

SECCIÓN DE OBRAS DE ECONOMÍA CONTEMPORÁNEA

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

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

VOLUMEN I



Primera edición, Chile, 2000

Título original:

Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud.

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

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

© Fondo de Cultura Económica

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

© Fondo de Cultura Económica Chile S.A.

Paseo Bulnes 152, Santiago, Chile

Registro de propiedad intelectual N° 114.526

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

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

Ilustración de la portada: Juan Cristián Peña Camarda

Composición y diagramación: Gloria Barrios

Impreso en Salesianos S.A.

Impreso en Chile

DANIEL TITELMAN / ANDRAS UTHOFF
COMPILADORES

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

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

VOLUMEN I



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



COMISIÓN ECONÓMICA PARA
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)

TENDENCIAS, ESCENARIOS Y FENÓMENOS EMERGENTES EN LA CONFIGURACIÓN DEL SECTOR SALUD EN LA ARGENTINA

Hugo E. Arce

I. CAMBIOS EN LA NATURALEZA DE LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO

La historia del sector salud en la Argentina, está signada por su organización constitucional y la génesis de su integración como nación. En nuestro país, las provincias no son las resultantes de una división territorial con fines administrativos, sino que preexistieron jurídicamente respecto a la nación.

Cuando las provincias decidieron unirse para constituir la nación, delegaron en el nuevo espacio nacional —entre otras funciones— su representación en el ámbito internacional, la emisión de moneda y la seguridad de las fronteras. En cambio, retuvieron bajo su control las acciones destinadas a promover el bienestar de la población, como son las de salud y educación. Sin embargo, el artículo 14 bis de la Constitución nacional —introducido en la reforma de 1957 y ratificado en la de 1994— prevé la creación, en el orden nacional, de un sistema de seguridad social que garantice el bienestar de las personas.

Los hechos mencionados son el germen de una historia —en la organización del sistema de salud— impregnada de contradicciones entre los diferentes actores institucionales, así como de marchas y contramarchas en los intentos de ordenarlo a través de una estructura integrada a nivel nacional.

El proceso hiperinflacionario ocurrido entre 1989 y 1990 constituyó un punto histórico de inflexión, ya que desarticuló las bases del modelo vigente y dio lugar a la aparición de nuevas tendencias y fenómenos, que permiten suponer la configuración de un modelo organizativo diferente.

De manera que conviene "recorrer a vuelo de pájaro" los hechos y momentos salientes de la historia anterior a 1989, con el fin de comprender mejor el estado en que se encontraba el sector, al momento de iniciar este estudio.

1. *MODELOS ORGANIZATIVOS E HITOS HISTÓRICOS HASTA 1990*

Se parte del supuesto de que el conjunto de las instituciones y actividades que participan en el proceso de atención de la salud constituyen un "sistema", independientemente de los vínculos formales que existan o no entre ellas. Los rasgos salientes que muestran en su comportamiento, configuran el "modelo organizativo" del sistema.

Para elaborar una taxonomía de los modelos organizativos predominantes en el sector a lo largo del siglo XX, hemos tenido en cuenta el poder relativo que ejercían los diferentes actores institucionales en cada etapa, su capacidad para orientar o regular el desenvolvimiento del sistema a través de la planificación, y el nivel de concentración o descentralización de las decisiones (Katz y otros, 1993; Arce, 1993, pp. 155-190).

De acuerdo a ellos, resumimos los modelos y su evolución en la siguiente forma:

- i) Modelo pluralista no planificado (hasta 1945)
- ii) Modelo de planificación estatal centralizada (1945-1955)
- iii) Modelo pluralista de planificación descentralizada:
 - a) formación (1955-1970)
 - b) institucionalización (1970-1977)
 - c) crisis distributiva (1977-1990)

El modelo pluralista no planificado se caracteriza por el predominio del concepto de salud como responsabilidad individual o como materia de caridad. La representación del sector salud en el estado nacional, la asume el Departamento Nacional de Higiene —dependiente del Ministerio del Interior— y la comisión asesora de asilos y hospitales regionales, en el área del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. En la administración de los establecimientos públicos prevalecen entidades benéficas, pero tanto éstos como los nosocomios privados se desenvuelven en el marco de una lógica de coincidencia —una misma titularidad—

entre la posesión patrimonial y la financiación del funcionamiento. Existe una actividad mutual intensiva (no estatal), esencialmente basada en la nacionalidad de origen del trabajador.

El modelo de planificación estatal centralizada está determinado por la creciente injerencia del estado nacional en la inversión, planificación y administración de servicios de salud, en un marco de predominio del concepto de salud pública. En tres años la salud pública logra un ministerio específico, dentro del gobierno. Se duplica la dotación de camas hospitalarias, debido al impulso inversor del estado nacional y de una entidad de ayuda social vinculada al poder político (Fundación Eva Perón), mientras que en la administración de los hospitales prevalece la misma lógica señalada en el período anterior. Las entidades mutuales tienden a reagrupar a los trabajadores por rama de producción, dando lugar a la organización precedente de las obras sociales.

El modelo pluralista de planificación descentralizada se caracteriza por el progresivo desplazamiento de los centros de decisión hacia los estados provinciales y otras entidades no estatales. Se "provincializan" los hospitales públicos y surgen sucesivos proyectos de autarquía administrativa. Las obras sociales pasan de la voluntariedad mutual a la obligatoriedad, basada en convenios colectivos de trabajo, y se favorece el crecimiento de la capacidad instalada privada. La lógica administrativa predominante procura el desdoblamiento de la posesión patrimonial y la financiación operativa (etapa de formación).

Tres lustros después, la seguridad social basada en agrupamientos no estatales de origen gremial (obras sociales) logra extenderse hasta los límites de la población con capacidad contributiva, incluyendo a la clase pasiva —con la creación de su propia entidad— y a los trabajadores estatales, con el fortalecimiento de las obras sociales provinciales. Se expande el poder de las corporaciones de prestadores, como intermediarias en los circuitos de facturación y pago, con un amplio predominio de la modalidad de pago por prestación y "libertad de elección", mediante precios fijos. La puja distributiva principal se da entre prestadores y financiadores (etapa de institucionalización).

