

**LOS PROCESOS QUE ESCONDE
LA REFORMA DE LA
SEGURIDAD SOCIAL ARGENTINA:
EL CASO DE LAS OBRAS SOCIALES**

Claudia C. Danani

Instituto de Investigaciones "Gino Germani"
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires

e-mail: cdanani@ungs.edu.ar

LOS PROCESOS QUE ESCONDE LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL ARGENTINA: EL CASO DE LAS OBRAS SOCIALES *

Claudia C. Danani
Instituto de Investigaciones "Gino Germani" - UBA

"...em política, um exercício de interpretação é sempre um exercício de liberdade"
(Weffort:1995).

INTRODUCCION

Las dificultades para analizar la actual situación del sector salud en la Argentina y anticipar los resultados de los procesos de reforma son enormes. Las razones, diversas.

Este trabajo no tiene objetivos puramente analíticos. En él pretendemos abordar la cuestión de las condiciones de posibilidad de una reforma diferente que la actualmente en marcha, evaluada básicamente desde la perspectiva de su viabilidad social y política, en sentido amplio. Para ello, analizaremos el comportamiento de los que aquí consideramos los "actores relevantes" del sistema, así definidos por razones teóricas y empíricas. Intentaremos hacer eso echando una doble mirada: retrospectiva (su comportamiento en la trayectoria seguida desde 1993 hasta aquí) y prospectiva (el comportamiento que suponemos que en adelante es razonable esperar de los mismos, a partir de la nueva lógica instalada en el sub-sector de obras sociales). Para situar las coordenadas de la propuesta, en el primer apartado puntualizaremos algunas de las cuestiones que nos parece necesario tener en cuenta para iniciar un trabajo de este tipo, con el propósito de desentrañar algunas de aquellas dificultades y así ampliar el marco del debate.

LAS DISCUSIONES COMO OBJETO DE DISCUSION

Una de las dificultades se relaciona con lo que llamamos el "clima político-cultural" imperante, reticente (por decir lo menos) a aceptar el carácter político del tema, de las intervenciones en este campo y de sus consecuencias. No se trata aquí de afirmar que "todo es político": ya otros autores han señalado que cuando "todo es político", nada lo es verdaderamente (Grüner: 1990). En cambio, sí se trata de reconocer que las reformas económicas y sociales que se desarrollan en la Argentina en los últimos 20 años (y de las cuales las correspondientes al sector salud son un componente central) fundan relaciones y producen y expresan distintos discursos sobre la "generalidad del orden" (de Castro Andrade:1984). Y también, que esos discursos corresponden a sujetos en conflicto, que disputan y se distinguen por esos mismos discursos. *Es en este sentido que hablamos de la naturaleza política de las reformas, como momento de la construcción de una nueva generalidad.* En fin: lo que está en juego en estos procesos y discusiones no son sólo problemas sectoriales, ni una concepción restringida de las políticas sociales, sino modelos de organización social, valores éticos y

* Este trabajo contó con la participación de Gabriel Filc como asistente de investigación, a cargo de la actualización de información periodística y documental.

políticos y correlaciones de fuerzas entre actores con posiciones e intereses muy diferentes ¹.

Una segunda dificultad deviene de la combinación entre la que ha sido la tendencia histórica de los estudios sobre el sector salud y el perfil y secuencia que está asumiendo esta reforma. Aludimos al contraste que siempre hubo entre los abundantes estudios sobre el sub-sector público (hospitales y centros de salud, Atención Primaria, políticas y programas para sectores sociales específicos) y una proporción mucho menor de investigaciones dedicadas a los sub-sectores de obras sociales y privado. Dado que el análisis de la reforma en curso (cuyo origen formal se remonta a 1993) queda reducido al de la reforma de las obras sociales, aquella tendencia a no problematizar este sub-sector torna "ajena" una parte importante del proceso de reforma global. Parece quedar fuera del espacio institucional, social y político que tradicionalmente fue objeto de investigación e interrogación.

Este cuadro evidencia la tendencia a jerarquizar al sub-sector público, en especial por sobre el de obras sociales. Rastrear las razones de esta situación no es sencillo, pero podríamos hipotetizar que allí se expresa una discutible interpretación de las formas en que se dirimió la tensión entre universalismo-particularismo en el sistema de salud argentino. Dicho esquemáticamente: distintos estudios coincidieron en afirmar que la alianza político-social que en la década del '40 dio lugar a la emergencia y triunfo del peronismo había tenido un peso decisivo en la configuración del sistema de salud, caracterizado por *una estructura fuertemente dualizada*. Esto es, el desarrollo simultáneo de una red asistencial pública y de las obras sociales organizadas por sindicatos hacía que por un lado se impulsara un sistema destinado a los **ciudadanos**, con servicios gratuitos (es decir, sin pago en punto de atención) y relativamente igualitarios prestados desde el Estado, y por otro lado se nutriera la noción de derecho del **trabajador**, con servicios sujetos a cotización y diferenciados por el monto y la modalidad organizativa y administrativa. La primera modalidad se inspiraba en una doctrina fuertemente universalista, mientras la segunda formó parte de una estrategia estatal que reorientó y dirigió la movilización sindical, sin suprimirla.

Sin embargo, se operaron importantes desplazamientos en los contenidos político-culturales de ambos sub-sectores, algunos de cuyos efectos y consecuencias para encarar una reforma progresista analizamos en las páginas que siguen. Entre ellos, tal vez el más importante haya sido la transformación de los contenidos del sector público, que progresivamente -y de modo contradictorio, por cierto- *perdió su perfil universalista, resignificado en términos residuales*. En ese tránsito *se de-ciudadanizó a los usuarios del hospital público*, así definidos como *pobres*.

Su simétrico inverso necesario fue que se identificara como *privilegiados* a los afiliados al sistema de obras sociales (recuérdese que hablamos de asalariados formales). En una idea tal se enraizó el implícito que subyace a esa preocupación menor por el sector, que podría ser formulado así: el "compromiso" con las mayorías debía materializarse en la preocupación por las instituciones del sector público, pues los beneficiarios de la Seguridad Social gozan de un status privilegiado.

¹ Es inquietante el deber comenzar un trabajo sobre la reforma del sector salud con una argumentación sobre su naturaleza política. Ello expresa, al menos parcialmente, el estado actual del debate sectorial.

Hasta hace poco tiempo, una observación tal habría dado lugar a una discusión teórico-metodológica en el medio académico, o técnica en el de la gestión, pues el desconocimiento de los sub-sectores privado y de obras sociales (y de los actores en ellos definidos) significó desconocer una parte central de la constitución de las políticas del sector en su conjunto ². Ahora, además es pertinente preguntar acerca de las consecuencias políticas y sociales de concepciones basadas en tales supuestos. Mirado en términos de la constitución de sujetos políticos de la que hablamos antes y de los intereses y sentidos que sus discursos expresan y construyen, podemos reconocer en una idea de este tipo una de las "palancas" sobre las que han operado las propuestas de reformas de políticas sociales que en los últimos años tuvieron impacto más regresivo en términos asignativos.

Estas dificultades -previas y con relativa independencia de las reformas como tales- se potencian actualmente, en particular al asumir objetivos propositivos. En primer lugar, porque estamos obligados a "ganar tiempo" para arribar a los acuerdos básicos pendientes de antes. En segundo término, porque las características de la puja intrasectorial hacen que los *procesos* de reforma arrojen resultados aún más regresivos que las propuestas mismas. Por último, porque los debates actuales están siendo instalados por los propios decisores -de configuraciones bien complejas, por añadidura-, con marcadas restricciones en cuanto a campo y temas.

Algunas de las afirmaciones anteriores serán ilustradas en el próximo punto, a través del análisis del proceso abierto en 1993, con los primeros pasos dados por el Gobierno Nacional en vistas a la desregulación del sector.

LA LIBRE AFILIACION A LAS OBRAS SOCIALES COMO SANTO Y SEÑA DE LA REFORMA: QUIEN, COMO, PARA QUE

La reforma que está en discusión comenzó a tomar forma en 1993, en ocasión de lo que el 7 de Enero de ese año se conoció como "Plan Social", antes bien un conjunto de políticas y programas ya en marcha reunidos bajo ese nombre, que el plan global que tal denominación sugería (Barbeito et alii:1994).

