

Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos

Susana Belmartino

El presente texto fue elaborado a partir de una invitación de la Secretaría de Cultura de la Nación, vinculada a la realización del *5º Foro del Bicentenario*, reunido el 14 de mayo de 2009 y dedicado a “*Salud y Políticas de Salud*”. Mi presentación conformó el documento base de discusión del Panel *Políticas de Salud Pública en el siglo XX*.

La consigna propuesta por los organizadores fue la siguiente:

“Este panel tiene por objeto analizar la construcción de las políticas de salud como productos históricos, asociando las transformaciones económicas y sociales del siglo XX con los cambios en las concepciones de los procesos de salud-enfermedad, los diferentes sistemas de intervención y los actores que se consideraron aptos para llevarlas a cabo. De este modo, se busca comprender las diferentes lógicas que sustentaron el desarrollo del sistema público de salud a través de este siglo y los criterios que sustentaron los sub-sistemas de obras sociales y medicina privada como una manera de entender por qué la salud como no es asumida como derecho ni por el sistema de salud ni por los ciudadanos.”

El interrogante que ordena este panel convoca una lectura hermenéutica: ya no se trata de reconstruir la historia, se procura también explicarla. La comprensión que se propone debe dar cuenta de procesos históricos complejos, que se desarrollaron en nuestro país a lo largo de un siglo. En trabajos anteriores he intentado reducir las dificultades implícitas en esa lectura con una periodización basada en el concepto de régimen social de acumulación. La identificación de procesos históricos caracterizados por la emergencia, afirmación y agotamiento de determinadas reglas de juego, y las consiguientes formas organizativas que constituyen su operacionalización, pone en escena la cuestión del cambio institucional. Es posible reconocer períodos en los que predomina determinado diseño de instituciones, seguidos por otros donde la eficacia y efectividad de las instituciones vigentes resultan cuestionadas a partir de argumentos vinculados a un déficit en el cumplimiento de sus funciones o la pérdida o el debilitamiento de determinados valores que sustentaban su legitimidad. La emergencia de ese cuestionamiento a las reglas de juego vigentes en determinado sector, en coincidencia con crisis sociales más amplias, permite identificar la presencia de *coyunturas críticas*, que marcan el inicio de conflictivos procesos de reconversión.

El concepto de *coyuntura crítica* es utilizado para designar períodos históricos en los que se generan cambios institucionales significativos, como consecuencia de una crisis de las formas organizativas previamente vigentes. La capacidad analítica del concepto se pone de manifiesto con mayor amplitud cuando se lo aborda a partir del análisis comparado. En esos casos es posible identificar en diferentes países la presencia de cambios estimulados por influencia externa – la expansión del involucramiento del estado en políticas sociales, constituyen un ejemplo, la presunta o real crisis de los estados de bienestar, su paralelo. El dato a recuperar es que tales cambios adquieren una dinámica particular en cada escenario y generan consecuencias identificables en el mediano plazo, también peculiares. Estas consecuencias, vinculadas a las diferentes modalidades que asume la superación de las condiciones críticas en cada país, se identifican como *legados históricos*. El develamiento de tales legados permite organizar hipótesis explicativas de los alcances y límites de los procesos de cambio. Cuestión sin duda estratégica en el análisis del desarrollo de los servicios de salud en Argentina. Interrogante clave cuando lo que se procura es discernir la factibilidad de cambios en el futuro.

El análisis político abocado al estudio del cambio institucional considera en general que la afirmación de nuevas instituciones depende de la fuerza relativa de las diferentes organizaciones involucradas, las estrategias de negociación y confrontación aplicadas, la presencia de motivaciones no explicitadas y la siempre presente posibilidad de ocurrencia de consecuencias no queridas por ninguno de los agentes en conflicto. En particular, cuando las nuevas instituciones se diseñan como respuesta a los desafíos de coyunturas críticas, los actores enfrentarán condiciones de información incompleta, racionalidad limitada, incertidumbre sobre el resultado final del conflicto entablado en el respectivo campo de práctica.

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

Esta muy esquemática descripción de la complejidad propia de los procesos de cambio institucional permite apreciar las dificultades de su análisis. En esta ponencia sólo pretendo señalar algunos legados que han incidido a lo largo del siglo XX en los procesos de cambio propios del campo de la atención médica, que a mi criterio iluminan cuestiones inherentes a la viabilidad de transformaciones radicales en sus organizaciones.

En el sistema de servicios de salud argentino es posible reconocer la presencia de dos importantes coyunturas críticas. La primera de ellas puede ubicarse en los años '30 y primeros '40 y será escenario de debates sobre los alcances y límites de la intervención del estado en múltiples escenarios de la práctica social. La segunda se genera a partir de los años 70, llega a su climax con la hiperinflación de 1989 y será ocasión para la puesta en marcha de estrategias de reforma del estado y reconversión económica, alcanzando también los servicios de atención médica. Sobre ellas organizaré mi relato.

La coyuntura crítica de los años 40.

La coyuntura de cambio desencadenada por la crisis de los años 30, que encuentra un escenario de salida favorable en la prosperidad de la postguerra, puede caracterizarse a partir de algunas ideas-fuerza, que sintetizan las representaciones generalizadas sobre expectativas de orientación de políticas.

La identificación de los cambios generados en las representaciones que las sociedades construyen sobre determinadas arenas de política – el campo de las ideas, creencias, expectativas - constituye una herramienta analítica que permite complementar la perspectiva centrada más específicamente en la dinámica de actores o en las decisiones implementadas por agencias estatales. En la fase de afirmación de los sistemas de servicios con orientación universalista habría predominado en el mundo occidental, conforme esa perspectiva, una concepción de las actividades del estado que fundaba su legitimidad en su capacidad de proteger la vida.

Tanto en países centrales como periféricos la utopía del bienestar condujo al desarrollo de instituciones específicas orientadas a la puesta en marcha de políticas sociales y, entre ellas, alguna forma de organización y financiación solidaria de sistemas de la atención médica. La actividad social del estado se erige en esos años como uno de los principales mecanismos de inclusión. La integración social es a la vez uno de los insumos fundamentales de la consecución del *bienestar* y uno de sus resultados esperados.