En menos de una década, el modelo desemboca en una desvalorización del trabajo médico respecto de la tecnología, y en una orientación curativa de las enfermedades en desmedro de la prevención. Los establecimientos públicos decaen paulatinamente. La necesidad de una rápida incorporación de bienes de capital, acelera la diferenciación entre la

explotación de la planta física de los centros de salud y la del equipamiento, que recae en diferentes dueños. Se extiende una modalidad de contratación mixta, en la que las corporaciones de prestadores contratan por capitación anticipada y pagan en forma diferida por prestación. Todo esto contribuye a que la puja distributiva se traslade al interior del sector prestador, en el marco de una marcada monopolización, tanto por parte de los proveedores como de los compradores de servicios (etapa de crisis distributiva).

2. LA SALUD DURANTE LA CRISIS HIPERINFLACIONARIA

Durante 1989, no solo se arriba a una aguda crisis hiperinflacionaria que se extiende hasta el año siguiente, sino que también se produce un cambio abrupto y anticipado de las autoridades nacionales, en el marco de graves episodios de rebelión social. Vale la pena señalar algunos de los rasgos del comportamiento de los servicios de salud, durante este período (Arce, 1989c; Katz y Muñoz, 1989).

En el primer semestre de 1989, la paridad del dólar se multiplicó por 25 y, tras ella, los precios minoristas alcanzaron una tasa de inflación del 208% mensual. La misma evolución tuvieron los insumos hospitalarios (medicamentos, materiales descartables y otros elementos de uso médico), que en gran medida —si no totalmente— contienen materias primas y tecnología importadas. La acelerada inflación anuló toda posibilidad de crédito en las transacciones comerciales, de modo que las compras de hospitales y sanatorios debieron ser pagadas al contado.

Los establecimientos públicos vieron impedidos sus suministros a través del régimen estatal de compras y contrataciones, basado en licitaciones y pagos diferidos. Los proveedores, no pudiendo sostener los precios de sus ofertas, preferían pagar las multas por incumplimiento. Por consiguiente, los hospitales derivaron todas sus compras para gestionarlas a través de las respectivas instituciones cooperadoras, que —por ser asociaciones civiles sin fines de lucro— operan con normas privadas. En algunas jurisdicciones, mediante regímenes de excepción, se recurrió a las compras directas con pagos al contado por medio de abultadas “cajas chicas” o fondos aceleradamente renovables con “cargos a rendir”.

Los establecimientos privados mantuvieron su funcionamiento en los primeros meses mediante un continuo reajuste de aranceles. Pero,

aquellos dependientes de sus facturaciones a las obras sociales vieron rápidamente neutralizada su capacidad operativa, por la imposibilidad de soportar el diferimiento de los pagos por parte de estas. Cuando pudieron, descargaron parte de su costo financiero, exigiendo pagos adicionales a los pacientes. Cuando este recurso no fue posible, optaron directamente por el rechazo de la demanda.

La capacidad financiadora de las obras sociales se vio reducida notablemente: por el deterioro del valor del salario, por la creciente evasión de los aportes y contribuciones que gravan la nómina salarial (o por su rápida desvalorización), por su habitual ineficiencia administrativa, y por el continuo reajuste de los valores arancelarios. De manera que una parte mayor de su flujo financiero fue absorbida por los gastos corrientes de su estructura administrativa.

La demanda médica postergable —intervenciones quirúrgicas como amigdalectomías, colecistectomías, resecciones parciales de ovarios, histerectomías, y otras— que absorbe una gran parte del gasto de las obras sociales, fue diferida para momentos más propicios. La demanda impostergerable —como los nacimientos y la atención del neonato— que constituye alrededor de una cuarta parte del gasto, fue derivada a los hospitales públicos, que vieron incrementada su carga habitual de trabajo.

Los hechos apuntados precipitaron el incremento del gasto en salud “de bolsillo”, y contribuyeron al agudo deterioro del poder adquisitivo del salario y al empobrecimiento de grandes sectores de población.

3. CAMBIOS EN EL PAPEL DEL ESTADO NACIONAL DESDE 1990

Desde 1990 se suceden diferentes decisiones que completan la transferencia del poder administrativo de los servicios públicos desde el estado nacional hacia los estados provinciales, continuando una tendencia que se viene desarrollando desde 1955.

Un documento de trabajo de la Secretaría de Salud, de 1991 (Moreno, 1991), muestra el propósito de las autoridades nacionales de fortalecer su capacidad de asistencia técnica a las provincias —sobre cuyos ministerios de salud recae el mayor peso de la administración de los servicios— y de concentrar sus esfuerzos en la planificación de los que denomina “programas estratégicos” (materno-infantil, inmunizaciones, mal de Chagas y sida).

Con la proyección presupuestaria del ejercicio del año 1992 (Poder Ejecutivo Nacional, 1991), concluye el proceso iniciado en 1957, por el que se fueron transfiriendo los hospitales públicos a las jurisdicciones en las que se asentaban. En efecto, al aprobarse la ley de presupuesto de ese período (24.061) desaparecieron de la Secretaría de Salud las partidas destinadas a servicios hospitalarios, con excepción de los institutos especializados en microbiología, mal de Chagas, epidemiología, virología, y otros. De este modo, se transfirieron simultáneamente 11 hospitales al municipio de la ciudad de Buenos Aires. En cambio quedó sin resolverse la transferencia a la provincia de Buenos Aires de un hospital general de enfermos agudos (Posadas), una colonia psiquiátrica (Montes de Oca) y una colonia para leprosos (Baldomero Somer).