La medida que constituía una verdadera novedad fue, sin embargo, la contenida en el decreto 9/93, conocida como de "Libre elección de la Obra Social". La misma se sustentaba explícitamente en dos de los más poderosos argumentos en los que tradicionalmente se fundaron las críticas al sistema y las distintas propuestas de reforma: 1) la condición cautiva de los beneficiarios como uno de los problemas básicos de ineficiencia y 2) el carácter formal que revestían las declaraciones de solidaridad como fundamento del sistema, evidenciado en las desigualdades cuali y cuantitativas en las prestaciones entre entidades. Implícitamente, además, la medida entrañaba el más importante cambio de modalidad de inserción del sindicalismo, a la reducción de cuyo poder global se había destinado la ofensiva.

Respecto de la clientela cautiva, se ha sostenido que la afiliación forzada a la obra

² Esta observación recoge el sugerente comentario de Silvana Campanini durante las discusiones del equipo de investigación sobre Políticas Sociales dirigido en la UBA por Estela Grassi y Susana Hintze.

social creada por el sindicato de actividad, privó al sistema de una condición *sine qua non* para la "mejor asignación de los recursos": *la competencia*.

En la teoría económica moderna, la competencia "...proporciona alicientes a la eficiencia, incentivos a la búsqueda y suministro de las variadas necesidades de los consumidores, un medio de compartir los beneficios del progreso técnico..." (Seldon y Pernnace:1983). Es claro que el sistema de obras sociales no ha cumplido con ninguna de estas características: no se han brindado los mejores servicios al costo más bajo; el "progreso técnico" fue inducido más por presión de la oferta, que por su adecuación a criterios médicos; difícilmente podría decirse que se haya restringido la distancia entre necesidades de los usuarios y prestaciones reales o, lo que es lo mismo, que haya aumentado la "satisfacción del consumidor".

Menos claro es que la competencia impulsada en efecto contribuya a aumentar esa eficiencia. Los argumentos son conocidos, empezando por los requisitos para que ella funcione: *escasas externalidades e información plena del consumidor sobre productos, precios y alternativas*, elementos que la propia economía de la salud reconoce como constitutivamente ajenas al sector. *Puede* producirse alguna mejora de la eficiencia global, pero ello exige "un marco regulatorio adecuado" (Katz y Miranda:1995) que, entre otras cosas, evite que la maximización de ganancias conduzca a un ajuste por calidad. Volveremos sobre este más adelante.

El decreto 9/93 constituyó la primera formalización oficial de la reforma y puede considerársele la coronación inicial de un largo proceso de negociaciones, disputas y tensiones que expresaron las características históricas de las pujas del sector en nuestro país. Con esto no desmentimos la condición de verdadero punto de quiebre que la libre elección representa, sino que señalamos que el sistema de salud en ciernes puede ser relativamente pronosticado a partir de los rasgos político-institucionales que asumió desde la década del '40 y, especialmente, desde 1969. Allí están las claves que identifican actores relevantes, sus diferenciales de presión/negociación, sus alianzas virtuales y reales (y su sentido) y las áreas de políticas sobre las que ellos tienen capacidad de movilización en ciertos períodos. Desde allí, y considerando simultáneamente el contexto, puede avanzarse hipótesis de comportamientos de corto y mediano plazo. En nuestro marco, recuperar las prácticas de los actores y de los sujetos significa analizar su papel en la constitución de las políticas mismas, en el sentido de que su configuración "final" (y total) está dada por los espacios y tramas de interacciones (posibles y reales), desarrolladas en ciertas instituciones y bajo determinados tipos de regulación, que en cada caso articulan "arreglos específicos".

El sindicalismo

Introducido un análisis de este tipo, tengamos en cuenta dos cuestiones. La primera es que analizamos la reforma del sistema de salud comenzando por el sub-sector de obras sociales por su peso cuantitativo en el conjunto: según datos recientes, el 27 % de la población cuenta con cobertura de obras sociales que hasta abril/97 estuvieron reguladas por la ANSSAL, y alcanza el 55 % si se agregan PAMI, entidades provinciales y otras excluidas del Régimen Nacional (World Bank:1996). Por otra parte, la historia del sistema de Obras sociales habla de

su potencial organizador del conjunto del sistema de salud, de su capacidad para constituir actores y sujetos en distintos niveles y dimensiones y para orientar sus prácticas. Si ello fuera poco -es decir, si se creyera que no hay suficiente evidencia de que ninguna reforma del sistema de salud podría obviar la transformación de este subsector-, podría aludirse a una tercera razón, aún más pragmática: en el proceso actual, la reforma de las obras sociales es el corazón mismo de la reforma global.

La segunda cuestión que conviene tener en cuenta se vincula directamente con el actor por el que es imprescindible comenzar el análisis: el sindicalismo y las características estructurales de su participación/integración al sistema. A diferencia de lo que a menudo se afirma, el rasgo diferencial del seguro de salud en la Argentina es la forma en que el sector se integró a él y no, su integración como tal. En efecto, el hecho casi único en la experiencia internacional radica en que haya sido cada sindicato de rama el gerenciador y administrador del seguro. Eso explica el alto número de entidades existentes, tuvo consecuencias en el tipo de redistribución a que dio lugar y abrió un espectro de prácticas posibles/no posibles, eficaces/no eficaces que hoy mismo moldean el proceso de reforma.

Este diseño organizacional, por el que cada entidad fue agente recaudador y prestacional, creó condiciones estructurales para desarrollar prácticas que -al contrario de lo que sucedía a nivel de la lucha estrictamente sindical- fueron más de *dispersión*, que de *confluencia*, tanto de afiliados como de dirigencias. Para los primeros, sobre todo en los últimos años, porque los cambios en el mercado laboral generaron condiciones para una diversificación (a niveles micro y agregados) de estrategias de uso de servicios de salud, sea por la pérdida de beneficios que acarrea el desempleo, por la crisis de los servicios de las obras sociales o por formas de compensación *quasi* salarial que empleadores de ciertos sectores de actividad utilizaron, contratando servicios para su personal. Para las dirigencias, porque la posibilidad de administrar directamente los fondos del seguro fue un incentivo adicional en la disputa interna por las conducciones, y también un instrumento de construcción y control políticos directo sobre los trabajadores.

A efectos de analizar los comportamientos actuales y de anticipar futuros posicionamientos, es útil revisar los análisis que han enfatizado el carácter corporativo de las estrategias sindicales. En realidad, comportamientos de ese tipo históricamente se combinaron con estrategias "particularistas" de funcionalización sectorial/grupal a las coaliciones ocasionalmente gobernantes, mediante las cuales se construyeron -y expresaron- diferenciales de presión y negociación política e institucional. A tal punto esto fue así, que en rigor la expresión "obra social del sindicato de rama" con que la ley 18610 denominó el tipo de afiliación obligatoria de los trabajadores fue por lo menos tan formal como otros aspectos criticados: el verdadero diseño fue el de un bajo número de entidades con alta concentración de afiliados y una multitud de unidades mucho más pequeñas y homogéneas desde el punto de vista salarial, que en el mayor aporte *per cápita* reflejaron niveles salariales superiores para ciertas categorías, ventajas regionales por seccionales o contribuciones patronales mayores

surgidas de la negociación paritaria ³.

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 segmentada* desde su origen, pues la redistribución operaría sólo en el interior de cada rama, pero existía un esquema redistributivo progresivo, ya que -aún bajo un supuesto de prestaciones igualitarias no siempre cumplido- en el interior de cada obra social las diferencias salariales se tornaban en idéntica capacidad de "compra" y acceso a servicios.

Así, aquellas prácticas sindicales de desprendimiento de los grupos con salarios más altos históricamente empeoraron o limitaron, al menos, el potencial distributivo de esa lógica organizacional. Es cierto que dichas prácticas estaban contenidas en el modelo; pero también lo es que estaban contenidas como virtualidad y no como certeza (o determinación). En todo caso, el que la configuración de largo plazo haya resultado la descrita, fue producto de las particulares condiciones del desarrollo del corporativismo en la Argentina, no de una lógica intrínsecamente necesaria. Reservemos este punto, porque allí radica el núcleo de la reforma.

Los prestadores (I): clínicas y sanatorios

En esta trayectoria el sindicalismo no estuvo solo. Por el contrario, el rápido crecimiento del sector de prestadores privados -especialmente, clínicas y sanatorios- se produjo a la par de la institucionalización del seguro de salud, por un lado, y del comienzo del retroceso del sector público ⁴ por otro, y con frecuencia se apoyó en regulaciones estatales que obturaban la competencia. Racionalización de la demanda y de la oferta, y también de las obras sociales, fueron las consignas de este sector en las que se tradujeron los términos de su articulación específica con el Estado y la Seguridad Social: así como rápidamente adquirió la condición de principal prestador del sistema de obras sociales, los créditos -muchos, nunca cancelados- que el estado otorgó a clínicas privadas en el período de la Dictadura Militar para la compra en el exterior de aparatología de alta complejidad a cambio de un tope de prestaciones "sin cargo" para pacientes de hospitales públicos y obras sociales, no hicieron más que trasladar a la sociedad el riesgo de la inversión (supuesto básico de una competencia genuina), además de constituir un punto de inflexión en el desarrollo de tecnología ⁵.