Al igual que en otros países de Latinoamérica, en el nuestro las transformaciones sufridas por la relación estado/sociedad en esos años, aunque en sus enunciados se muestran dependientes del modelo vigente en los países centrales, no llegan a configurar un auténtico Estado de Bienestar. Algunos analistas incluyen a estos regímenes en la categoría *Estado de Compromiso*, conforme a la interpretación de Francisco Weffort,¹ de manera lo suficientemente flexible como para incorporar la existencia de diferencias a nivel nacional. En el análisis de las políticas sociales, las limitaciones que encuentran en la periferia las tendencias a la afirmación de derechos sociales con proyección universalizante, se han expresado a través de las categorías de *ciudadanía incompleta* o *ciudadanía regulada*.

En el campo de la atención médica las responsabilidades asignadas al estado se asumieron bajo formas organizativas particulares: la preocupación central radicó en garantizar el financiamiento de una demanda creciente de atención médica, en un escenario donde la nueva tecnología diagnóstica generaba la necesidad de instalaciones más complejas y estimulaba la especialización de los profesionales.

En lo vinculado a la regulación del sistema de servicios, se aceptó la reivindicación de autonomía formulada por la profesión médica. Esa reivindicación postulaba que los médicos conocían y aplicaban las reglas de la ciencia médica y actuaban conforme a un código de deontología. Esas cualidades respaldaban su consideración como perfectos agentes del interés de sus pacientes y les otorgaron autoridad en las decisiones relacionadas con la adopción de nuevos medicamentos y nuevas tecnologías.

La adopción de programas de seguro de enfermedad generó algunos conflictos, motivados en la necesidad de programar la inversión de recursos predeterminados en un escenario donde la profesión médica reclamaba libertad de prescripción. La cuestión más conflictiva giró en torno a decisiones sobre gasto tomadas en el interior de una relación médico / paciente cuya garantía de eficacia se asociaba con la construcción de un vínculo privado y personal, que sería perjudicado por la intervención de terceros.

En la práctica, las organizaciones a cargo de la cobertura aceptaron la tradicional reivindicación de autonomía por parte de la profesión médica y se orientaron a asegurar la disponibilidad de una cantidad suficiente de recursos para permitir a la población beneficiaria el acceso igualitario, oportuno e integral a los servicios disponibles. Los conocimientos existentes, la ética profesional del médico y su competencia constituían las principales garantías de que todos los servicios médicos requeridos, y solamente éstos, serían proporcionados al paciente.

La regulación del sistema de servicios quedó en consecuencia descentralizada. Se fundó sobre el saber médico, e implícitamente sobre la reivindicación de los profesionales relativa a que su vínculo con el paciente no debía someterse a decisiones tomadas por legos.

En lo relativo a las características definidas para la operatoria de los servicios de salud, la doctrina sanitaria plasmada en múltiples documentos y respaldada por la gran mayoría de los agentes con llegada a las agencias estatales con jurisdicción en el sector, explicitaba sus metas en algunos conceptos cargados de eficacia valorativa, que se ordenaban en esa doctrina en un listado relativamente acotado: *universalidad* – un sistema único y una sola modalidad de atención para la totalidad de los habitantes –, *integralidad* – una red de servicios de diferentes niveles de complejidad en condiciones de proporcionar todo tipo de atención: preventiva, curativa, rehabilitadora, incluyendo desde las prácticas más simples hasta aquéllas portadoras de los más sofisticados avances tecnológicos –, *gratuidad* – el acceso a la atención no debía estar limitado por pagos que supusieran alguna restricción para el usuario –, *oportunidad* – la atención sería brindada en el momento en que se manifestara su necesidad, primera condición del último principio ordenador del sistema:

¹ Weffort, Francisco. Estado e massas no Brasil, Capítulo II de *O populismo na política brasileira*, Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 1989.

eficacia – entendida como la capacidad de resolver los problemas a su cargo dentro de los parámetros del conocimiento médico disponible.

En nuestro país, esas expectativas se cumplieron en forma limitada. Asignar responsabilidades en ese resultado es una tarea compleja. Para ir desbrozando el camino propongo partir en primer lugar de la forma que asumieron en el sector salud las relaciones propias del Estado de Compromiso. Considero posible sostener que tanto la debilidad del sector para proyectar una supuesta vocación universalista, como la fortaleza demostrada por algunas de sus organizaciones para garantizar la obtención de beneficios para su clientela, derivaron de la forma específica de vinculación entre estado y sociedad que se define bajo el primer peronismo. La modalidad de organización estatal que lidera los cambios, a diferencia del contemporáneo Estado de Bienestar, no procura la construcción de una ciudadanía unificada en el goce de los derechos sociales. La principal transformación de las reglas de juego reside en ese caso en una decidida intervención del estado, reclamada por múltiples agentes en el interior de una sociedad civil caracterizada por la presencia de múltiples organizaciones con fuerte vocación de autodeterminación. En el campo de la seguridad social médica argentina, el reconocimiento parcial y fragmentario del derecho a la cobertura de salud que resulta del otorgamiento cuasi discrecional de sus beneficios a los sectores mejor organizados de la clase trabajadora, supondrá introducir elementos fuertemente diferenciadores en una condición que se define como derecho universal.

El diseño institucional implantado en los años 40 reconoce, en ese sentido, la presencia de un legado: se conformará en las mismas condiciones de fragmentación y heterogeneidad de reglas de juego que caracterizaron las organizaciones de salud en las primeras décadas del siglo XX. Es necesario reconocer, sin embargo, que esa adopción no podía ser lineal ni automática, en tanto se partía de una situación de crisis financiera y pérdida de legitimidad. Las nuevas formas organizativas resultarán afectadas por la presencia de tensiones constantes entre universalismo y particularismo, intervención estatal y regulación corporativa, unificación y fragmentación de jurisdicciones y de cobertura poblacional.

Un buen ejemplo en términos de continuidades y rupturas puede encontrarse en la hipótesis de continuidad entre mutualidades y obras sociales, que he defendido en trabajos anteriores. Esa hipótesis, entre otros aspectos, enfatiza un rasgo cultural que las vincula: la fragmentación de las modalidades de agrupamiento y la heterogeneidad de las normas que las regulan. Rasgos con consecuencias significativas para sus beneficiarios ya que se expresarán en una estratificación de los recursos percibidos y en consecuencia de la cobertura efectivamente brindada.

En ese legado también es necesario reconocer la orientación al autogobierno o la faccionalización propia tanto de agencias e instalaciones públicas como de mutualidades. La primera característica que las define es su carácter celular. Multiplicidad de organismos, relativamente autónomos y con escasas o nulas vinculaciones sistemáticas. Caracterizadas frecuentemente por la superposición de funciones u objetos de trabajo, las relaciones entre organizaciones toman por lo general la forma de conflictos, ya sea por definición de jurisdicciones o prelación jerárquicas en una jurisdicción compartida.