El monto de la partida hospitalaria mencionada era de 110.7 millones de dólares, de los cuales 68 millones se destinaron a la Municipalidad de Buenos Aires, 40.2 millones a la provincia de Buenos Aires, y 2.5 millones a la provincia de Entre Ríos. A efectos de aportar algunos datos comparativos, conviene destacar que el total del presupuesto proyectado para salud de ese ejercicio —excluyendo la partida hospitalaria—, era de 641.4 millones de dólares, que correspondían al 3.6% del crédito global. De ese importe, las tres cuartas partes —unos 484.6 millones de dólares— debían ejecutarse a través de la jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social (Arce, 1993, p. 197), por lo que la partida hospitalaria representaba casi la quinta parte de los créditos de este ministerio.

También es oportuno hacer un breve análisis de los recursos provenientes del tesoro nacional, asignados a las provincias con una finalidad específica. En efecto, una forma mediante la cual la Secretaría de Salud reforzaba históricamente su peso político en la administración del sistema, era la distribución de los fondos asignados a los programas de apoyo a la salud (PAS) que, desde 1969 —con distintas variantes— estuvieron destinados a subsidiar determinadas actividades, promovidas desde el nivel central, con evaluación de sus resultados (Oviedo, 1991). Por ejemplo, en 1985, a través del programa 036 de asistencia provincial en salud del presupuesto nacional (fondos PAS), la Secretaría de Salud efectuó *transferencias financieras por más de 66 millones de dólares*. El grado de ejecución que luego tuvieron estos fondos fue variable, pero llegaron a representar en las diferentes provincias, desde el 1.1% del gasto estatal en salud de Neuquén hasta el 18.7% de Formosa (González y otros, 1989, pp. 26-27).

A partir de 1991 se suprimieron todas las transferencias financieras con finalidades específicas, excepto las de los denominados programas sociales comunitarios (POSOCO), que fueron suprimidas a partir del ejercicio del año 1992. Se agrupaban como POSOCO, un conjunto de programas de ayuda social a poblaciones con carencias como eran los de asistencia alimentaria, comedores comunitarios y subsidios especiales.

Se unificaron así las "cajas" de la nación y las provincias, canalizándose todas las transferencias en dinero desde la jurisdicción nacional a las provinciales a través de los recursos coparticipables. Sin embargo, no se agotó allí la capacidad de asistencia de la autoridad sanitaria nacional a las provinciales, ya que en el mismo ejercicio de 1992 se destinaron alrededor de 80 millones de dólares para la adquisición de insumos destinados a los programas que la Secretaría de Salud había priorizado como "programas estratégicos" (Arce, 1993, p. 196). La particularidad de estas transferencias es que no se ejecutaban mediante créditos monetarios, sino a través del envío de insumos básicos para la implementación de los programas.

4. LA CONCERTACIÓN ENTRE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL Y LAS PROVINCIALES

La concertación entre las autoridades sanitarias, pertenecientes a los poderes ejecutivos de las jurisdicciones nacional y provinciales, tiene particularidades que exceden el marco constitucional de acuerdos políticos entre la nación y las provincias, que se canaliza formalmente a través de las cámaras del congreso nacional.

En efecto, al igual que el área educativa, el sector salud cuenta con un organismo "horizontal" que promueve la articulación inter-jurisdiccional: el Consejo Federal de Salud (COFESA), creado por la ley 22,373 de 1981. Pero a diferencia del Consejo Federal de Educación, que tiene una tradición decisoria trascendente, el COFESA ha funcionado en general más como un espacio de exposición de las autoridades nacionales ante las provinciales, que de concertación de políticas sanitarias (Arce, 1989e). De cualquier modo, la existencia de estos organismos reconoce la autonomía legal de las provincias en lo referente a salud y educación, tal como lo señalábamos al comienzo de este trabajo.

Procurando fortalecer la capacidad decisoria del COFESA, la Secretaría

de Salud suscribió en octubre de 1991, junto con los ministros y subsecretarios de salud de las provincias, un documento destinado a establecer el punto de partida político en respaldo de las acciones en el ámbito de la salud del gobierno nacional (Consejo Federal de Salud, 1991). Dicho documento fijaba el marco general de las políticas de salud, conforme al cual se canalizarían los recursos provenientes de organismos financieros internacionales destinados a asistir técnicamente a las autoridades sanitarias provinciales y a desarrollar su capacidad de planificación.

En efecto, no solo se celebraba por este medio un acuerdo-marco entre las diferentes jurisdicciones, sino que también se establecían los pasos iniciales para reconvertir los organismos directivos de la salud en base a una redistribución de funciones: delegando la Secretaría de Salud de la nación la administración directa de los proveedores y asumiendo como funciones centrales las de orientación política y asistencia técnica, y, en cambio, adquiriendo los ministerios provinciales la responsabilidad principal en la administración de establecimientos públicos y de programas de salud. Para llevar a cabo esta reconversión se emplearían principalmente los recursos financieros provenientes de créditos internacionales con destino específico al sector salud.

5. DEFINICIÓN DE FACULTADES POLÍTICAS DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL

En diciembre de 1991 se produce un cambio de autoridades sanitarias en el orden nacional, coincidentemente con el comienzo de un nuevo período de los gobiernos provinciales. Conviene aclarar que, en ese momento, los períodos de mandato del poder ejecutivo nacional (PEN) eran de seis años y en el caso de los gobernantes provinciales, de cuatro años. El cambio del Ministro de Salud y Acción Social de la nación fue determinado por razones políticas; en cambio, los poderes ejecutivos provinciales se renovaron por efecto de los plazos constitucionales y, con ellos, los respectivos ministros de salud. Cabe agregar que, a partir de la reforma constitucional de 1994, todos los mandatos se unificaron en cuatro años.

La simultaneidad del cambio de autoridades en todas las jurisdicciones, posibilitó que los funcionarios entrantes no retomaran el acuerdo federal logrado por sus predecesores. De manera que el nuevo Secretario de Salud del PEN, dedicó sus esfuerzos iniciales a definir el marco de sus

funciones e incumbencias, por medio del decreto 1.269 de julio de 1992, que aprobó las "políticas sustantivas e instrumentales" de la Secretaría de Salud (Ministerio de Salud y Acción Social, 1992, p. 2). Sin embargo, visto en perspectiva histórica, el citado decreto vino a formalizar —mediante una decisión presidencial— la reconversión de funciones, acordadas políticamente el año anterior, entre la nación y las provincias.