Este grupo ha sido siempre heterogéneo en su composición, procedencia y lógica de funcionamiento y requiere cautela en el análisis (sólo bajo cierta necesidad de generalización puede considerárselo "un actor"). En él confluyeron profesionales médicos en condiciones de

³ Es en este "modelo" de práctica sindical (no en otro) en el que se inscribe la reforma y a partir del cual el sindicalismo busca reposicionarse. Un excelente análisis, que se extiende al conjunto de la "política sindical" frente a las políticas de "reforma del Estado", se encuentra en el trabajo de Murillo (1994) citado en la bibliografía.

⁴ Pese a escasos datos disponibles, una proyección estadística del Censo Nacional de Población (1980) muestra que entre 1965-1980 las instalaciones privadas para ambulatorios e internación aumentaron un 62 %, mientras entre 1969-1980 la capacidad instalada del sector público retrocedió un 7 % (Fuentes: Cálculos propios en base a Neri:1983).

⁵ Díaz Muñoz (1991) apunta que el equipamiento obtenido durante ese período fue la base de la capitalización que actualmente exhibe este sector. A la vez, y nuevamente al abrigo de una política cambiaria que favorece la importación de bienes de capital, hay cálculos de que la entrada "acrítica" de tecnología decuplica actualmente la de la década del '80 (Tafani:1995).

hacer una inversión (que así se tornaron "empresarios") e inversionistas directos, necesitados de la asociación con profesionales para acreditar la empresa médica. Aunque no hay evidencia empírica disponible, es razonable pensar que la performance seguida en estos distintos procesos fue diferencial hasta cierto punto. Sin embargo, la lógica mercantil es relativamente homogeneizadora de los comportamientos, en el sentido de que el principio de "maximización de la ganancia" exige ampliar la demanda (para ocupar plenamente la capacidad instalada), aumentar la facturación y la reducir costos unitarios. Asimismo, respecto del movimiento global hace suponer la radicalización de un proceso de concentración de la oferta que ya presenta claros signos y cuyos límites están lejos de advertirse. Todo esto, en un "mercado perfectamente imperfecto", en el que "el que consume no elige y el que elige no paga" ⁶.

Pese a las diversidades organizacionales nacionales, el desarrollo y los problemas de los sistemas de salud presentan similitudes. Por tanto, conviene evitar el atribuir a cierta "perversidad" nacional algunos de los problemas analizados y sí es útil, en cambio, precisar *cuáles son las características específicas derivadas del modo de organización adoptado y de las "inercias" en los comportamientos de los actores*. En este sentido, a lo anterior deben sumarse las características de un empresariado (el argentino) poco afecto a la competencia por calidad y precio, pero que en el campo de la seguridad social médica desplegó una notable capacidad para arribar a acuerdos en los que -por "reflejo" de las características de las obras sociales- los principales puntos eran la estricta limitación de la cobertura (por lo tanto, del riesgo empresario) y la garantía de cautividad de la clientela, aspecto que no ha sido señalado en la literatura. Al decir "poco afecto", señalamos que en el contexto sociopolítico argentino no hubo incentivos (positivos o negativos) que indujeran otro comportamiento. Aunque no es este el lugar para desarrollar la cuestión, la planteamos para recordar los límites que encuentra una propuesta que descansa sólo en "incentivos de mercado" ⁷.

El sistema de contratación/prestación se encontró siempre entre los aspectos a la vez más discutidos y menos resueltos. Los especialistas acuerdan respecto de las ventajas y desventajas que presentan los dos sistemas más comunes: atribuyen a la contratación por prestación la máxima responsabilidad por la *sobre-prestación* y *sobre-facturación* - mayoritariamente responsables de la escalada de costos-, y señalan que la capitación o la modalidad de arancel globalizado entrañan el riesgo de *sub-prestación*. En condiciones de controles deficientes, se reconoce que, para la prestación, el pago por acto médico posibilita realizar prácticas no necesarias (y no siempre inocuas para la salud), o facturar por prestaciones directamente no efectuadas ⁸. A la inversa, la contratación *por cápita* conlleva la posibilidad de prestaciones por debajo de lo necesario, dejando de hecho a los efectores la decisión acerca de la composición real de la "canasta de servicios".

Este es uno de los puntos en los que más claramente se aprecia la importancia que del

⁶ La primera expresión corresponde a J. Frenk (OPS:1987); la segunda, a J. Katz.

⁷ Sobre las características singulares que presentaría el empresariado argentino, ver la interesante revisión crítica (conceptual e histórica) de Acuña (1995). Respecto del desempeño de los grupos empresarios y profesionales en Estados Unidos, un antiguo trabajo de Anderson (1985) describe a los mismos de modo muy similar a lo que puede observarse en la Argentina. Entre otras cosas, es sugestiva su sorpresa ante la "propensión y habilidad de los médicos norteamericanos para hacer aumentar el capital, *desconocida en otros países*" (subrayado nuestro).

⁸ En términos económico-financieros, esto se expresó en la virtual imposibilidad de presupuestación.

marco regulatorio a adoptar. Las dos aristas de la cuestión -la existencia misma de tal marco y su vigencia efectiva- deben analizarse separadamente.

El control ha sido un tema crítico y su ausencia real, más crítica aún. La realidad indica que los distintos actores (prestatarios, prestadores y Estado) declinaron la responsabilidad del establecimiento de sistemas de control con mínima seriedad: ni las obras sociales controlaron a los prestadores, ni las clínicas y sanatorios a sus subcontratados, ni el Estado a ambos. A lo sumo hubo auditorías contables, apenas destinadas a controlar la "caja", aunque sólo su formalidad y superficialidad explican la persistencia en el tiempo de serias irregularidades. Seguramente en la intrincada trama de acuerdos e intereses políticos y comerciales (verdadero sistema de complicidades cruzadas) deben buscarse las raíces de la perdurabilidad de la situación. Si así es, la cuestión de las auditorías globales debe ocupar un lugar central en cualquier propuesta de reforma y no reducirse a la creación de nuevos organismos, cuya eficiencia *per se* (o elemental funcionamiento) debe ser probada (v.g.: Superintendencia de Seguros de Salud) ⁹.

No obstante, hay una situación todavía más compleja de considerar, y es la que resulta de un cerrado tejido normativo que parece prever prácticamente toda eventualidad, pero que en los hechos es fácilmente eludible, o cuyo cumplimiento no es controlado en absoluto. Esto parece responder a cierto patrón de funcionamiento político-institucional argentino: consensos costosamente obtenidos y prolongados períodos de elaboración, al cabo de los cuales cada sector ha ajustado posiciones de tal modo, que las reglas nacen virtualmente muertas. Cuando aquí decimos *cada sector* excluimos a la población, en su mayoría relegada a acomodamientos de tipo defensivo. En el caso del sistema de salud esto arroja resultados particularmente dramáticos, pues no sólo faltan mecanismos institucionales de defensa de sus intereses, sino actores con idéntica vocación política y social ¹⁰.

Los prestadores (II): servicios de diagnóstico

Las modalidades de contratación se repitieron en otras áreas de atención. La tendencia a la sobre-tecnologización de la década del '70 impuso restricciones al equipamiento de las clínicas pequeñas y medianas, que comenzaron a incorporar especialistas con aparatología propia. Contratos de este tipo (bajo modalidades no idénticas) tuvieron, por lo menos, tres efectos de distinto orden: la pérdida de control de los establecimientos de internación sobre los procesos de diagnóstico (eficacia/calidad), una cierta descentralización hasta principios de los '80 (que permite especular acerca de sus posicionamientos actuales y a futuro) y fueron una contribución al aumento del gasto total.

El desempeño de este sector presenta dos claves para entender el cuadro actual: la

⁹ La escasa voluntad de control ha sido tradicional en los organismos públicos del sector. En una entrevista, un funcionario de la ex-ANSSAL justificó el impulso dado a los contratos por cápita en "...la necesidad de controlar el gasto (...) Con la cápita no se conoce la prestación, pero sí sabemos cuánto vamos a gastar cada mes". Distintos aspectos y filosofías sobre el tema de las auditorías son planteados por Borini (1993) y Arce (1995).