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

En las cercanías de la coyuntura de cambio la caracterización a nivel horizontal de la multiplicidad de organizaciones comienza a revelar una cierta jerarquización, producto de la concentración de diferente tipo de recursos: financieros, técnicos, organizativos. También es posible identificar vinculaciones de orden vertical, entre organizaciones y poder político. En este nivel, la relativa dispersión, su carácter faccioso, refleja una distribución de tipo

clientelístico. No hay una fuente única o principal de influencia, tampoco un sistema de relaciones de tipo partidario o corporativo. Durante las primeras décadas del siglo el eje parece pasar por la presencia de notables y la estratificación de vínculos personales. De la importancia y repercusión social de estos notables dependerá la inserción en una red relativamente azarosa de relaciones, de la que resultará la obtención de exenciones y privilegios y el posible peso en la definición de las políticas del estado.

Con los cambios introducidos en los primeros años cuarenta, los vínculos políticos adquieren importancia sobre las características grupales o la formación de clientelas a partir de diferentes vínculos asociativos. El peronismo construye un régimen fuertemente controlado desde la cúspide. La relación entre aparato estatal y organizaciones intermedias se articula en un juego de beneficios y concesiones recíprocas, con un fuerte control vertical fundado en la singular capacidad del Presidente de movilizar recursos y adhesiones para su política.

La fragmentación y la heterogeneidad se mantendrán en las nuevas organizaciones: también la estratificación de la cobertura y el acceso a los beneficios. Si en el momento de mayor énfasis distributivo del régimen peronista estas diferencias se plantean como transitorias, proyectándose hacia algún momento en el futuro próximo el otorgamiento de beneficios generalizados, luego de la crisis de balanza de pagos de 1949 y el cambio de énfasis en la dinámica entre acumulación y distribución que es una de sus consecuencias en el mediano plazo, la idea de cobertura universal se convierte en una mera expresión de deseos, una aspiración que no puede datarse, o, peor aún, una posible amenaza para aquellos sectores con derechos adquiridos que se atrincheran tras los beneficios recibidos, percibiendo como *nivelación hacia abajo* toda propuesta de otorgar proyección nacional a los vínculos solidarios consolidados en la esfera gremial o sindical.

La caída del peronismo agudizó las características negativas del ese legado. Cuando la estructura vertical cimentada gracias a la capacidad aglutinadora de su líder se desmorona, las organizaciones que componían una pirámide relativamente ordenada quedan liberadas de vínculos y responsabilidades, conservando y en ocasiones acrecentando la cuota de poder delegado que habían conseguido acumular. El corporatismo estatalista, relativamente eficaz en la consecución de objetivos sociales para una masa de trabajadores que había obtenido conquistas no imaginadas quince años antes, se transforma en un régimen signado por la inestabilidad de los acuerdos y la continua negociación en torno a concesiones, que paulatinamente dejan de operar como beneficios y comienzan a revistar como prebendas. Debiendo además hacerse cargo de una crisis fiscal de difícil superación, el Estado de Compromiso comienza a ser sacudido por una permanente *crisis de hegemonía*.

El Estado de Compromiso post-peronista.

La caída del peronismo genera sin duda un clivaje en las relaciones estado / sociedad, que continúan enmarcadas en la categoría Estado de Compromiso. Por un lado, es necesario reconocer que las condiciones de institucionalización de la organización sindical tuvieron peso en la conformación de relaciones *estado / sindicatos* y *sindicatos / partido en el gobierno* que permitieron una presencia significativa de la CGT en la arena de decisiones del estado. Además, puede considerarse esa presencia como un legado histórico, que influyó en la historia del sistema de servicios hasta nuestros días. Sin embargo, ese legado acumuló características específicas bajo los gobiernos que se sucedieron a partir de 1955. Las prácticas de negociación típicas del vandomismo, la conformación de lo que se reconocería como burocracia sindical, la política de estimular el control centralizado de la burocracia sobre las bases sindicales, se fortalecen bajo el régimen que ha sido caracterizado como *parlamentarismo negro* por Marcelo Cavarozzi o como *pluralismo corporativo* por Juan Carlos Portantiero.

Si bien no puede negarse que la fragmentación y heterogeneidad del sistema de servicios se consolidaron con las primeras medidas de fortalecimiento de la intervención estatal tomadas bajo el gobierno peronista, y que también se originó en ese período la práctica generalizada en las agencias del estado de negociar como prebendas beneficios que debían

haber sido demandados como derechos, no puede afirmarse lo mismo en cuanto a la inercia regulatoria. Si las condiciones de emergencia de las primeras organizaciones de cobertura en manos sindicales pueden leerse como el acta de clausura de un posible sistema unificado bajo conducción estatal, fueron los desarrollos posteriores los que estimularon la construcción de un escenario de impotencia o desinterés del estado por la regulación del sistema de servicios.

En ese escenario construyen nuevas identidades y nuevas expectativas de inserción social los dos principales actores que confluyen en la definición de las modalidades dominantes de organización y financiamiento de los servicios de salud: organizaciones profesionales médicas y sindicatos. Ambos resultan afectados de manera diferente por la caída del peronismo, sin embargo, ambos se caracterizan por una profunda desconfianza frente a la acción del estado. El gremialismo médico había sufrido el ostracismo autoimpuesto bajo el gobierno peronista, había salido de esa experiencia convencido de la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo de sus bases. Tanto la experiencia nacional como la internacional lo inclinaban a no aceptar organizaciones de cobertura social que se institucionalizaran sin reconocer el derecho de la profesión a participar de su administración.

Por su parte, la dirigencia sindical resultará fortalecida por la ley de asociaciones profesionales sancionada durante la presidencia de Arturo Frondizi, se enfrentará con las pretensiones de control de su actividad puestas en marcha por el gobierno de Arturo Illia, en 1966 hará una apuesta fuerte a favor del gobierno militar en una alianza tácita que perderá rápidamente sus bases de sustentación.

Ambas corporaciones expresan una convicción firme cuando se identifican como auténticos creadores del sistema de atención médica financiado por las obras sociales y no se alejan demasiado de la verdad cuando afirman que las relaciones construidas en su interior fueron fruto de su iniciativa frente a la apatía o el abandono por parte del estado. La rivalidad construida en torno al control de ese sistema subsistirá larvada cuando reconozcan que sus intereses – diferentes pero conciliables en una coyuntura de recursos en aumento - pueden ser mejor defendidos en un sistema fragmentado.

