, Julio de 1993.
- Belmartino, Susana, Nuevas Reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro?, Ed. Lugar, Buenos Aires, 1999.
- Bisang, Roberto y Cetrángolo, Oscar. Descentralización de los servicios de salud en la Argentina, Santiago Chile, CEPAL – Serie de Reformas de Política Pública, 47, 1997.
- Cortés, R. y Marshall, Adriana. Estrategia Económica, instituciones y negociación política en la reforma social de los '90, Desarrollo Económico, n°154, Buenos Aires, 1999.
- Danani, Claudia. Los procesos que esconde la reforma de la seguridad social argentina: el caso de las Obras Sociales, Instituto Gino Germani, FSOC, UBA, Buenos Aires, 1998.
- Freylejer, Valeria, Sistemas de Salud: una antítesis global de un problema local, Pensamiento Económico, Buenos Aires, 1996.
- González García, Ginés y Tobar, Federico, Más salud por el mismo dinero. La Reforma del Sistema de Salud en la Argentina, Grupo Editor Latinoamericano –ISALUD, Buenos Aires, 1997.
- Isuani, Ernesto y Mercer, Hugo, La Fragmentación Institucional del Sector Salud en Argentina. ¿Pluralismo o Irracionalidad?, Mimeo, Buenos Aires, 1985.
- Langsam, Martín Gustavo. The Argentina Health Care System Politics of Reform During the 1990s, M. Sc. Dissertation in Public Policy in Latin America, St. Antony `s College, Trinity Term, Oxford, 2001.
- Madies, Claudia y Grünhut, Yael. El posicionamiento de actores sectoriales frente a las medidas dispuestas por el Decreto 446-00, Isalud, Buenos Aires, 2000.
- Odstrcil, Germán. Comparative Analysis of Health Care Systems. Trends of the Argentinean Model. Trabajo de Licenciatura en Administración, Universidad de San Andrés, Buenos Aires, 1998.
- Repetto, Fabián *et al* Transferencia Educativa hacia las provincias en los años 90: Un estudio Comparado, Fundación Gobierno y Sociedad, y Grupo Sophia, Buenos Aires, 2001.
- Repetto, Fabián *et al*. Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino. Documento de trabajo n°55, Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional, Buenos Aires, 2001.
- Sojo, Ana. Reformas de gestión de salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica, CEPAL, Chile, 2000.

- Tobar, Federico, Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina, Isalud, Buenos Aires, 2001.
- Tobar, Federico. El gasto en salud en Argentina y su método de Cálculo, Isalud, Buenos Aires, 2000.

Apéndice. Las características de la política de salud en general y sus determinantes institucionales.

A) Características de la política de salud

Respecto a lo observado en función de los condicionamientos político-institucionales que reproducen el equilibrio, en general, no pertinente, poco flexible, descoordinado y con baja legitimidad, se destaca: la ausencia de intereses/incentivos suficientes para que actores externos al sistema de salud destraben el equilibrio subóptimo existente. Entre estos potenciales actores se destacan: i) algunos gubernamentales (otras áreas del ejecutivo, el legislativo, la acción concertada de gobiernos provinciales); ii) otros no gubernamentales (ya sea privados –grupos económicos o asociaciones empresarias- o del tercer sector ; iii) organismos multilaterales (Banco Mundial, OMS, OPS, BID) y; iv) un mix de éstos que pueda romper el equilibrio existente.

CARACTERÍSTICAS	SALUD			
	SUBSISTEMA PÚBLICO		OBRAS SOCIALES	
			C	
PERTINENCIA	B	C	C	C
FLEXIBILIDAD (VS. RÍGIDEZ)		C		C
ESTABILIDAD	B		B	
COORDINACIÓN		C		C
LEGITIMIDAD		C		C

FUENTE: CEDI

NOTA: A: ALTO; B: MEDIO; C: BAJO.