¹⁰ Nuestro análisis del actual proceso de reforma se ajusta a esta descripción (ver infra: "Qué pasó").

primera es que es un segmento de la atención que presentó signos tempranos de concentración, a través de centros de diagnósticos-empresas en condiciones de ofertar los servicios a escala apta, inclusive, para grandes intermediaciones ¹¹. La segunda observación es que modalidades semejantes se han instalado en obras sociales con servicios propios (v.g.: Policlínico Bancario) y en los hospitales públicos, en los que la organización de la autogestión hospitalaria ha extendido los procesos de privatización, desde servicios "periféricos" a los de atención médica y a algunas prácticas de diagnóstico ¹².

Los profesionales médicos y sus organizaciones

Sobreoferta de profesionales en áreas urbanas (un médico cada 174 habitantes en Capital Federal-PRESSAL:1994) y salarios cuya base oscila entre \$ 500.- y \$ 1.000.- (Consultor de Salud, 13/12/1996) son las condiciones sobre las que se desarrolla una de las situaciones históricamente más críticas del sector de profesionales médicos. Son dos los frentes de conflicto: uno gremial, a partir de la sanción del decreto 9/93, que eliminó la intermediación de las asociaciones médicas en la contratación con las obras sociales, el establecimiento de aranceles y la recaudación. El otro, inscripto en la situación de los hospitales públicos, tanto en virtud del colapso prestacional al que muchos de ellos se hallan expuestos, como de las reformas asociadas al modelo de "Hospital de Autogestión".

El sector expresa con fuerza una característica común a otros actores aquí descriptos y perjudicados por la reforma: la permanente demanda de participación del Estado, aunque *el tipo y/o la orientación de la participación estatal reclamada varían*. En este caso, los ejes se ubican en torno a las remuneraciones en el sector público (por lo cual las medidas de racionalización administrativa y reducción del gasto en salud son resistidas), mantenimiento del status de las organizaciones médico-profesionales como reguladoras de la matrícula y reconocimiento del sector como interlocutor en la discusión acerca de las políticas a ser implementadas.

QUE PASO (O EL ERROR DE CREER QUE LA REFORMA ESTA PENDIENTE)

El proceso que lleva a la sanción del decreto 9/93, tanto cuanto el abierto a partir de éste, permite jugar con una mirada diferente de la que habitualmente es recogida en medios periodísticos, políticos y técnicos: tal como esbozamos en el punto anterior, aquí proponemos considerar que no hay tal "demora" de la reforma en salud, sino un largo proceso de medidas de implementación aparentemente parcial que habilitaron reposicionamientos, alianzas y transacciones al cabo de los cuales, o bien las medidas propuestas son inaplicables, o bien

¹¹ Este proceso ha dado lugar a la configuración de actores diferenciados, que expresaron posiciones distintas frente al decreto 9/93 (apoyo explícito de la cámara empresaria y estrategia defensiva "para mantener a las entidades bioquímicas en una posición negociadora digna" - Consultor de Salud, 29/1/93).

¹² Funcionarios ministeriales a cargo de los proyectos de reforma hospitalaria explicitaron su desacuerdo con esos perfiles de contratos en establecimientos municipales. No queda claro, sin embargo, ni el modo en que el estado se ha reservado capacidad de regulación a ese respecto, ni cuál sería exactamente el argumento por el cual -puestos los hospitales en situación de obtener financiamiento- se identificarían incompatibilidades en esas formas de gestión.

operan sobre un escenario muy distinto del inicial, de modo que los resultados arrojados difieren notablemente de los anunciados. Nuestra segunda conclusión es que la trayectoria seguida en este proceso ha sido profundamente regresiva en términos asignativos.

En esto confluye un conjunto de condiciones de diferente orden, algunas de las cuales sólo enunciaremos. En principio, y de manera determinante, existen cuestiones relacionadas con el perfil de los procesos globales de reforma económica y de políticas sociales impulsadas por los organismos internacionales. En efecto, y pese a reiteradas invitaciones a discutir globalmente las condiciones de salud de las poblaciones, en la mayoría de los casos estas consideraciones se subordinan al los problemas de financiamiento y de equilibrios fiscales (OPS:1987; Banco Mundial: 1993). En esta línea, las estrategias para mejorar la distribución de los recursos en salud se han reducido a "fortalecer los mercados de seguros privados" y proponer mecanismos de incentivos para que "quien pueda pagar por los servicios lo haga", de modo de liberar recursos estatales para la atención de los más pobres. La eficacia de una estrategia de este tipo ha sido tan limitada como la estrategia misma.

En segundo lugar se encuentran las características de los procesos que, si bien muy sugestivamente han sido denominados de "asalto corporativo" del Estado en la Argentina (Martínez Nogueira:1990), en este caso podrían ser "revisitados", en especial en relación con la condición del "asaltado" (el Estado). Para ello, a partir del análisis anterior actualicemos el espectro y jerarquía de intereses que caracteriza a algunos actores.

El sindicalismo

Desde 1995, el análisis del sindicalismo en relación con las obras sociales necesita ser dividido en sus dos grandes agrupamientos: el Congreso de Trabajadores Argentinos y la Confederación General del Trabajo "oficial" (en adelante, CTA y CGT, respectivamente).

El CTA adquirió su configuración institucional actual en 1992, cuando tras la reunificación de la CGT algunos grupos ubicados en posiciones más opositoras se sumaron a sus filas (Murillo:1994). Recién en 1995, sin embargo, y en simultáneo con la discusión abierta por la sanción del decreto 292/95 (y el posterior decreto 492 ¹³) esta central comenzó a discutir una estrategia autónoma en relación con las obras sociales.

El suyo es un esfuerzo fragmentado y tentativo, cuya mayor fortaleza es la preocupación por un modelo de organización y gestión que conserve, política y culturalmente, principios de democratización, solidaridad y eficiencia social, cuestionadores de los rasgos más duros de la reforma en marcha. Pero ahí radica también su mayor debilidad, pues el desafío implica organizar y gestionar con *éxito* una entidad que contrariaría la pauta organizativa en marcha. En otras palabras, se trata, nada menos, de emprender una lucha claramente política,

13 En conjunto, los decretos 292 y 492 (agosto/octubre de 1995) redujeron los aportes patronales y los aportes mínimos (\$ 20 y \$ 40, respectivamente) e iniciaron la reforma del INSSJP (mediante la apertura de categorías de aportes por edad) y de los Institutos de Administración Mixta, cuyos aportes especiales eliminaron.

que enfrenta límites estructurales y cuyos parámetros de éxito/fracaso en buena medida serán dirimidos en términos técnicos. Por último, la propia composición interna del CTA presenta organizaciones muy variadas en cuanto a ingresos (y por lo tanto, aportes) y hábitos de atención de la salud, lo que objetivamente dificulta la implementación de prácticas de agregación.

El caso de la CGT es relativamente más claro ya que, aunque no totalmente homogénea, a su alrededor se consolida un modelo de sindicato-empresa que se hace cargo de los reclamos "técnicos"(políticos) de equilibrios de caja. Continuator de la tradición gremial más burocrática, y en el marco de una profunda reforma de las condiciones socio-políticas y económicas bajo las cuales durante medio siglo se desplegó como interlocutor fundamental y base del *régimen social de acumulación*, su estrategia se dirige a obtener la reserva de una "cuota" del mercado. En una perspectiva tal y habida cuenta de la constitución esencialmente política que dominó la administración y gestión de fondos e instituciones, uno de las mayores preocupaciones se encuentra en el *tipo* de mercado que resultará (grados de apertura y competencia), y al control de esas condiciones se orienta su accionar.

A tal punto esto ha sido así que, en una situación de campaña electoral permanente ¹⁴, la dirigencia cegetista concentró sus esfuerzos en obtener la limitación de la competencia (vía la exclusión de la medicina prepaga) y la postergación de la implementación de la reforma. En este caso, el instrumento fue el aplazamiento de la depuración de los padrones y la demora no fue la simple postergación del condenado a muerte que trata de ganar días de vida contra una sentencia inapelable, sino la readecuación a nuevas condiciones, para aliviar o invertir el impacto de sus efectos indeseables. Efectos indeseables como el estrechamiento en lo político-institucional, que debilitaría el poder sectorial. Así, desde 1992 se había visto a OSECAC acelerar la reorganización para un funcionamiento acorde a parámetros empresariales; a partir de 1993, el Instituto de Servicios Sociales del Personal de Seguros estudió formas de cubrir rápidamente el 20 % de ingresantes permitido por la ley original ¹⁵, con grupos familiares de ciertas características; se vio a varias Obras Sociales haciendo convenios entre sí y con empresas de medicina privada en carácter de "socios", para mejorar sus condiciones de competencia. Se vio a obras sociales, finalmente, pensando sistemas de exclusión de los que aparecían como "afiliados indeseables". El paradigma ha sido la preocupación por la afiliación de los trabajadores de la construcción, porque "... ganan poco, tienen muchos hijos y se enferman mucho" ¹⁶.