En su articulado define cuatro políticas sustantivas. La primera se refiere al derecho a la salud de toda la población, cubierto mediante un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad. La siguiente promueve mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica, a través de la extensión de la cobertura a toda la población. La tercera apunta a disminuir las causas evitables de enfermar y morir, a través de acciones concertadas dirigidas a las poblaciones en riesgo sanitario y social. Por último, la cuarta plantea la redefinición del papel del sector salud del estado nacional, fortaleciendo la federalización y la descentralización en los estados provinciales.

Para cada una de estas políticas "sustantivas" se definen entre cinco y nueve políticas "instrumentales", que desagregan los objetivos y los instrumentos por medio de los cuales se llevarán a cabo los propósitos enunciados. Tanto por la situación histórica en que se dieron a conocer estas normas legales, como por su estilo de redacción, estas "políticas" estaban en mucho mayor medida destinadas a redefinir la misión y funciones de la autoridad sanitaria nacional que a enunciar propósitos, medios y metas acerca de la salud y el nivel de vida de la población.

Como marco general del momento que estamos describiendo, hay que señalar que, a un año de la puesta en marcha del plan de Convertibilidad por el Ministerio de Economía (plan Cavallo), el estado nacional se encontraba en un acelerado proceso de reestructuración, de privatización de servicios públicos y de racionalización administrativa.

6. CARÁCTER "AUTOGESTIONABLE" DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS

En abril de 1993 se sanciona el decreto 578, que define el "hospital público de autogestión", y las condiciones que debe reunir para adquirir esa calificación (Ministerio de Salud y Acción Social, 1993, p. 2). En realidad el término "autogestión" no hace más que ponerle un nombre —adaptado a la terminología de esta época— al prolongado proceso de

descentralización que se viene dando en los hospitales a lo largo de las cuatro últimas décadas. Veamos una breve síntesis de este proceso, a través de sus hitos más destacados.

Hacia fines de la década del 50, se inició un proceso de transferencia de los hospitales públicos desde la jurisdicción nacional hacia las provinciales, por convenios con las respectivas provincias y por sucesivas leyes nacionales, que se extiende desde 1961 a 1992. Como hitos importantes, vale la pena mencionar: la ley 16.432 del presupuesto, año 1962, a través de la cual se implementó la transferencia de hospitales de las provincias de Santa Cruz, Formosa, Tucumán y Córdoba; la ley 18.586 de 1968, en cuyo marco se suscribieron convenios de reciprocidad con otras provincias; la ley 21.883 de 1978, que transfirió la totalidad de los establecimientos remanentes de la jurisdicción nacional (exactamente 65), excepto algunos ubicados en la Capital Federal y la provincia de Buenos Aires, y la ya mencionada ley 24.061 de 1991 (de presupuesto, año 1992), que transfiere a la Municipalidad de Buenos Aires los 11 hospitales ubicados en esa ciudad.

Simultáneamente, también se originaron proyectos tendientes a modernizar y agilizar la administración de los nosocomios. En 1960, un proyecto del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, implementa una experiencia piloto en dos establecimientos regionales —denominada de hospitales de reforma—, que dura algo menos de tres años. Este proyecto procuraba la descentralización administrativa, la participación de la comunidad y del personal en las decisiones, y fuentes alternativas de financiamiento —diferentes del presupuesto estatal—, considerando la creciente importancia de las obras sociales en la financiación de la atención médica.

En 1967 se sanciona la ley 17.102 de servicios de atención médica integral para la comunidad (SAMIC), conforme a la cual se encuadra un número amplio de establecimientos de todo el país, que adquieren personería jurídica y estatuto propio, y son manejados por un directorio integrado por representantes de la comunidad y presidido por el director, admitiendo distintas fuentes de financiamiento y la participación de *los profesionales en la distribución de los recursos*.

Esta norma legal aún continúa vigente y se ha utilizado para regular la modalidad autónoma de conducción del establecimiento público más moderno de la Argentina, el Hospital de Pediatría "Profesor Doctor Juan P. Garrahan", puesto en funcionamiento en 1987 (Dal Bó, 1989, pp.

34-43). En realidad, la ley 17.102 fue más innovadora en materia de descentralización hospitalaria que las normas posteriores, ya que preveía la figura de persona jurídica tal como corresponde a las empresas públicas, sin cuya condición —más allá de las intenciones de los funcionarios “descentralizadores”— el hospital no goza en realidad de capacidad decisoria para actuar en forma verdaderamente descentralizada.

Para completar el análisis de los antecedentes legales, conviene mencionar la ley 19.337 de 1971, que dotaba a los hospitales públicos dependientes del estado nacional de una significativa autonomía administrativa. En la práctica, el ejercicio efectivo de esa autonomía fue condicionado por el hecho de que la autoridad ministerial continuó reteniendo facultades fundamentales, como el giro de partidas según las reservas presupuestarias, o la fijación de la planta de personal. Los cambios analizados hasta aquí sin duda implicaron avances parciales, pero no lograron romper el círculo vicioso de la ineficiencia hospitalaria: dedicación reducida de los profesionales, funcionamiento pleno en horario matutino solamente, alto ausentismo del personal, desvinculación entre los recursos presupuestarios y el rendimiento, compras de insumos a precios muy altos, carencias estacionales de insumos básicos, atención despersonalizada de los usuarios, y actitud de “hospital caritativo”.

Independientemente de las innovaciones “de derecho” que actuaron como precedentes de la autogestión, a lo largo de este extenso proceso se fueron dando pequeñas novedades “de hecho”, que determinaron una paulatina privatización de algunas de las actividades del hospital público. Impulsado en primer lugar, por las cooperadoras hospitalarias con el fin de facilitar la adquisición de insumos de manera ágil por parte de la dirección del hospital. En segundo lugar, por las sucesivas “tercerías” implementadas a través de las partidas de contratación de servicios a terceros, como labores de limpieza, seguridad, alimentación, segundo escalón de mantenimiento, o facturación y cobranzas de prestaciones a la seguridad social (Arce, 1995d, pp. 151-183). Pero también ocurrieron algunas privatizaciones de legitimidad discutible, como la concesión a “operadores privados” de algunos servicios de diagnóstico, o la instalación de empresas privadas (de tomografía axial computarizada, por ejemplo) dentro de la planta física del hospital (Díaz Muñoz, 1991).