PERTINENCIA

Dado que la pertinencia macro de una política está dada por su adecuación a la demanda/ necesidades y, por tanto, al grado en que fija correctamente las prioridades y la dirección de la acción, la pertinencia micro nos habla, entonces, de la eficacia y la eficiencia de la implementación y la gestión dentro de una política dada. En este sentido, el análisis del sistema de salud muestra poca pertinencia en ambos.

Existen tres componentes que explican esta afirmación:

1. La falta de adecuación a la realidad y a la demanda a la que, hipotéticamente, deberían estar respondiendo. Esta situación se ve acentuada en el caso de las OS ya

que, históricamente, este subsector se articuló en torno a una noción de mercado laboral básicamente ligada al pleno empleo⁴³. Es necesario tomar en cuenta que el sistema de salud se encuentra organizado sobre la base de una sociedad que definía a la pobreza como “estructural” y que no contaba con la problemática ocasionada por el incremento del desempleo en la década pasada⁴⁴. En la actualidad se está presenciando un aumento de la demanda de servicios de salud en magnitud y en heterogeneidad. Esto se debe a la incorporación a situaciones de pobreza de categorías sociales antes no sujetas a esa situación y, este último punto, es fundamental porque condiciona las posibles soluciones que se puedan proponer en relación al área. Si tuviesemos únicamente un problema de crecimiento de la demanda, sería acertado pensar en soluciones basadas en ampliar la cobertura para incluir a los “excluidos”. Pero el problema es que, en ese caso, estaríamos avanzando solo sobre un segmento de la población que ha sido definido, bajo otras condiciones, como el beneficiario de los servicios de salud. Un indicador interesante, en este sentido, es que entre los hogares más pobres se gasta una proporción mucho menor en salud⁴⁵ (4,2% contra 9,1%), lo cuál indicaría una mayor presencia allí del servicio hospitalario público y de menores niveles de atención. En efecto, es probable que el crecimiento de la demanda no se explique por el mayor uso del hospital por parte de los más pobres, sino por los “nuevos pobres” que mantienen hábitos ligados a su trayectoria anterior.

2. La falta de acento en la prevención que se manifiesta en la ausencia de políticas de coordinación con sectores no sociales que hacen a la provisión de servicios sanitarios (por ej, agua potable).
3. La ausencia de coordinación intrasectorial entre los tres subsistemas para satisfacer la demanda/ necesidades de la población. Por ende, la pertinencia de la oferta es baja.

Los puntos (2) y (3) muestran un baja pertinencia histórica y el ítem (1) refleja la incorporación de una nueva problemática al escenario (la pobreza). En síntesis, podemos afirmar que la falta de pertinencia macro resulta de antiguas y nuevas coordenadas.

⁴³Y, por ende, el subsistema de Obras Sociales cubría las necesidades de los todos los trabajadores.

⁴⁴ La heterogeneidad de la pobreza actual, la creciente pauperización de los sectores medios –que aún no se encuentran en condiciones de pobreza estructural, pero si han quedado fuera del mercado laboral y, por ende, han perdido el acceso a las OS- marca un escenario notablemente diferente al de hace una década atrás.

*Respecto al *subsistema público* la pertinencia es media puesto que, aún con serias deficiencias y algunas inequidades, logra responder a una parte importante de la creciente demanda de servicios hospitalarios públicos. Asimismo, cabe recordar que dentro del subsector y, más específicamente, al interior del MS algunos programas (como el PROMIN, por ejemplo) logran algunos de sus objetivos, de manera que el subsistema en general responde -en alguna medida- a ciertas demandas de la sociedad.

*En relación al *subsistema de OS*, la pertinencia es definitivamente baja. Este sector se articuló sobre la base de una sociedad que definía a la pobreza de manera estructural. Todas aquellas nuevas formas de pobreza, de precarización laboral y de trabajo informal que han surgido en el transcurrir de la última década, no se constituyen como demanda de este subsector aumentando las filas de los que utilizan los servicios públicos. En este sentido, se genera un desbalance importante respecto al equilibrio anteriormente establecido entre los dos subsectores.