Pese a esta distinción entre grupos sindicales, la esfera pública muestra a ambos criticando al proyecto de libre afiliación por la pérdida de solidaridad que entraña, principio del cual ambos se presentan a sí mismos como "reserva". Sin embargo, durante un largo período las bases materiales de la solidaridad no fueron objeto de análisis: se había pasado de aquel

14 Desde 1991, todos los años ha habido procesos electorales de carácter nacional.

15 El decreto 576/93 preveía limitar al 20 % del padrón la aceptación de nuevos afiliados. Esa limitación quedó posteriormente sin efecto.

16 Entrevista a un funcionario de línea de uno de los ex-Institutos de Administración Mixta, 1994. Idéntico argumento nos fue planteado por un importante dirigente de un sindicato perteneciente a la CTA (1995).

esquema de distribución que igualaba en el interior de cada rama, a un sistema que personalizaba el aporte y reproducía directamente la estructura de ingresos personales, transformando el aporte en "cuota" individual. En efecto, la definición del aporte como de carácter *personal* deja en pie sólo una de las vías redistributivas -la que opera entre instituciones, vía transferencias ahora automáticas- y elimina de manera total las transferencias interpersonales directas, de asalariados de mayores a los de menores ingresos (que fue la que mejor funcionó en el antiguo sistema).

Esto no era planteado ni problematizado por los dirigentes y, según muestra una investigación llevada adelante entre 1993 y 1994, tampoco conocido (Danani: 1994). De este modo, la "defensa" de la solidaridad se reducía a la "denuncia" de la introducción de paquetes diferenciales según montos de los aportes, aunque parecía no conocerse el mecanismo de producción de esa diferenciación ¹⁷. En los casos en los que se pretende emprender una reforma de distinto cuño (CTA), el riesgo mayor a enfrentar es el de la fuga de afiliados de mayores ingresos hacia entidades que ofrezcan canastas diferenciales ¹⁸, lo que en el límite sería organizar una obra social "para pobres". En el polo cegetista (mayoritario, por otra parte) queda claro que, aun sin dominar el mecanismo, las prácticas descritas tendieron a empeorar todavía más las consecuencias ya regresivas de la reforma. En términos distributivos, mediante la selección/exclusión en sí misma, aun cuando esté taxativamente prohibida. En términos políticos, uno de los más significativos ejemplos los proporciona su reclamo por reservarse explícitamente el resorte de la admisión de afiliados a las obras sociales, para evitar estrategias individuales de cambios circunstanciales de institución frente a tratamientos específicos, que aprovechen las coberturas más convenientes entre las ofrecidas. Que el argumento de las dirigencias sea que de lo contrario se estaría ante "una libertad a medias" ¹⁹ (El Consultor de Salud, 18/10/96) habla por sí de la *profundidad política* del proceso en curso. Pero más preocupante es que, dadas estas reglas, el argumento sea válido, de modo que sólo apelando a una otra racionalidad (sin sustento empírico) la exclusión que de esa acción resultaría pueda evitarse. Esta es, precisamente, la tensión a la que se halla expuesto el CTA.

Aquí caben dos preguntas. La primera es si esta trayectoria de la reforma es satisfactoria para los decisores, en tal caso inspirados en alguna vocación destructiva o perversa. La segunda -sobre todo, si se responde negativamente la primera- si tal vez deben aceptarse estos reacomodamientos en virtud de la solidez del poder gremial. Si en la primera pregunta creemos que la respuesta es negativa, en esta segunda nuestra seguridad es aún mayor: el sector sindical no está en condiciones de oponer una resistencia efectiva a una reforma -aún profunda- del sistema. Nuestra hipótesis es, en cambio, *que el mismo elenco gubernamental se ha ocupado de preservar esa última trinchera desde la cual estos grupos confrontan (y se acomodan, a la vez) con el proyecto oficial, porque el que tengan "algo que*

17 Este doble hecho -desarrollar estrategias que neutralizan algunas modificaciones de la reforma, pero a la vez ignorar parte de la misma- plantea una situación paradójica, por la cual por un lado enfrenta lo que Bourdieu (1988) llama una "estrategia de doble juego", consistente en "ponerse en regla, poniendo el derecho de su parte y actuar conforme a intereses, mientras se aparenta obedecer la regla", pero por otro lado se desconoce la regla misma.

18 Esto fue discutido en una reunión de Secretarios convocada por el CTA en 1995: bajo la condición -no negociable- de prestar servicios igualitarios y no segmentar prestaciones por tramos de ingresos ¿cómo retener a los afiliados de salarios más altos?.

19 Esto es, de los beneficiarios y no de las dirigencias.

perder" se constituyó en una condición que abrió y facilitó el tránsito hacia la política estratégica del período: la reforma laboral. Podríamos decir que la estrategia de "autonomía organizacional" (Murillo:1994) ha tenido en el Estado un co-protagonista principal. El "asaltado", entonces, se torna "asaltador" ²⁰.

La medicina pre-paga

Acerca de la dinámica específicamente sectorial, este proceso avanzó en una complejización creciente del escenario, tanto por la propia reconfiguración del mercado, como por las exigencias planteadas por los organismos internacionales (v.g.: Banco Mundial) para el otorgamiento de dos préstamos destinados a la reforma del conjunto del sector salud: el PRESSAL y el PROS (Proyecto de Reforma del Sector Salud y Proyecto de Reconversión de Obras Sociales, respectivamente).

Esta complejización diversifica las modalidades de negocios, cuyo detonante parece haber sido la explicitación de la agenda global de la reforma, especialmente respecto de lo que durante mucho tiempo fue desmentido: la *desregulación total* (vale decir, la apertura de la competencia a la medicina pre-paga). Esto provocó nuevos y múltiples movimientos y aceleró otros. No por esperable, uno de los más dignos de observación es la mayor presencia de convenios del tipo "franquicia" entre obras sociales y grupos empresarios privados. Los primeros convenios de este tipo parecen haber sido firmados entre 1992 y 1993 por la ex-obra social de YPF y por OSDOS, obra social de los empleados de las empresas Duperial y Orbea ²¹. Es este último el que durante el primer período de apertura a la opción (enero/abril de 1997) provocó una oleada de protestas entre obras sociales de dirección y dirigentes gremiales, a pesar de que las primeras siempre operaron así, de la pública existencia actual de otros similares (como el de UPCN) y de que -según manifestaciones de un directivo de una de estas empresas- "...el mercado está lleno de pre-pagos ofreciendo obras sociales" (Clarín, 17/3/97).

Por otra parte, estas asociaciones se llevan a cabo entre actores en franco proceso de transformación. Desde 1995 se ha profundizado el perfil financiero (transnacional) del sistema, sea por la llegada de capitales extranjeros o por la extensión de inversiones por parte de grupos ya radicados. Aunque predominó la compra de paquetes accionarios de empresas ya existentes, en algunos casos la participación de esos grupos se da por la venta de servicios con transferencia de tecnologías de gestión y acuerdos para gerenciamiento asociado. En cualquier caso, se radicalizan las tendencias a la mayor participación del capital financiero que caracterizan a la economía mundial y que en este caso específico otorgan perfil particular a la imagen de "autopistas sanitarias" (El Consultor de Salud, 22/9/95).

Como resultado, prácticamente puede hablarse de una "vieja" y una "nueva" medicina pre-paga, como así también explicarse algunos reposicionamientos político-sectoriales

²⁰ El último acuerdo al que en 1997 arribó el Ejecutivo Nacional con la mesa de conducción de la CGT (9/5/97), una vez que ya había sido cerrado el período de opción para los afiliados, y por el que se pactó la no incorporación de la medicina pre-paga a cambio de impulsar nuevas formas de flexibilización laboral, abona lo que decimos.

²¹ Hacia fines de 1993 el convenio de YPF recogía mala evaluación en medios sindicales, en virtud de los altos costos que acarrea (Fuente: Danani:1994).

impensables hasta hace muy poco. Uno de ellos es el acercamiento y/o alianza de las cámaras de medicina pre-paga y de asociaciones de clínicas y sanatorios, dos sectores históricamente distanciados, pero que comparten actualmente la condición de mayores amenazados por la oleada concentradora.