Volviendo al comienzo de este apartado, ¿qué tiene de innovador el decreto 578 de 1993? Por un lado, compromete los recursos del fondo de redistribución de la Administración Nacional del Seguro de Salud

(ANSSAL) para abonar las facturas que adeuden las obras sociales a los hospitales inscritos como autogestionados. Hay que aclarar que la ANSSAL es el organismo estatal —dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social— que regula el funcionamiento de las OS, como autoridad para la aplicación de las leyes 23.660 y 23.661 de 1988, del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS). Asimismo, conviene señalar que los hospitales públicos tienen frecuentes dificultades para cobrar sus facturas a las OS, las que prefieren priorizar el pago de sus compromisos con los prestadores privados, dado que estos cortan los servicios ante demoras excesivas en los pagos.

Por otro lado, el decreto 578 expresa la intención de la autoridad sanitaria nacional de trasladar paulatinamente el actual mantenimiento de la oferta de los nosocomios, al financiamiento de la demanda de servicios que genere la población sin cobertura médica; es decir, que todo paciente que concurra a un hospital público cuente en el futuro con algún tipo de financiación: la seguridad social, las empresas de medicina prepaga o el Estado. Esta idea deriva en realidad de la ley 23.661. Ya estaba presente en el espíritu de los redactores del primitivo proyecto de Seguro Nacional de Salud (SNS) en 1985, que preveía la incorporación de la población carente de capacidad contributiva mediante aportes estatales. La versión definitiva del SNSS mantuvo este criterio, pero hasta ahora no ha sido implementado ya que implicaría la cobertura de más de 10 millones de personas.

7. FINANCIAMIENTO EXTERNO DE LOS PLANES DEL ESTADO NACIONAL

En el marco de los cambios comentados en cuanto a las funciones de las autoridades sanitarias nacionales respecto de las provinciales, cumplieron un papel significativo los proyectos financiados por bancos internacionales, específicamente destinados al sector salud. Este fenómeno obedece por un lado a políticas de los bancos, orientadas a fortalecer la capacidad de gestión institucional y la infraestructura sanitaria y social de los países en desarrollo, y por otro lado a la necesidad del Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS) de reforzar su capacidad de liderazgo nacional, respaldando sus proyectos con inversiones financieras trascendentes.

Las agencias que impulsaron esta orientación crediticia son el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y las primeras

gestiones del período que estamos analizando se remontan a 1985. Sobre la base del proyecto de SNS, alentado por las autoridades nacionales, se gestionaron dos líneas de crédito: el préstamo 516, con el BID, destinado a la construcción de hospitales de recambio en 11 provincias, y al fortalecimiento institucional de las redes hospitalarias donde dichos hospitales iban a insertarse; y con el Banco Mundial (BM), el préstamo 2984, destinado a cuatro áreas de asistencia técnica prioritaria, como son: desarrollo de los recursos humanos, red de información de salud, descentralización hospitalaria, y programa materno-infantil.

El préstamo BID 516, para el programa de rehabilitación de la infraestructura de salud, debió reformularse a comienzos de 1991, ya que en virtud del nuevo plan de convertibilidad las provincias debían hacerse cargo de sus respectivos aportes, con la garantía de los fondos de coparticipación federal (FCF). En consecuencia, 7 de las 11 provincias inicialmente comprometidas se desistieron de su participación, y el proyecto quedó limitado a tres hospitales generales de enfermos agudos en las provincias de Salta, Chaco y Neuquén, y un hospital pediátrico en la provincia de Córdoba.

Los primitivos proyectos arquitectónicos, que preveían un modelo único ajustable de alrededor de 300 camas para los 11 hospitales, fueron reformulados totalmente en su planta y magnitud. El componente de inversiones físicas quedó circunscrito a los cuatro nosocomios mencionados, con un total de 812 camas, y lo mismo ocurrió con el componente de fortalecimiento institucional, con objetivos de capacitación de personal, reestructuración administrativo-contable, mantenimiento hospitalario y sistemas de información hospitalaria. Por otra parte, el componente de asistencia técnica —de menor peso proporcional— se concretó en las áreas de políticas y estrategias de salud, análisis del parque tecnológico, saneamiento básico rural, educación para la salud, e institutos y laboratorios nacionales. Al 30 de junio de 1996, todos los desembolsos del BID se habían ejecutado y estaban pendientes algunas de las contrapartidas del país. En total, el préstamo 516 comprende un programa de 107 millones de dólares, de los cuales 45 millones fueron desembolsados por el BID y 62 millones corresponden a la contraparte local (17 millones de cargo de la nación y 45 de cargo de las provincias).

El préstamo BM 2984, dio origen al Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales (PRONATASS), que abarcaba las acciones de varios organismos de carácter social del estado

nacional, con el control administrativo del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. Debido a sucesivos cambios de autoridades sanitarias nacionales, fue reformulado reiteradamente en lo concerniente a salud. De los primitivos componentes, se ejecutaron las acciones que dieron origen a los hospitales públicos de autogestión (decreto 578, de 1993), a la creación de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), a tareas normativas del programa nacional de garantía de calidad, a la implementación de bases de datos en las provincias, y a diversas actividades de capacitación. El desembolso total por parte del BM fue de 28 millones de dólares, y se dio por concluido el 30 de junio de 1994.