Los procesos históricos que los instituyen como actores relevantes en la institucionalización de la seguridad social médica se desenvuelven en forma independiente: el movimiento sindical afirma su presencia política a partir del veto impuesto sobre el partido peronista cuando se convierte en representante institucional del movimiento proscrito; el gremio médico se unifica y fortalece en la negociación de los contratos destinados a proporcionar atención a los beneficiarios de las obras sociales, por fuera de toda ingerencia o control del estado.

Luego de la caída del peronismo, la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) definió bajo nuevos parámetros las condiciones de su inserción social. Si bien lo técnico seguía autorizando el desempeño de una función trascendente, la vocación de compromiso político en la gestión pública del sistema de servicios asumida al comienzo de los años cuarenta se encontraba seriamente debilitada. En la percepción de su dirigencia, la política había desnaturalizado la búsqueda del bien común y restado legitimidad a la centralización del poder estatal. La eficacia técnica dejó de proponerse como apoyo del reordenamiento de lo político y se convirtió en fundamento de la demanda corporativa.

Los antiguos valores con los que la profesión se sigue identificando se reformulan en confrontación con condiciones sociales inéditas y comienzan a preparar el camino para una lógica privada de regulación de la práctica médica. Lo privado /corporativo se delimita en oposición a lo público /estatal, aportando argumentos legitimadores de la futura modalidad dominante de ejercicio.

Las corporaciones médica y sindical, enfrentadas por una rivalidad de larga data relacionada con el control de un sistema de financiamiento y provisión de atención médica sobre el que ambas reivindican derechos irrenunciables, pronuncian alegatos sobre verdades y mentiras, inexactitudes y contradicciones, pero en última instancia están defendiendo la perduración de ese sistema. Esa aspiración se concretará en el espacio de concertación

creado en el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), escenario que se mostrará eficaz para la construcción de un acuerdo no institucionalizado que en otros trabajos he caracterizado como un pacto *corporativo*.

Cuando ambas partes reconocen que lo verdaderamente importante para la defensa de sus intereses es la afirmación de la seguridad social médica en las condiciones de fragmentación cristalizadas por la ley 18610/1970, y la distribución de los recursos puede negociarse una y otra vez, el conflicto se atenuará y comenzará la etapa de los acuerdos. La apelación al estado/ árbitro se actualizará cada vez que sea necesario volver a acordar en torno a honorarios y condiciones de pago de los servicios, mientras se seguirá rechazando como *estatizante* toda pretensión dirigida a superar la fragmentación, la superposición de recursos, la irracionalidad en la administración, la desigual situación de los beneficiarios en el acceso a las prestaciones financiadas por un aporte supuestamente solidario. Incluso las disposiciones de la ley 18610 orientadas a atenuar las diferencias entre obras sociales ricas y obras sociales pobres – conforme la histórica diferenciación generalizada en el sector - a través de los recursos del Fondo Solidario de Distribución fueron ignoradas, y la asignación de esos recursos se orientó también en beneficio de clientelas políticas.

La segunda coyuntura de cambios

En la irrupción de la segunda coyuntura crítica, también presente con algunas diferencias cronológicas en países centrales y periféricos, es posible verificar algunos cambios significativos en las representaciones que las sociedades construyen sobre los procesos de salud / enfermedad /atención médica y cuestiones asociadas al bienestar. La más significativa fue un creciente malestar vinculado al cuestionamiento de algunos presupuestos aceptados acríticamente en la etapa previa. La confianza puesta en la capacidad de la ciencia y la tecnología para promover la expansión de valores positivos para la sociedad, en la eficacia de la planificación como instrumento destinado a asegurar el logro de objetivos socialmente sancionados y en la medicina como práctica con capacidad para hacerse cargo integralmente de la problemática de salud, sería objeto de revisiones que respaldarían las estrategias de cambio.

Emergen también preocupaciones asociadas con la eficacia de diferentes formas organizativas para la satisfacción de las expectativas de los usuarios, la identificación de las instancias con autoridad para establecer reglas de juego y el impacto de tales reglas sobre la conducta de los agentes involucrados, la presencia de mecanismos de control, el rol jugado por la población en la definición de sus necesidades de atención y la evaluación de la atención recibida. En cada país, las estrategias de reforma de la atención médica se harían cargo de esas cuestiones bajo modalidades particulares.

Las innovaciones incorporadas a las estrategias de intervención propias de las reformas contemporáneas se ponen de manifiesto cuando se procura delimitar los objetivos, métodos y estrategias de los diferentes movimientos de reforma, tal como han sido caracterizados por André Médici.² La primera ola de reformas, propia de los años 70 y primeros 80 es identificada por su orientación universalista, asociada en particular a los procesos verificados en América Latina. Tuvo como eje la reivindicación del reconocimiento del derecho al acceso universal e igualitario a los servicios de salud para la totalidad de la población, y como foco la actividad del estado en tanto responsable de su efectivización. El segundo movimiento de reforma, en cambio, relega las reivindicaciones de universalidad e igualdad (en palabras de Médici, no las enfoca como medios sino como fines) y pone en primer plano la preocupación por eficiencia y calidad de la atención.

² Médici André C., “Las etapas de la reforma en América Latina” *VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. El futuro de las reformas o la reforma del futuro*, Buenos Aires: Asociación de Economía de la Salud: 99-111, 1998

Los promotores de primeras reformas las calificaron como movimientos de ampliación de los derechos de ciudadanía. Se los propuso como cambios institucionales generados a través de la legislación, orientados a la creación de un sistema de servicios único a cargo del estado.