Puede objetarse que la medicina pre-paga tiene una participación minoritaria (aproximadamente 10 % de la población con cobertura, aunque capta el 19 % del gasto ²²) y circunscripta a los grandes centros urbanos, con preponderancia de Capital y Gran Buenos Aires. Sin embargo, la intensidad y magnitud de las operaciones mencionadas la convierten en uno de los sectores más dinámicos y necesarios de observar. Si estas tendencias continúan (lo que es de esperar), su participación real aumentará considerablemente, incluso más allá de lo que revelen las fuentes y formas convencionales de información sobre gasto captado y beneficiarios atendidos.

QUE PUEDE PASAR

Por primera vez hay un acuerdo extendido entre distintos sectores que participan del sistema acerca de la necesidad de someter a discusión el modelo de salud en su conjunto. Claro que sería ingenuo tomar por única la posición de sindicalistas, empresarios y corporaciones profesionales sólo por declaraciones demasiado generales, pues tras cada una de ellas se encuentran historias, intereses y tendencias tan diversos como los analizados hasta aquí. No es un dato menor, sin embargo, porque ello podría estar indicando que se ha llegado a un punto tal, que un conjunto de actores reconoce el agotamiento de (algunas de) sus prácticas "históricas". Eso no es poco para empezar, en particular si se considera que, bien mirada, la discusión sobre el modelo de salud entraña una discusión sobre el papel del Estado, algo que está muy lejos de estar claro a esta altura.

Mientras tanto, los afiliados a las obras sociales parecen haber reiterado el comportamiento observado ante la reforma previsional: a partir de una desconfianza fundada en la experiencia, esperaron, no cambiaron la condición, evitaron situaciones "sin retorno" hasta no contar con información suficiente. Por cierto, influyó en ello el hecho de que las entidades sindicales armaran canastas de prestaciones aranceladas o no aranceladas, según se tratara de beneficiarios originalmente "propios" o que solicitaban el ingreso, respectivamente; como así también algunos casos de presiones en los lugares de trabajo en los que la relación trabajador/delegado es más directa. Sin embargo, el escaso 1,5 % del padrón que hizo uso de la opción no se explica por ninguna de las dos circunstancias. Antes bien, parece haber funcionado lo que Gramsci llamaría un "núcleo de buen sentido".

Uno de los procesos más dignos de atención es la rápida emergencia de propuestas de organización de un virtual "sistema sindical de atención médica", surgidas de las mismas dirigencias gremiales que durante más de 50 años forzaron las posibilidades y condiciones para el control individual de las entidades. Ante este cambio de timón es difícil resistir la tentación de un ejercicio de simulación (contra-fáctico, y por lo tanto de utilidad limitada) acerca de qué

²² Fuente: World Bank:1996.

habría sucedido si un cambio de reglas tan radical como el actual se hubiera intentado, en un modelo distinto, una década atrás. Es cierto que es sólo un ejercicio de simulación que debería especificar las condiciones políticas y sociales de factibilidad. Pero, aún así, permite volver sobre algunos aspectos teóricos, como lo es la reflexión acerca de *qué y cuántas políticas se formulan cuando no se formulan políticas*.

Claro que aquí hay riesgos de otras ingenuidades, la primera (si no la más importante) de las cuales es asumir acríticamente la utilidad de introducir "incentivos de mercado". Aunque prácticamente ya nadie lo hace al referirse a la salud -campo respecto del cual los análisis casi invariablemente comienzan por señalar aquellas características que hacen del mismo un "mercado particular" (imperfecto)-, eso es insuficiente. De lo que se trata, en realidad, es de hacerse cargo del *tipo* de incentivos a que se verán sometidos estos (y no otros) agentes.

Aún así, los actores que se ven a sí mismos como "perdedores" constituyen un agregado socialmente disponible para una propuesta de distinto cuño. El primer punto de coincidencia -hablamos de profesionales médicos en general, sindicalistas y empresarios privados, tanto prestadores reunidos en CONFELISA/CAES, como lo que aquí llamamos "vieja medicina pre-paga"- es su común preocupación por la extensión de la cobertura poblacional. En el actual esquema, esto permite discutir acerca de los que "quedan afuera" de protección, ya que estos sectores no estarían en condiciones de disputar por las franjas de mayores ingresos.

El caso de los prestadores pequeños y medianos es el de oferentes cuya sobrevivencia en la actualidad depende enteramente de la existencia de segmentos protegidos del mercado; vale decir, de la garantía de demanda solvente, en especial en el interior del país. Esto hace que ante una situación que puede parecer límite (como la que en 1996 sacudió a PAMI, en el curso del proceso de provincialización), incluso puedan hacer de la necesidad virtud, al postergar cortes de servicios, absorber moras importantes y, por si esto fuera poco, advertir acerca de los rasgos más regresivos del proceso (El Consultor de Salud, 27/12/96) ²³.

Una de sus más importantes reivindicaciones (la puesta en práctica de sistemas de acreditación y categorización de establecimientos) es necesaria y peligrosa a la vez. Necesaria, porque ya ni quienes agitan defensas corporativas cerradas niegan que hay clínicas y sanatorios que deberían ser clausurados, situación que se agrava en el interior del país y el Conurbano Bonaerense. Pero también puede resultar peligrosa, si al poner en marcha esos sistemas no se superan las prácticas alrededor de los controles descriptas antes (riesgo no desdeñable en un momento como el actual, en el que cada sector está particularmente expuesto a las presiones internas, pues el propio frente es lo primero que debe preservarse).

Otro peligro es que la categorización reproduzca y amplíe las tendencias a la segmentación que vienen caracterizando a los sectores sociales antes universales (educación y salud). Habría una alta probabilidad de que esto ocurriera si se establecieran estándares muy bajos, a partir de los cuales las escalas reflejarían acceso por "niveles" sociales y de ingreso de

²³ Esta descripción sólo tiene la intención de evaluar condiciones objetivas para consensos *viabiles*.

la población. En otro extremo -el de estándares altos- podría eliminarse un importante núcleo de oferentes, con la consiguiente reducción de la competencia y efecto sobre los costos ²⁴.

En este marco, es central el desarrollo de una estrategia que desactive la confrontación y sume de manera real al sector médico ²⁵, aun reconociendo que la generalización ("el sector médico") también en este caso pueda ser excesiva. Sin embargo -para exorcizar sospechas de defensa corporativa- el lugar que ocupan los torna actores estratégicos de cara a una propuesta más progresiva y democrática. En principio, es útil considerar la multitud de contradicciones que atraviesan al colectivo profesional, algunas de las cuales parecen dirimirse en el terreno doctrinario, en especial cuando se discute la reforma del sector público. Si bien es cierto que buena parte de la confrontación se debe a razones "particularistas" (el rechazo de las condiciones de trabajo que ella implica), también lo es que cualquier alternativa, si se pretende viable, debe partir del reconocimiento de los intereses de los sectores a los que pretende sumar.

Otras tensiones se resuelven, de modo menos ambiguo, en la competencia por franjas del mercado y la antigua aspiración de recuperar la hegemonía profesional. Desde que se anunciara la resolución 247 (del "modelo de médico de familia"), distintas agrupaciones de especialidades dedicaron sus esfuerzos a garantizar para sí el mejor status, mucho más que a la discusión de la propuesta como tal ²⁶.

No obstante, y más allá de cualquier deseo de retorno a la práctica liberal de la profesión, las transformaciones en los sectores público y privado tienden al trabajo dependiente crecientemente, inclusive bajo modalidades diversificadas. Eso abre la posibilidad -e impone- de acordar espacios de redefinición de las prácticas de atención. De lo contrario, lo dominante será el disciplinamiento derivado de la cada vez mayor exposición a presiones por parte de los empleadores, sean empresas que aspiran a dominar el "mercado", o efectores públicos cuyos presupuestos se elaboran sobre la base de la precarización laboral ²⁷. En definitiva, en ninguno de los dos casos prevalecen criterios de calidad de la atención de la salud, sino de gasto/caja, sea por la búsqueda de ganancia o de equilibrio presupuestario.

LA AGENDA, LAS AGENDAS

Hasta aquí exploramos una perspectiva que pretendió integrar la consideración de las

²⁴ En ocasión del congreso organizado en 1996 por la CAES, el Dr. N. Larocca (su presidente), declaró: "Abogamos por la excelencia y [para eso] tenemos que categorizarnos, acreditarnos, certificar y recertificar el trabajo profesional. Pero mayor calidad es también menores costos y acceso del conjunto de la población. Si no fuera así, ¿para qué serviría la calidad?" (Consultor de Salud, 15/11/1996). Independientemente de la coherencia con que luego pueda acompañarse esta posición, la misma muestra que el tema es debatido en el interior del sector.

²⁵ En entrevista, un funcionario del Ministerio de Salud señaló que la reforma hospitalaria en marcha tenía a los médicos como "principales enemigos".