Como subproducto del anterior se gestionó el préstamo BM 3643, del programa materno-infantil y de nutrición (PROMIN I y II), correspondiente al tramo de inversiones determinado por un estudio de grupos de riesgo, que se realizó en 1991 en el marco del PRONATASS, a través de un grupo consultor del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El objetivo es mejorar la calidad de vida de las embarazadas y los niños menores de seis años en zonas geográficas de alta concentración de pobreza estructural. El primer tramo —PROMIN I— se destinó a siete provincias, mientras que el PROMIN II se extendió a 25 áreas en todo el país, comprendiendo acciones de control sanitario y asistencia alimentaria. El proyecto alcanza un monto total de 160 millones de dólares, de los cuales 100 millones serán desembolsados por el BM, 40 por el estado nacional, y 20 por las provincias. Fue aprobado en agosto de 1993, se inició su ejecución en octubre del mismo año, y al 30 de junio de 1996 el BM había desembolsado 28.2 millones (Ministerio de Salud y Acción Social, 1996).

Con posterioridad se gestionó el préstamo BM 3931, del programa de reforma del sector salud (PRESSAL), destinado a financiar y apoyar técnicamente el desarrollo del modelo de hospital público de autogestión. Se llevará a cabo como experiencia piloto en 15 establecimientos, 5 por cada una de las áreas de la Capital Federal, el Gran Buenos Aires y Mendoza. Comprende un total de 144.7 millones de dólares, de los cuales 101.4 millones serán aportados por el BM y 43.3 millones por el país. Fue aprobado en agosto de 1995 y se iniciaron los desembolsos a partir de marzo de 1996. A junio de 1996 solo se habían ejecutado unos 3 millones.

Merecen una mención especial los préstamos BID 619 y BM 3280, destinados a financiar el programa de saneamiento financiero y desarrollo económico de las provincias argentinas (Provincias I y II), ya que, aunque es ejecutado por la Secretaría de Asistencia para la Reforma Económica Provincial, del Ministerio del Interior, comprende algunas acciones en el sector salud, según una selección de prioridades de cada provincia. Se trata de un financiamiento conjunto BID/BM por un monto total de 575 millones de dólares, de los cuales 200 millones son aportados por cada banco y 175 millones por las contrapartes provinciales; será distribuido entre las provincias en la misma proporción que los FCF. Se destacan los respectivos proyectos de las provincias de Santiago del Estero, Río Negro, Formosa y Salta, por el peso relativo de los recursos destinados a salud (Ministerio del Interior, 1996).

También con financiamiento conjunto BID/BM, vale la pena mencionar los préstamos BID 871 y BM 3957, respectivamente orientados a "reforma social y ajuste fiscal y red de protección social". Se originaron en la crisis provocada por el "efecto tequila" y están destinados a evitar que decaigan los programas nacionales asignados a las áreas sociales.

Por su significación política, deben mencionarse los recientemente acordados préstamos BM 4002, 4003 y 4004, destinados al programa de reforma de las obras sociales, por un total de 375 millones de dólares (250+100+25). El programa comprende una inversión global de 775 millones de dólares (con unos 400 millones de la contraparte local), destinada a reconvertir la administración de las obras sociales y resolver sus deudas, financiando un 50% de los montos devengados; prevé, además, un fondo de 25 millones de dólares para asistencia técnica. Estos préstamos fueron otorgados en abril de 1996, y a junio del mismo año no se habían iniciado los desembolsos (Ministerio de Economía, 1996).

Finalmente, aunque aún se encuentra en su etapa de formulación, conviene mencionar el proyecto BID 120, elaborado como parte del componente de asistencia técnica del préstamo 516 con la denominación de Programa de Reforma del Sector Salud y Plan de Inversiones. Su objetivo es la implementación de las políticas nacionales de salud, a través de un plan federal centrado en la calidad de la salud (Ministerio de Salud y Acción Social, 1996).

Diversas opiniones de organismos ajenos al área de la salud y de los propios bancos, señalan que —en líneas generales— el MSAS ha mostrado un desempeño globalmente ineficiente en la ejecución de los apoyos

financieros internacionales. En primer lugar, por los reiterados relevos de funcionarios que determinaron sucesivas reformulaciones; en segundo lugar, por un inadecuado empleo de estos recursos, asignados con frecuencia a personal insuficientemente capacitado, o a actividades que deberían ser realizadas por personal de planta; por último, por una deficiente formulación de políticas y objetivos que encuadren de manera coherente estos recursos extraordinarios. Cabe señalar que el personal de planta de los organismos ministeriales, presenta un escaso nivel de calificación y una marcada inamovilidad administrativa; de manera que los funcionarios sectoriales han recurrido a efectuar contrataciones transitorias mediante estos créditos, con el fin de designar personal de confianza y fortalecer la capacidad técnica de su área.

También hay que señalar la significación que las remesas externas de fondos tienen para los funcionarios del sector salud de cualquier jurisdicción. Los recursos presupuestarios se asignan en más de sus cuatro quintas partes al pago de sueldos del personal, y las inversiones en bienes y servicios están predeterminadas a destinos difícilmente modificables. De modo que la capacidad de reasignación de los niveles decisorios, está fuertemente limitada por presupuestos históricos poco flexibles. En la práctica, las partidas presupuestarias deben gestionarse ante el organismo de Hacienda de la respectiva jurisdicción, que asigna los créditos en función de su disponibilidad de caja. Por consiguiente, los fondos externos proporcionan al funcionario del área de la salud un instrumento relativamente autónomo en el ejercicio de sus funciones. La misma significación tenían para las autoridades sanitarias provinciales los fondos PAS (ya mencionados en esta sección), dado que se asignaban directamente al área de salud, sin pasar por la "caja común" del organismo de Hacienda. Estos hechos contribuyen a explicar la magnitud del empleo de recursos extraordinarios, para realizar acciones que deberían llevarse a cabo con partidas ordinarias.

Conviene agregar un breve comentario sobre el papel que ha cumplido la representación en Buenos Aires de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Desde fines de la década de los años 80, fue declinando la presencia de la OPS en la asistencia técnica de las actividades ministeriales, en parte por las propias dificultades financieras de los organismos dependientes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y también por limitaciones impuestas en su relación con las autoridades nacionales. Debe comprenderse que, en esta transferencia de

poder administrativo desde la nación hacia las provincias, el desempeño de un organismo internacional plantea frecuentes problemas de competencia operativa.