En las estrategias propuestas por el segundo movimiento de reforma los cambios asumirían carácter incremental y resultarían del accionar de múltiples agentes. No habría transformaciones institucionales generadas de una sola vez, sino la puesta en marcha de nuevas modalidades de resolución para algunas cuestiones significativas, como serían las relaciones establecidas entre los usuarios, los profesionales-productores de servicios, los organismos pagadores y la estructura reglamentaria; la búsqueda de un mecanismo de regulación que no significara confiar la operatoria del sistema a los mecanismos de mercado ni a una estructura centralizada y tecnocrática de decisión; y la revisión y evaluación de las condiciones de auto-regulación profesional y rol de agente, objeto de múltiples cuestionamientos

A medida que se ampliaba el debate sobre el adecuado mix de competencia y regulación con capacidad de garantizar los objetivos socialmente sancionados para el sistema de servicios de salud, crecía la preocupación por precisar los roles que el estado no podía declinar. De manera no necesariamente paradójica se reconoce que tanto el avance de las políticas de descentralización como la introducción de mecanismos de mercado reclaman al mismo tiempo el fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos para establecer normas, monitorear y evaluar desempeño y prevenir conductas oportunistas. En políticas de salud la referencia a las funciones del estado ha utilizado diferentes términos, todos ellos, sin embargo, colocan énfasis en las actividades de regulación: *rectoría*, *governance*, constituyen fórmulas utilizadas por analistas y decisores para definir operativamente sus propias visiones sobre los límites del estado y del mercado. Cuando se busca una frase que exprese en pocas palabras la actividad que se espera del estado es posible acudir a la fórmula acuñada por Osborne y Gaebler para referirse a la política pública en general: el estado debe “*remar menos y timonear más*”.³ El juego de palabras se construye en inglés con referencia a *steering* (navegación, dirección), referida a la toma de decisiones estratégica y a la definición de la visión, y *rowing* (remo) que se vincula a la provisión y organización de servicios y a la implementación de esa visión.

Por otra parte, en la obra de Douglass North se avanza sobre esa problemática a partir de la identificación de las instituciones como reglas de juego y el acento puesto en la capacidad de los reguladores para hacerlas obligatorias y sancionar desviaciones.⁴ En términos de políticas públicas se ha generalizado en los últimos años un interrogante sobre las *capacidades institucionales* de cada estado.

Poco o nada de tales debates se puede encontrar en las estrategias aplicadas a la reforma de la atención médica en Argentina.

La verificación del agotamiento del modelo previo.

A lo largo de los años ochenta se multiplican en nuestro país las manifestaciones de crisis del sistema de obras sociales. Los aspectos financieros de esta crisis se revelan tanto a nivel del ingreso de las organizaciones como en los gastos que deben realizar para garantizar la cobertura de salud de su población beneficiaria: una menor recaudación debe enfrentar costos mayores en la atención médica provista.

³ Osborn David y Galber Ted *Reinventing government*. Nueva York, Plume, 1993.

⁴ North, Douglass C. *The Contribution of the New Institutional Economics to an Understanding of the Transition Problems*. Helsinki: World Institute for Development Economics Research, United Nations University, 1997.

Los primeros síntomas de agotamiento del modelo de organización de servicios se expresaron por consiguiente desde el lado de la demanda. La capacidad financiera de las obras sociales comenzó a mostrar signos de debilitamiento, que no lograban ser compensados en función de los mecanismos de licuación generados por la inflación recurrente ni por los aumentos en el porcentaje de los salarios afectado por aportes y contribuciones que procuraban compensar la estructura deficitaria de esos fondos.

Algunos análisis colocan el origen de la crisis financiera del sistema en los cambios en el mercado de trabajo que se generan a partir de los últimos años 70 y la consiguiente disminución del número de beneficiarios y recursos *per capita*. El desencadenante, en esa lectura, se ubica fuera del sector. No coincido con esa perspectiva. Aunque no niego esos cambios ni su influencia en la desfinanciación del sistema, existe información suficiente para ubicar buena parte de la responsabilidad en la crisis de las obras sociales sobre los mecanismos de gestión de sus conducciones, la resistencia a reducir los gastos administrativos, el desvío de fondos a usos no vinculados a su función específica, y las presiones por parte de los sindicatos con mayor poder de llegada a las decisiones del INOS o el ANSSAL, que distorsionaron la administración de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución.

Por otra parte, a lo largo de los años 80, la disminución de la capacidad de pago de la demanda no estimuló un ajuste ordenado de la oferta. Por el contrario, se exacerbó la competencia por la captación de los recursos volcados al sistema en los tres grandes mercados en los que estaba organizada la oferta: servicios médicos, servicios sanatoriales, medicamentos. Esta dinámica ha sido analizada por Jorge Katz y Alberto Muñoz en términos de *puja distributiva*, concretada en conductas de los diferentes agentes proveedores en estos mercados, fragmentados e imperfectamente competitivos, que enfrentaban las restricciones financieras a través de acciones de dudosa legitimidad destinadas a captar recursos relativamente móviles – sobreprestación y sobrefacturación en consultas y prácticas, aumentos no justificados en precios de medicamentos, sobrefacturación de insumos, tasas de cirugía anormalmente elevadas, cobro de plus, etc. En consecuencia, concluyen estos autores, es el conflicto distributivo y no las necesidades médico-asistenciales de la población lo que está determinando las pautas de funcionamiento del mercado de la salud, ante la creciente falta de capacidad regulatoria por parte de la autoridad pública.⁵

Vale la pena en este punto recordar que las primeras manifestaciones de la crisis en la actividad de los servicios se reconocen a partir de actitudes individuales o grupales, en un primer momento aisladas, luego más o menos generalizables al conjunto de los proveedores. Una de las más significativas ha sido la práctica de exigir al paciente un pago adicional, denominado "*plus*", en el momento de efectivizarse la prestación. Poco difundida en su origen, esta nueva barrera a la accesibilidad igualitaria se generalizó en la segunda mitad de los años 80.

El *plus* puede ser abordado como un síntoma de la penetración de una lógica diferente en los contratos entre obras sociales y proveedores. Esa lógica se manifiesta a partir de la crisis financiera pero hunde sus raíces en la gran diferenciación interna del sector profesional progresivamente gestada a lo largo de dos o tres décadas. No puede considerarse exclusivamente en términos de relación entre oferta y demanda, ya que incorpora los imponderables que hacen de la atención médica un bien de características *sui generis*, desprovisto de la condición de homogeneidad que permite que la pugna en el mercado se dirima fundamentalmente a través del precio. Unida a las condiciones de mercado, potenciándolas tal vez, se hace necesario considerar la presencia de circunstancias asociadas al prestigio profesional, al carácter de su vínculo personal con el paciente, a la condición particular que origina la demanda de atención.

⁵ Katz, Jorge y Muñoz, Alberto, *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1988.