FLEXIBILIDAD

El *sistema de salud* muestra baja flexibilidad para adaptarse a los nuevos escenarios. Ha demostrado incapacidad para adaptarse a la realidad social sobre la que actúa y esto encuentra explicación en el hecho que han dejado de coincidir los ejes que dividen al mercado de trabajo con aquellos que dan sustento a la división entre el subsector público y el de obras sociales. Sin embargo, el sistema de salud no ha sabido reaccionar frente a esta nueva definición de la sociedad. Es en este sentido, que es factible afirmar que el sistema no es flexible en el nivel macro, aunque es necesario recordar que sí existen dentro del MS programas que buscan modificar los históricos lineamientos universales, incorporando nociones tales como la focalización, la construcción de capacidades, etcétera. Entre los factores de rigidez, que impiden la adaptación, sobresalen: (a) actores poderosos (OS y prepagas) con capacidad de veto, (b) la debilidad del principal actor público (MS), (c) la desarticulación entre los tres subsistemas que componen al sector de la salud –subsectores con alta autonomía (público, prepagas y OS) y desarticulados interjurisdiccionalmente entre los planos nacional, provincial y municipal-

⁴⁵ Lo vuolo R. Et al 1999. Los datos surgen de la Encuesta de Gasto de los Hogares realizada por el INDEC en 1996-97. Esta encuesta se realiza cada diez años.

Estos tres factores llevan a que cualquier propuesta de política que pretenda modificar el *status quo* dependa del apoyo de estos actores o de la capacidad de neutralizar su resistencia resolviendo la debilidad institucional estatal. Así, el sistema de salud no logra procesar cambios relevantes. Cualquier intento de reforma genera un proceso de negociación tan complejo (e involucra tantos niveles y actores) que se obturan posibilidades de cambio que no se ajusten a los intereses de los actores más poderosos (que evidentemente, no incluyen al MS).

ESTABILIDAD:

En relación a la *estabilidad/volatilidad* en el sector salud es necesario plantear dos escenarios distintos. Existe, por un lado, una extrema volatilidad en el caso de los programas que funcionan dentro del MS y por otro lado, una marcada estabilidad que, en realidad indica una rigidez subóptima en el subsector de OS. En este sentido, el sistema de salud indica una volatilidad en aspectos que demandan mayor estabilidad y, simultáneamente, rigidez en cuestiones que demandan mayor flexibilidad. Esto plantea una disyuntiva, porque al tiempo que es importante lograr mayor estabilidad en lo que refiere a los programas que están dentro del MS –el PROMIN es un buen ejemplo de rotación de autoridades, variando con esta renovación las metas y estrategias- también sería bueno alcanzar mayor flexibilidad en el subsector OS (esto es, desestabilizar el equilibrio antes descrito entre OS, Prepagas, etc). Sin embargo, destrabar la estabilidad no implica hacerlo más volátil (su opuesto en términos de la definición) sino más flexible.

COORDINACIÓN:

No solo es factible afirmar que la *coordinación* del sistema de salud es baja, sino que este problema se constituye en una de sus características principales en los tres ámbitos de coordinación. Esto es; existe ausencia de coordinación en distintos niveles:

- i) intrasectorial (descoordinación entre los tres subsistemas y la DISAMI)
- ii) intersectorial (descoordinación entre las otras áreas sociales –educación, desarrollo social- y no sociales –provisión de servicios sanitarios)
- iii) interjurisdiccionales (descoordinación Nación, Pcias, Municipios)

LEGITIMIDAD

El sistema de salud cuenta con baja legitimidad en la Argentina porque la salud es hoy un tema poco reconocido como prioritario para la ciudadanía/electorado. Por lo tanto, su reforma es altamente conflictiva (por la presencia de actores poderosos en el corto plazo y un retorno del bien público en el mediano/largo plazo). Esta situación desincentiva un compromiso decidido en favor de una reforma sustantiva por parte de los policy makers. Nadie quiere pagar los costos de la reforma.