En comparación con otros países de la región, el papel de la OPS en la Argentina es actualmente de una baja relevancia económica. Desde el punto de vista del apoyo financiero, los recursos que puede proveer la representación local de la OPS tienen escasa significación frente a los montos con que operan las entidades bancarias. Sin embargo, esta oficina de la OPS ha contribuido ágilmente al financiamiento de reuniones técnicas federales, al subsidio de viajes al exterior de profesionales argentinos, y a la participación argentina en los foros sanitarios internacionales. Estas tareas, aunque de pequeñas dimensiones económicas, constituyen auxilios operativos importantes, cuya gestión por las vías administrativas ordinarias demandaría trámites engorrosos.

II. RASGOS SALIENTES DE LA FUTURA CONFIGURACIÓN DEL SECTOR

En esta sección se discutirán las tendencias predominantes observadas en los principales protagonistas de la organización sanitaria, ordenando éstos en dos grandes agrupamientos: entidades proveedoras y entidades compradoras de servicios de salud. Por parte de los proveedores o prestadores, estarán los establecimientos públicos —hospitales y centros de salud— y los privados —clínicas, sanatorios y hospitales privados—; por parte de los compradores o financiadores, las instituciones de naturaleza pública no estatal de la seguridad social denominadas obras sociales, y las empresas privadas de medicina prepaga (EMPP). Por último, se analizarán los orígenes y características del factor de calidad en el campo de la salud, que en la Argentina tuvo un desarrollo particular y se espera que en el futuro ocupe un espacio privilegiado en la regulación del sector.

El enfoque estará centrado en el análisis de tendencias en la evolución microeconómica de estas instituciones, ilustrado con algunos datos estadísticos que permiten dimensionar macroeconómicamente cada agrupamiento en base a las observaciones y opiniones predominantes entre los observadores sectoriales. Esta discusión servirá esencialmente de marco introductorio, para la parte siguiente de estudios de casos.

Conviene advertir previamente que la mayor parte de los fenómenos que discutiremos están determinados por la marcada fragmentación institucional que caracteriza al sector salud argentino, por la aguda restricción financiera en que tuvieron que desenvolverse las entidades a partir de 1990, y por la sobreoferta de agentes de todo tipo (médicos, camas, tecnología, y organizaciones corporativas). Este panorama de base es el que ahora tiene que reacomodarse y adaptarse a un mercado competitivo, en el que la intervención del Estado se ha caracterizado por ser vacilante, contradictoria y con una restringida capacidad de decisión.

1. COMPONENTES DE LA "AUTOGESTIÓN" HOSPITALARIA

En un apartado anterior hemos analizado los aspectos innovativos del decreto 578 de 1993, sobre hospitales públicos de autogestión. Este, por un lado, compromete el fondo de redistribución de la ANSSAL para abonar las facturas impagas de beneficiarios de las OS; por otro lado, procura reemplazar el actual subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda. Discutiremos detenidamente estos elementos.

La factibilidad de estos objetivos está fuertemente condicionada, en primer lugar, por la necesidad de implementar el empadronamiento unificado de los trabajadores dependientes y alguna forma de registro de los que sufren carencias. El primer requisito ya ha sido cumplido, por medio de un número "autogenerado" a partir de la numeración del documento laboral; todos los trabajadores "formalizados" tienen su clave única de identificación laboral. No ha sido tan fácil, en cambio, trasladar este empadronamiento a una tarjeta única de identificación de los beneficiarios de las OS, que permita establecer la institución que lo cubre, las características básicas de esa cobertura y la condición de beneficiario, por el cumplimiento de las contribuciones legales al sistema. Este requisito es esencial para simplificar el trámite de identificación de los usuarios de los hospitales públicos y el reconocimiento de su cobertura por parte de la respectiva OS, y es el obstáculo en que se apoyan las obras sociales para evadir el cumplimiento de sus obligaciones con los hospitales (Arce y Roncoroni, 1987, pp. 33-37; Arce, 1989b, pp. 38-39).

Por otra parte, la reconversión del financiamiento debe estar reflejada en las partidas del presupuesto de las diferentes jurisdicciones que administran hospitales. Dicha "reconversión" no debe significar una

disminución de la participación del Estado en el sostén del sistema de salud, sino una verdadera reasignación de los recursos en la que se pase de solventar los gastos de funcionamiento —con atención gratuita de todos los usuarios (subsidio a la oferta)— a abonar la factura que genere todo paciente que carezca de cobertura, dejando que el hospital se sostenga con lo recaudado por la facturación a las OS, a las EMPP y al propio Estado (subsidio a la demanda). Hasta ahora las condiciones enunciadas no se han concretado (Arce, 1985, pp. 96-104; Instituto Nacional de Obras Sociales, 1989, pp. 54-56). La ley 23.661 del SNSS señala que el financiamiento de la población carente de capacidad contributiva será compartido por partes iguales por el estado nacional y por el respectivo estado provincial al que pertenezca el beneficiario.

Estimemos gruesamente la magnitud que debería tener esta contribución estatal. Si se supone que por lo menos un tercio de la población carece de inserción "formal" en la economía, es decir alrededor de 11 millones de personas, habrá que estimar el gasto a insumir, en caso de que se inicie el pago de las facturas que generen al utilizar los hospitales. El comportamiento de estos usuarios, por sus características culturales y también por su histórica condición carencial, ha sido el de una baja utilización de la oferta de servicios, salvo cuando los aquejan afecciones severas que los incapacitan para lograr su escaso sustento diario.