Recursos como el *plus* o la limitación de horas de consulta dedicadas a pacientes de obras sociales, revelan una creciente desconfianza por parte de los proveedores en la capacidad de las obras sociales para continuar financiando la modalidad de práctica generalizada y contribuyen a limitar el acceso de la atención de los beneficiarios con menores recursos, pero no implican en sí mismos la ruptura del sistema, aunque contribuyen decididamente a su crisis. Por el contrario, la actitud de determinados grupos de especialistas (como los anestesiólogos y urólogos en algunas provincias), que optaron por cortar todo tipo de relación contractual con la seguridad social, obligando a las obras sociales a introducir mecanismos de reembolso del gasto hecho por sus beneficiarios, supuso un explícito rechazo a las reglas de juego propias del sistema y un fuerte límite a sus posibilidades de superar la crisis por la que atraviesa.

Estas manifestaciones de disconformidad con las pautas retributivas del sistema adquirieron, por consiguiente, una dinámica que permite plantear como hipótesis que, más que una respuesta individual o grupal a situaciones puramente coyunturales, expresan una crisis de los valores que lo sustentan, una puesta en cuestión de sus reglas constitutivas.

En los años 80 las actitudes de los proveedores orientadas a mejorar su ingreso a partir de estrategias individuales suponen la ruptura de las bases consensuadas del modelo, uno de sus fundamentos constitutivos. Con la aplicación de un "plus" al honorario acordado contractualmente, el profesional recupera su derecho a establecer de manera individual el precio de su trabajo, derecho que había voluntariamente enajenado en razón de la ampliación de su clientela solvente que implicaba la negociación colectiva a través de la asociación gremial. Como consecuencia de la crisis financiera reaparecen con nueva fuerza razones de mercado, que estimulan la incorporación de ese pago adicional, de monto variable, según la valoración que cada profesional tiene de su prestigio en el conjunto de la oferta de atención médica y de la magnitud de la clientela que se mostrará dispuesta a pagar una suma adicional para obtener sus servicios.

La actitud de los miembros de especialidades críticas también supone una ruptura - en este caso explícita - de las bases contractuales del modelo organizativo vigente, actitud que se basa al menos en parte en consideraciones de relación oferta/demanda, ya que una estrategia similar estaría fuera del alcance de las especialidades masivas como pediatría o clínica médica, donde el consenso en torno a la adopción de una medida de ese tipo parece impracticable.

En ambos casos, sin embargo, persiste una cuota de ambigüedad. El profesional que cobra plus mantiene sus vínculos con la seguridad social para facilitar a sus pacientes el acceso a las prestaciones y hacer menos oneroso el pago directo. Los especialistas que se niegan a mantenerse dentro de las reglas del sistema, usufructúan sin embargo sus ventajas, ya que buen número de pacientes sólo puede remunerar sus servicios en forma directa porque el resto de los costos de la atención le son sufragados por la obra social.

En la coyuntura de fines de los ochenta la necesidad de transformaciones en el modelo de organización del sistema había alcanzado consensos prácticamente unánimes. La asignación de responsabilidades y las estrategias de cambio propuestas, sin embargo, diferían de manera sensible. Recién a partir de las crisis hiperinflacionarias de 1989/90 y el nuevo escenario económico generado por el éxito del Plan de Convertibilidad los representantes de la oferta y demanda de servicios comenzarán - dificultosa y conflictivamente - a reconocer la necesidad de reformular las reglas de juego que ordenaban sus interacciones.

Los diagnósticos negativos sobre el desempeño de los dos subsistemas de servicios destinados a proporcionar atención médica a la población de medianos y bajos recursos - el subsistema público y el correspondiente a la seguridad social médica - se habían difundido en el país por lo menos desde los años sesenta y habían estimulado al gobierno nacional y algunos gobiernos provinciales a proponer legislación de reforma en diferentes momentos y con muy diferentes contenidos. El último proyecto de transformación con tendencia universalizante - ubicado por lo tanto en la primera ola de reforma identificada por Médici - fue el frustrado proyecto de seguro de salud que la administración alfonsinista elevó al

Congreso Nacional en 1986, nunca discutido y finalmente descartado. Las leyes finalmente sancionadas – nº 23.660/88 de obras sociales y 23.661/88 de seguro nacional de salud – reproducen la dinámica de un legado histórico de debilidad institucional en la regulación del sistema de servicios de salud: la primera reafirma la fragmentación organizativa del sistema de obras sociales, permanente prenda de negociación entre los diferentes gobiernos y el movimiento sindical; la segunda crea un seguro nacional dotado de muy escasa sustentabilidad, tanto financiera como política, y termina engrosando la lista de leyes y decretos, sancionados bajo diferentes orientaciones ideológicas para fortalecer el régimen regulador de los sistemas de servicios y nunca aplicados.

Tampoco tuvo buena recepción en las Cámaras el proyecto de ley que el Poder Ejecutivo elevara en febrero de 1992, pese a que la propuesta, respaldada por Ministro Cavallo, se apoyaba en el éxito del programa de convertibilidad y la opinión en general favorable de la ciudadanía respecto a la gestión del titular de Economía. El diagnóstico de falencias de las obras sociales formulado en ese proyecto, que también se utilizó para fundamentar la posterior regulación por decreto, tuvo poco de novedoso. Como ya señalé, se había reiterado en muy diversas oportunidades a partir de las primeras evaluaciones de su desempeño formuladas a comienzos de los años 60. El diagnóstico formulado por el Consejo Nacional de Desarrollo en 1964 contenía ya los insumos de una evaluación negativa: diversidad de regímenes y disponibilidad de recursos, limitado control por parte del estado de la eficiencia en los gastos y resultados obtenidos, falta de presupuestos programáticos y balances analíticos, desconocimiento de los recursos físicos y humanos disponibles y de las prestaciones sociales y específicamente médicas proporcionadas, carencia de estadísticas sanitarias.

En 2004, cuarenta años después y transcurridos diez desde el comienzo de la puesta en marcha de las políticas de reforma, el diagnóstico contenido en el Plan Federal de Salud elaborado por el respectivo Ministerio, reitera un escenario similar.⁶ La transcripción de algunos de sus párrafos más significativos puede ser leída como un respaldo otorgado desde el estado a la hipótesis de debilidad institucional de las políticas de reforma:

“La seguridad social se compone de un gran número de instituciones sumamente heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, la cobertura que brindan, los recursos financieros disponibles por afiliado y las variadas modalidades de operación, generando incluso varias categorías de instituciones que comprenden a un importante número de beneficiarios y que manejan recursos considerables por fuera de la órbita del ente de fiscalización y regulación. (...).