²⁶ Véanse, en particular, las sucesivas declaraciones de la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia, dadas a conocer en los medios de difusión desde noviembre/1997.

²⁷ Son varios los casos de empresas que ya han implementado mecanismos de control de prácticas de diagnóstico y tratamiento basados en índices de recurrencia. Los profesionales que exceden dichos índices son sometidos a monitoreos, de resultados de los cuales pueden surgir -en dos casos, al menos- sanciones económicas. Respecto de los hospitales públicos, desde mediados de 1996 la provincia de Buenos Aires ha generalizado las contrataciones bajo la forma de "becas", particularmente en los nuevos hospitales de reciente inauguración, en los que no existían comisiones internas.

dimensiones *económica* (básicamente, las transferencias a que da lugar) y *política* de la reforma, en términos de las prácticas de los diversos actores que juegan alrededor de la misma. Pretendimos mostrar que dichas prácticas explican el desarrollo efectivo de la reforma, pero también se tornan posibles a partir de ella, permitiendo conjeturar nuevos escenarios (cualquiera fuera su signo) y evaluar el espectro de posibilidades de una reforma amplia y *socialmente eficiente*.

Sería nocivo quedar capturados de la inercia de una discusión reconcentrada en el financiamiento e incapaz de asumir la tarea de debatir aspectos sustantivos. La ampliación del campo de discusión *-del gasto, al modelo de salud-* va más allá del sector como tal y potencia *la revisión del sentido de las reformas de políticas sociales en conjunto*. Tanto los sistemas de seguridad social organizados bajo formas de capitalización individual (y el propuesto para las obras sociales es uno de ellos, finalmente), como algunas modalidades de focalización, operan más sobre la definición negativa, que positiva de los beneficiarios. Es decir, se desarrollan y sostienen su eficacia más en la cuidadosa identificación de quiénes no tendrán acceso a los servicios, que del reconocimiento de quienes sí lo harán. Así, los argumentos sobre la recuperación y preservación del equilibrio fiscal *-convertido en interés general por excelencia, aunque no garantizado por buena parte de los programas focalizados (Sojo:1990)-* justifican el desplazamiento de la noción de *derechos* y su reemplazo por el de *necesidades*. En este sentido, y sin poner en duda la dimensión económica y fiscal, esas operaciones se tornan directamente políticas, pues construyen nuevos entramados institucionales y sociales.

"Otra" agenda plantea, entonces, cuestiones operativas y generales a considerar. Entre las primeras está la ya mencionada propuesta de adopción del modelo de "médico de familia". Independientemente de la influencia norteamericana que el modelo sugiere, se reconoce en él un esfuerzo sistemático para reorientar prácticas profesionales tendientes a la superespecialización. Ahora bien, en ausencia de objetivos explícitamente señalados como horizonte para el sistema en forma global: ¿cómo no preguntarse si se trata más de una estrategia de contención del gasto, que del producto de una mirada integral acerca del proceso de atención?

Entre las cuestiones generales hay una de primer orden: la de las igualdades/ desigualdades en la atención. Aunque no es posible abordar la cuestión aquí, es preciso tener en mente el escenario social sobre el que se despliega la reforma, al menos en los aspectos que inciden más directamente en la organización y prestación de servicios de salud: pauperización creciente, vinculada con el nuevo carácter y magnitud del desempleo, pero también con una caída (estructural) de salarios que fuerza la recomposición de estrategias generación de ingresos; y un cambio de largo plazo en la pauta distributiva nacional, que en los últimos 20 años experimentó uno de los procesos más regresivos (Altimir:1987 y 1994; Barbeito y Lo Vuolo:1992).

Sobre este escenario global opera la reforma. El nuevo perfil del mercado de trabajo ha reducido la cobertura neta, generando sobrecarga de demanda en los hospitales públicos²⁸.

28 No es ésta la única vía de sobrecarga de los hospitales públicos: se calcula que entre un 30 y 50 % de los pacientes que asisten a los mismos tienen algún tipo de cobertura que, al no ser declarada, no abona la atención (World Bank:1996).

Asimismo, ya vimos que la reforma se sostiene en el esquema menos redistributivo del último medio siglo, pues necesariamente consolida la pauta distributiva reflejada directamente en los ingresos personales. No es una cuestión menor que la trayectoria de esa pauta distributiva haya sido la descrita en el párrafo anterior, pero no es en eso en lo que nos detendremos. Lo que ahora importa señalar es que si las desigualdades cuali y cuantitativas en las prestaciones que deriven de este modelo no son objeto de crítica, es porque la desigualdad social no es problematizada en sí misma, sino sólo cuando no se corresponde con la capacidad de pago individual, que "debe" permanecer intocada. Es imprescindible tener esto en cuenta, para evitar quedar nuevamente apresados en argumentos culpabilizadores, que confunden los ejes conceptuales y políticos de la cuestión.

La primera respuesta que se recoge a este respecto inmediatamente alude a la implementación del Plan Médico Obligatorio (PMO), que rescata la garantía de "igualdad en la base". Además de que la misma idea de "mínimo" merecería ser analizada, el tema aún está por verse, dicho esto en varios sentidos. En primer lugar, es necesario revisar la composición del plan para asegurar que mínimos razonables son contemplados. Pero lo que a nuestro juicio es más importante es quién (y cómo) controlaría su cumplimiento. Ello supone un Estado con una capacidad de control que está muy lejos de haber sido probada y que, pese a las declaraciones de los funcionarios, no ha sido (ni mucho menos) el aspecto más cuidado.

Hablando de los procesos de ajuste, hace ya varios años Faletto (1989) advirtió sobre las consecuencias de la paradójica situación de un debilitamiento del poder del Estado con simultáneo fortalecimiento del *aparato estatal*, por su exposición a la influencia de los organismos internacionales de crédito. En el caso argentino, hay también la cuestión de si "el aparato" se ha fortalecido, aún en la más liberal acepción. Una es la situación si se trata de forzar una reforma (como la previsional) que cuenta con pleno apoyo empresario; otra -muy distinta-, efectivizar controles sobre esos mismos sectores, o sobre los que -como el sindicalismo- jugaron un papel importante en el disciplinamiento social.

En un momento en el que funcionarios, académicos y técnicos pusimos en crisis todas nuestras categorías y aceptamos que la "diversidad" y "heterogeneidad" son características de las sociedades de fin de siglo, los posibles resultados de esta reforma permiten anticipar un escenario de doble cara. Por el lado *institucional* del sistema, la primera consecuencia será la fusión y la concentración y no, la "diversidad". Ello no obsta una competencia probablemente feroz, pero de todos modos las tendencias estarán lejos de la "heterogeneidad" y más bien puede pensarse en la profundización de un proceso de "homogeneización polarizada" o segmentada, de ofertas dirigidas a sectores sociales específicos ²⁹.

Del lado de los usuarios, en cambio, sí es probable que se vean estrategias dinámicas y cambiantes (tanto como lo permita la propia posición social), que tenderán a "diversificar" (individualizando) las condiciones y formas de acceso y uso. *En ese caso, debe quedar claro*

²⁹ Claro que ya no en términos políticos, sino de una concentración por mandato del "mercado", más una "economía de escala" que una unión de organizaciones o una estrategia estrictamente colectiva.

que ello será resultado de una intervención que generó condiciones para pulverizar prácticas eficaces de agregación de intereses, y no de algún proceso cultural propio de ciertos grupos o sectores sociales. La diversidad (y la diferencia) es, finalmente, un producto social y político.

SOBRE EL PAPEL DE LA POLÍTICA

En un trabajo reciente, Zanetti (1997) trae al campo de la administración pública una pregunta medular para los estudiosos que, insatisfechos con las condiciones del *status quo* - dice- buscan criticar y reinterpretar esas condiciones desde un punto de vista alternativo. Esa pregunta puede ser sintetizada así: ¿qué pasa con la teoría crítica que no puede materializarse en una propuesta práctica? Ninguna pregunta más apropiada para analizar esta reforma. Dado que estamos ante un sistema de salud que hace demasiado tiempo es incapaz de velar satisfactoriamente (y para algunos, de manera elemental) por la salud de la población; pero también ante una reforma que no erradica sus peores males y aun estimula algunos de ellos (desigualdad, segmentación, falta de control y solidaridad), ¿cuál debería ser el contenido de una reforma distinta?