Por otro lado, es necesario tener en cuenta, que en la organización del sistema argentino conviven instituciones que obedecían y siguen obedeciendo a lógicas y motivaciones diversas. Buena parte del gasto es privado directo; se orienta según las preferencias y, sobre todo, las posibilidades de cada individuo. Adicionalmente, se debe considerar que del monto total de gasto por habitante (alrededor de 650 dólares al año entre el 2000 y 2001), la porción privada del gasto no se integraba al financiamiento de los objetivos de la política de salud ni cumplía funciones redistributivas. Descontada esta parte, el gasto por habitante se reducía a 335 dólares anuales. Finalmente, más de la mitad de ese monto quedaba en manos de instituciones "sin fines de lucro", pero con motivaciones diferentes y difícilmente reguladas (obras sociales y mutuales). En definitiva, el gasto por persona en el sistema público de atención de la salud (incluyendo todos los niveles de gobierno), alcanzaba apenas a \$150 por año.

“Por su parte, el total de población sin seguro había pasado del 36 al 48 por ciento entre 1997 y 2001, aunque con situaciones de profunda desigualdad. Hoy, luego de la crisis, es probable que este porcentaje sin cobertura de seguros haya aumentado unos puntos más. A ello se agrega que una parte importante de esta población no usa los servicios o lo hace de

⁶ Argentina, Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud. *Bases del Plan Federal de Salud*. Buenos Aires, Ministerio de Salud. 2004.

manera parcial (por opción o dificultad en el acceso). Esta porción incluye a los habitantes más pobres de las zonas urbanas marginales y de las áreas rurales de nuestras provincias más atrasadas.(...)

Como consecuencia de lo anterior, y sumado a la crisis económica ya citada, desregulación, problemas de management, estructuras administrativas sobredimensionadas, modelos prestacionales mal diseñados, etc., el resultado ha sido un deterioro en la calidad de los servicios o un nivel de cobertura que a menudo suele ser menor que la esperable. Uno de los resultados de esta situación es la demora en el pago de los servicios a los prestadores -a veces por períodos prolongados-, quienes a su vez en muchos casos difieren o directamente suspenden la provisión de la atención a los beneficiarios.

Actualmente el sector privado se encuentra presionado en sus posibilidades dadas las fuertes acreencias que posee con todo el sector financiador nacional y provincial. Así, el ajuste del sistema se produce vía la reducción desordenada de las prestaciones, la recomposición financiera (persistencia de los ingresos y disminución de los gastos) y/o la consolidación de una deuda prestacional permanente.”

En relación al subsistema público, uno de los diagnósticos formulados en los proyectos de reforma presentados al Banco Mundial en 1994 caracterizaba en los siguientes términos el sistema hospitalario.

“En la actualidad el hospital público ,es parte esencial del sistema de salud, brinda asistencia a la clase indigente no protegida, subsidia a las obras sociales prestando servicios a sus beneficiarios sin retorno financiero, atiende la demanda de sectores sociales con mayor capacidad económica que son atraídos por el prestigio del personal médico o de la institución, en cuanto a la prevención, diagnóstico y tratamiento, siendo parte esencial en el sistema de emergencias sanitarias; al tiempo que ejercen funciones de formación de pregrado y postgrado y garantiza gran parte del progreso científico, aunque no directamente vinculado con las necesidades de la comunidad.

Sin embargo, el hospital público se presenta hoy como un resumen de las contradicciones del sistema de salud: afronta un fuerte deterioro en su estructura e ineficiencia en su gestión; está sometido en la mayoría de los casos a la centralización administrativa de las jurisdicciones provinciales de salud; presentan rigidez en la planta de personal y en la relación laboral, no existiendo un régimen adecuado de incentivos; carece de sistemas de información apropiados para la toma de decisiones y el control de gestión; tiene fuertes déficit en el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento, y un sistema de gerenciamiento inadecuado para la envergadura de la empresa. Sus presupuestos en la mayoría de las jurisdicciones siguen el esquema tradicional de asignación de recursos por funciones o conjuntos de acciones, no por objetivos ni por programas, adquiriendo relevancia desde el punto de vista jurídico y administrativo, pero perdiéndola desde el económico”.⁷

A ese diagnóstico proveniente de la agencia responsable de la conducción del subsistema, que no ha perdido actualidad, es posible agregar una acotación adicional: El déficit más importante en las relaciones del hospital público con la población que acude a sus consultorios es precisamente el desconocimiento de su composición – en términos numéricos, demográficos, socioeconómicos y de riesgo de enfermar – y la imposibilidad consiguiente de establecer su perfil de salud/enfermedad, organizar prácticas preventivas, y monitorear los resultados de la atención proporcionada. La atención de las instalaciones públicas se canaliza simplemente a dar respuesta a la demanda espontánea, el acceso se encuentra limitado por trabas administrativas, colas, escasa capacidad de resolución de las instalaciones de menor nivel de complejidad que provoca una sobrecarga de las más

⁷ Argentina, PRESSAL, Proyecto de reforma del sector salud, Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social. 1994.

complejas, inexistencia de vínculos entre servicios que garanticen mecanismos adecuados de referencia de pacientes entre los diferentes niveles de atención

En el debate público en torno a las nuevas propuestas organizativas, los viejos actores, cuyos intereses representaba el pacto corporativo, se alinearon en un primer momento en defensa del vínculo solidario, la responsabilidad del estado de asegurar el derecho a la salud, la defensa de políticas concertadas a la usanza socialdemócrata. En forma antagónica, las fuerzas que procuraban modificar la distribución de poder existente al amparo de las políticas de desregulación económica y reforma del estado, tomaban como estandarte la mayor objetividad y eficiencia asignativa de la operatoria de mercado, enfatizaban la responsabilidad individual, abogaban en clave neoliberal por el debilitamiento del poder corporativo.

Ese debate, excesivamente polarizado y sustentado en interpelaciones ideológicas antes que en propuestas concretas, fue debilitándose y acotándose a determinados intereses a medida que nuevos agentes tomaban posición en el mercado de atención médica y los viejos actores asumían estrategias ofensivas o defensivas ante la inminencia de los cambios. Paulatinamente, a medida que las relaciones en el interior del sector se transformaban, acompañadas por la parálisis, la impotencia, la negociación o el consentimiento tácito de los organismos estatales, se hizo evidente un proceso de fragmentación de las identidades corporativas, y se pusieron en evidencia nuevas reglas de juego entre financiadores y proveedores.

Los intentos de reforma desde el estado.

Las políticas de desregulación se aplicaron en el sector salud al igual que en el resto de la actividad económica en los primeros años de la administración menemista. Sin embargo, el nuevo ordenamiento institucional destinado a re-regular las relaciones sectoriales, pese a haber cristalizado en proyectos de ley y alcanzado principios de aplicación en algunos decretos, no logra el consenso necesario para afirmarse con el imperio propio de las decisiones del estado.

La parálisis o incertidumbre en torno a las reglas de juego efectivamente vigentes, resultante de las dificultades que los actores sociales y estatales enfrentan para consolidar a través de la lucha política el predominio de un determinado modelo organizativo, es una constante en los períodos de agotamiento de un régimen social de acumulación. Los intereses involucrados se enfrentan en la arena política en procura de la renovación o el fortalecimiento de las instituciones vigentes, conforme a su percepción acerca de cómo los cambios en proceso afectarían su inserción en el respectivo mercado. En definitiva el enfrentamiento tiene como objeto definir quién o quiénes tienen la capacidad de establecer nuevas reglas de juego y con ellas una determinada visión del orden adecuado para resolver la crisis sectorial.

La identificación de actores en conflicto y de diferentes arenas de debate no supone un diagnóstico de inmovilismo, ni tampoco asumir que el enfrentamiento se agota en la confrontación ideológica. Muy por el contrario, en el nivel que defino como intermedio, el espacio sectorial, el debate fue paulatinamente acallándose para ceder lugar a una puja relativamente silenciosa por el control de segmentos de mercado. Es en ese nivel meso donde se han formulado y reformulado en las últimas décadas las principales instancias de poder del sector, y definido las lógicas de asignación y apropiación de recursos, en función de la abdicación o parálisis de la capacidad regulatoria del estado.

En el nivel macro, en cambio, el debate reaparece periódicamente, acompañando enfrentamientos más abarcativos y generalmente más ruidosos, como una forma más de interpelación a la conciencia y valores del ciudadano medio.

Por su parte, el gobierno, fracasada la instancia legislativa, optó por legislar por decreto. El Decreto 9 del año 1993 intenta nuevamente poner en marcha los fundamentos de la reforma. Las disposiciones contenidas en este decreto tuvieron muy diferente alcance, en general debido a la resistencia de los agentes comprometidos. La efectivización por parte de los beneficiarios del sistema de la libre elección de la obra social hacia la que canalizarían sus aportes se concretó tardíamente - a partir de 1997 - y no tuvo los efectos esperados por los

promotores de la medida: concentración de la población beneficiaria en pocas instituciones más grandes y eficientes, preocupadas por mejorar la calidad de su cobertura tras el objetivo de recibir un número de aportantes que facilitara la administración de su *pool* de riesgo.

La libre contratación entre organizaciones financiadoras y proveedores estaba ya en marcha con anterioridad a la sanción del decreto, en función de cláusulas innovadoras que algunos agentes incorporan a sus contratos procurando superar los límites impuestos por la contracción de los recursos destinados a financiar las prestaciones. Puesto que esos cambios se introducen sin intervención del Estado, prefiero reconocerlos en términos de reconversión de los mercados de atención médica.

La reforma en las relaciones entre financiadores y proveedores de atención

La primera señal de un cambio significativo en las reglas de juego se manifiesta en los contratos pactados entre las confederaciones representantes de la oferta y las obras sociales. Los nuevos convenios reemplazan los tradicionales mecanismos de libre elección del profesional y pago por acto médico por estrategias de selección de proveedores y pagos globalizados, modulados o capitados.

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

Por el contrario, para la mayoría de las asociaciones de profesionales la percepción reconocida por sus dirigentes tuvo connotaciones de *amenaza*. Esta amenaza asume la forma de un desplazamiento del mercado de trabajo para aquéllos profesionales que no estén vinculados a una institución con capacidad de absorber contratos. A esto se suma que aún aquéllas instituciones con capacidad de negociación para mantener contratos con un número significativo de obras sociales se verán obligadas a disciplinar a los profesionales a cargo de la provisión de servicios en un sentido que contraviene una forma de práctica profundamente arraigada: los deberán encauzar por un desfiladero de reducción de sus ingresos – o bien de fuerte estratificación de la pirámide de ingresos, conforme la inserción del profesional en el mercado de oferta -, limitación de su capacidad de prescripción y abandono de la tradicional reivindicación de un mercado abierto, donde los pacientes pueden elegir libremente su médico e ingresar al sistema por cualquiera de sus niveles.

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

El primero de ellos fue asegurar la posibilidad de ofrecer un continuo de servicios que garantizara la atención integral que supone el contrato capitado. La lógica del pago *per capita* supone que la entidad que se hace cargo del contrato estará en condiciones de proporcionar a sus beneficiarios un esquema de servicios que cubra un rango completo, desde actividades de atención de primer nivel hasta prácticas de alta complejidad. Ese

continuo de atención puede lograrse a partir de acuerdos que reproducen las formas de integración virtual en desarrollo en las organizaciones de *managed care* en los EEUU, o bien bajo modalidades de integración real a partir de la compra de activos.

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

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

También se introducen innovaciones sustantivas en la gestión de los nuevos contratos. En este caso, los cambios involucran no sólo a las asociaciones representantes de proveedores sino también a las gerenciadoras o empresas dedicadas a la intermediación entre financiadoras y proveedores. Las principales innovaciones serían la limitación de la oferta a través de la selección de proveedores, y la introducción de mecanismos informáticos de gestión.

La conclusión a recuperar es la reiteración del mecanismo de configuración de reglas de juego: no es la ciudadanía a través de sus organismos representativos, no es el estado por medio de sus agencias. Es el mercado, podría decirse, sin embargo los agentes involucrados tienen características peculiares: operan sobre bienes que tienen influencia determinante sobre el bienestar general, con recursos recaudados a partir de contribuciones obligatorias, sin embargo no están obligados a proporcionar información que permita una evaluación de eficacia y eficiencia, menos aún de resultados; no les preocupa el balance entre costos y calidad, no les interesa establecer prioridades en el gasto, su desempeño no tiene la transparencia indispensable para que la población demandante pueda elegir, ni entre financiadores, ni entre proveedores.

Sin embargo, no se registran movilizaciones de protesta, la cuestión no tiene un espacio destacado en la plataforma de los partidos políticos, la judicialización de determinadas cuestiones se origina en inquietudes individuales. ¿Podemos decir que estamos ante una cuestión que involucra derechos de ciudadanía? Considero difícil defender un argumento de ese tipo. Estoy dispuesta, sin embargo, a escuchar a quienes propongan analizarla en esos términos.