Una reforma distinta tendrá componentes económicos y técnicos, generales y especializados. Pero una reforma distinta deberá fundamentalmente recuperar -y a eso queremos referirnos ahora- *lo que de político tienen la salud y su atención.*

Recuperar lo político significa ³⁰: recuperar una racionalidad sustantiva, que reconozca los conflictos derivados de intereses y principios materiales contrapuestos, y también de procesarlos (democráticamente). Eso implica desmentir la existencia de lógicas abstractas, formales y naturalizadoras; fortalecer explícitamente y generar espacios de representación para sectores que hoy carecen de ella (es decir, contribuir a la constitución de los usuarios de los servicios en actores) y defender el derecho a discutir y polemizar por el sentido y valor que adquiere la organización (el orden), precisamente eso que el mercado presenta como mecanismo ciego. El debate es condición y resultado de la interpretación y, como dice Weffort en la cita inicial, la interpretación es ejercicio de la libertad.

Recuperar lo político de la salud incluye, a nuestro juicio, discutir su dimensión moral. No una moral falsamente humanista y abstracta, sino la que declara inaceptable que la efectivización de la responsabilidad social sea contingente o que deba admitirse la desigualdad bajo argumento económico o técnico alguno. Y esto implica una actividad intensa, una tarea de construcción deliberada y pública que no es menor si pensamos que hombres y mujeres gozamos de una libertad muy superior a la de elección en el mercado: la de organizar concientemente nuestra convivencia social (Lechner:1982).

Lo contrario sería suponer que las cosas están dadas, idea que no merece más tiempo y espacio que el dado hasta aquí: hemos intentado mostrar que ningún rasgo del sistema depende enteramente de *un* actor, pero tampoco ninguno le resulta absolutamente ajeno. Por el

30 Aquí seguimos los aportes que sobre la definición de "la política" hace N. Lechner (1982 y 1984).

contrario, costosamente ha ido construyéndose un escenario que impone restricciones y abre posibilidades -desiguales en ambos casos- y que transforma de manera radical los parámetros de eficacia de las prácticas.

Una otra reforma debe hacer todo eso, claro que en buena medida en sentido inverso al recorrido. "No se trata sólo de instalar discursos que desafíen al dominante, dice Zanetti, sino de trascenderlo". Ello requiere nuevos consensos -más amplios y por eso más democráticos-, nuevas alianzas y la puesta en práctica de nuevos saberes de agentes muy variados.

Eso requiere de la política, *porque eso es la política*. Y, en las actuales circunstancias, es casi *la lucha por la política*.

BIBLIOGRAFIA

Acuña, C. (1995): "La Burguesía Industrial como actor político: su lógica de organización y comportamiento en el caso argentino (desde sus orígenes a la actualidad)". Departamento de Ciencia Política/Universidad de Chicago. Mimeo.

Altimir, O. (1994): "Distribución del ingreso e incidencia de la pobreza a lo largo del ajuste". En: *Revista de la CEPAL N° 52*. Santiago.

Anderson, O. (1985): *Health Services in The United States. A growth enterprise since 1875*. Health Administration Press. Michigan.

Arce, H. (1995): "El factor 'calidad' como futuro regulador del sector Salud". En: *El Consultor de Salud N° 127*. Bs As.

Arce, H. (1996): "La reconversión de los sanatorios privados dentro de una economía competitiva". En: *El Consultor de Salud N° 137*. Bs As.

Barbeito, A.; Giacometti, C.; Lo Vuolo, R.; Pautassi, L. y Rodríguez Enríquez, C. (1994): "Programas Sociales en la Provincia de Buenos Aires". Instituto del Conurbano/Universidad Nacional de General Sarmiento. San Miguel. Mimeo.

Barbeito, A. y Lo Vuolo, R. (1992): *La modernización excluyente*. UNICEF/Losada. Bs As.

Belmartino, S. (1996): "Argentina: nuevas modalidades y espacios de regulación en la seguridad social médica". Presentado a las Jornadas Internacionales "Estado y Sociedad: las nuevas reglas del juego". Centro de Estudios Avanzados/UBA. Bs As. Mimeo.

Borini, M. (1993): "Responso y recreación de la Auditoría en Salud". En: *Cuadernos Médico-Sociales N° 63*. CESS. Rosario.

Cabral, S. (1995): "Privatización de Empresas de Servicios Públicos, Sindicalismo y Prestaciones Médico-Asistenciales". Informe de beca de investigación. UBACYT. Bs As. Mimeo.

Cetrángolo, O.; Katz, J.; Lerner, L. (1992): *Desregulación y Salud. Un análisis de la reforma del Sistema de Obras Sociales*. Fundación Unión Industrial Argentina. Documento de Trabajo N° 3. Bs As.

Danani, C. (1994): "El Proyecto de Libre Afiliación a las Obras Sociales: análisis y perspectivas". En: VVAA: *Planificación y gestión de Políticas Sociales*. PRONATASS/UBA. Bs As.

Danani, C. (1996): "Algunas precisiones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población-objeto". En: Hintze, S. (organizadora): *Políticas Sociales: contribuciones al debate teórico-metodológico*. CBC/CEA. Bs As.

de Castro Andrade, R. (1984): "Notas sobre la metodología de la historia política". En: Vega, J.E. (coordinador): *Teoría y política de América Latina*. CIDE. México.

Díaz Muñoz, R. (1991): "Procesos de privatización en el sector salud en Argentina". FLACSO. Bs As. Mimeo.

Findling, L. (1997): "La desregulación de las Obras Sociales: una reforma en cámara lenta". Presentado al Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Bs As. Mimeo.

Grassi, E.; Hintze, S.; Neufeld, M.R. y equipo (1994): *Políticas Sociales, crisis y ajuste estructural*. Editorial Espacio. Bs As.

Grünner, E. (1990/1991): "Política: ¿otro discurso sin sujeto? Aportes sobre el poder, la cultura y las identidades sociales". En: *El Cielo por Asalto N° 1*. Imago Mundi. Bs As.

Katz, J. y Miranda, E. (1995): *Reforma del Sector Salud, satisfacción del consumidor y contención de costos*. Cepal (Serie Políticas Sociales N° 12). Santiago.

Katz, J. y Muñoz, A. (1988): *La organización del sector salud. Puja distributiva y equidad*. CEPAL/Centro Editor de América Latina. Bs. As.

Lechner, N. (1982): "El proyecto neoconservador y la democracia". En: Rojas Aravena, F. (editor): *Autoritarismo y alternativas populares en América Latina*. FLACSO. San José, Costa Rica.

Lechner, N. (1984): "Especificando la política". En: Vega, J. (coordinador): *Teoría y política de América Latina*". Libros del CIDE. México.

- Lo Vuolo, R. (1993): "Conflictos actuales y escenarios futuros de la política social". En: Lo Vuolo, R. y Barbeito, A.: *La nueva oscuridad de la política social. Del Estado Populista al Neoconservador*. Ciepp/Miño y Dávila. Bs As.
- Martínez Nogueira, R. (1990): "La reforma del Estado en Argentina. La lógica política de su problemática organizacional". En: *Rev. Perfiles Latinoamericanos*. (sin datos de edición).
- Mitlin, D.; Satterthwaite, D. and Stephens, C. (1996): "City inequality". En: *Environment and Urbanization N° 2, Vol. 8*. London.
- Montoya, S. (1996): "Reformas al financiamiento del Sistema de Salud. Argentina". Córdoba. Mimeo.
- Murillo, M.V. (1994): "Union Responses to Economic Reform in Argentina: Organizational Autonomy and the Marketization of Corporatism". Presentado al Encuentro Anual de la American Political Science Association, New York. Mimeo.
- Organización Panamericana de la Salud (1987): *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana N° 103*. Washington.
- PRESSAL (1994): "Diagnóstico del Sector Salud". Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. s/l. Mimeo.
- Salama, P. y Valier, J. (1996): *Neoliberalismo, pobreza y desigualdades en el Tercer Mundo*. Ciepp/Miño y Dávila. Bs As.
- Sojo, A. (1990): "Naturaleza y selectividad de la política social". En: *Revista de la Cepal N° 41*. Cepal. Santiago.
- Tafani, R. (1995): "El escenario económico en Salud". En: *El Consultor de Salud N° 127*. Bs As.
- Weffort, F. (1995): "Apresentação". En: Weffort, F.: *Os clássicos de la política*. Editorial Atica. San Pablo.
- World Bank (1993): "Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud". Banco Mundial. Washington.
- World Bank (1995): "Initiatives for reforms". s/l. Mimeo.
- World Bank (1996): "Argentina: Health Insurance Reforms Loans". Document of The World Bank. Washington. Mimeo.
- Zanetti, L. (1997): "Advancing Praxis. Connecting Critical Theory with Practice in Public Administration". En: *The American Review of Public Administration N° 2, Vol 27*. Sage

Periodical Press.

DIARIOS Y PERIODICOS

Clarín

El Consultor de Salud

El Médico del Conurbano

Página 12