El gasto esperable para poblaciones poco "consumidoras" —en base al comportamiento de algunas obras sociales de trabajadores de bajo nivel salarial— puede estimarse en 12 dólares por persona/mes, o 144 dólares por persona/año. Si se mantuvieran constantes las hipótesis de esta estimación, de implementarse el subsidio a la demanda debería producirse un incremento del gasto anual del orden de los 1 584 millones de dólares, que deberían ser financiados por mitades entre el presupuesto nacional y los provinciales. Si se recuerda que, según se dijo más arriba, el presupuesto nacional para el ejercicio de 1992 —despojado de la partida hospitalaria— preveía 641.4 millones de dólares para la totalidad del ítem salud, de los cuales 484.6 millones serían ejecutados por el Ministerio de Salud y Acción Social, puede suponerse que un incremento de 792 millones de dólares (la mitad de 1 584) va a tener un peso significativo sobre el gasto fiscal. Este incremento se vería agravado por un crecimiento de igual tamaño sobre los presupuestos provinciales (aunque, en este caso, debería reasignarse parte del actual subsidio a la oferta, que se encuentra a su cargo), y esto afectaría parcialmente los fondos coparticipables.

Cabe preguntarse ahora: ¿la decisión política de subsidiar la demanda es suficiente para que un establecimiento se autogestione? Para que esto suceda, el hospital queda entregado a la eficacia de su propia gestión. Discutamos entonces qué requisitos deben cumplirse para que así ocurra.

Dotar a las autoridades de un nosocomio de capacidad de gestión *implica —en primera instancia— otorgarles poder de decisión y responsabilidad sobre sus actos*. Algunos de los requisitos administrativo-legales para que estas “capacidades” se concreten, son: contar con personería jurídica (actualmente la retiene el ministerio del cual depende cada establecimiento), tener un estatuto propio que prevea alguna modalidad formal de participación comunitaria, disponer de autonomía para ejecutar sus recursos con una fiscalización a ejercicio vencido, y tener facultades para determinar su planta de personal. Como ya hemos comentado, estos requisitos no son una innovación: las leyes 17.102 y 19.337 de los años 60 y 70 —y también varias leyes provinciales— contemplaban una buena parte de estos cambios. La experiencia ha mostrado que el primer requisito, la personería jurídica, constituye la condición *sine qua non* para que una verdadera descentralización pueda llevarse a cabo (Arce, 1989a; Arce, 1989d).

Veamos ahora la disponibilidad de recursos. En el manejo cotidiano de la administración hospitalaria, recaudar lo suficiente como para que la institución se “autogestione” requiere contar con un régimen arancelario especial que simplifique los actuales procedimientos de facturación según aranceles “globalizados” de fácil manejo. Estos aranceles globalizados se caracterizan por incluir dentro de cada código —equivalente a los del nomenclador nacional (NN)— todas las prestaciones incluidas: la atención profesional, los gastos de internación, los exámenes de diagnóstico, el acto quirúrgico si lo hubiera, los medicamentos, y los materiales descartables. Esta estructura arancelaria posibilita facturar adecuadamente en un medio como el hospitalario, que no está habituado al registro de las prestaciones que se realizan, ni de los insumos empleados. De tal manera que una modalidad desagregada de aranceles “por prestación e insumo”, resultaría difícilmente aplicable (Arce y Roncoroni, 1984, pp. 140-146).

Pero, además, también es necesario habilitar una oficina de identificación de cobertura que intervenga en el ingreso de todos los pacientes, y organizar un circuito administrativo que registre las prestaciones recibidas

por cada usuario, ya que, aunque se empleen aranceles globalizados, la falta de registro siempre conspira contra la elaboración de las facturas, impide el eventual estudio de costos reales, y desemboca en que el personal administrativo deba terminar leyendo las historias clínicas (HC) para detectar prestaciones no registradas. Asimismo, es necesaria una oficina de cobranzas, que tramite con insistencia la liquidación de las facturas ante las diferentes entidades financiadoras, asistida por una asesoría legal capaz de presionar a los deudores morosos.

Hasta aquí, la implementación de la autogestión hospitalaria parece "técnicamente" resuelta. Pero aún falta considerar el factor humano. Se requiere capacitar al personal para que actúe de acuerdo a la nueva modalidad administrativa, tras décadas de desempeñarse en instituciones signadas por una actitud filantrópica o caritativa hacia los pacientes, que era propia de los hospitales hasta mediados del siglo XX. Curiosamente, en nuestros hospitales las mismas personas —profesionales y no profesionales— que por la tarde trabajan en establecimientos privados y funcionan con eficiencia "comercial", por la mañana tienen una actitud "caritativa" y sabotean frecuentemente las medidas administrativas tendientes a facturar los servicios prestados. La experiencia ha mostrado que además se precisa interesar al personal en el funcionamiento eficiente del sistema. La distribución —con carácter de incentivo— de una parte de lo recaudado entre los profesionales y trabajadores hospitalarios, es un criterio que ha mostrado buenos resultados en algunas oportunidades, aunque no es el único posible.

El carácter del incentivo puede estar vinculado a la presencia laboral como contribución a la productividad general, ya que uno de los vicios de funcionamiento de los hospitales públicos es el alto nivel de ausentismo. Por el contrario, deben evitarse los criterios de producción por servicio, ya que determinan una puja interna por los incentivos que conspiraría contra la eficiencia general de la organización. Debe tenerse en cuenta que, al establecer aranceles globalizados, una parte del riesgo financiero se traslada al interior de la institución hospitalaria, y que su eficiencia estará dada por la obtención de la mejor calidad con el menor gasto posible (Arce y Roncoroni, 1984, pp. 140-146).

Tras haber montado los engranajes organizativos mencionados, cabe preguntarse si es posible que un hospital público se autofinancie, en el caso ideal de que logre cobrar la totalidad de las prestaciones que realice. Y, al mismo tiempo, si podrá el Estado desprenderse totalmente de la

manutención de los nosocomios, dedicándose sólo a solventar la atención de los pacientes carentes de recursos. Estimaciones razonables indican que, si los hospitales cobraran todas las facturas que presenten en las OS, solo lograrían financiar hasta un 30% de sus gastos totales, y que, si todos los pacientes atendidos tuvieran alguna forma de cobertura —ya sea por la seguridad social o el Estado— se podría llegar a duplicar ese porcentaje. Esta última suposición se basa en diferentes encuestas, que arrojan un promedio del 50% de cobertura (oscilan entre el 40% y el 60%), tanto en pacientes ambulatorios como internados en hospitales del área metropolitana (Arce, 1990, pp. 35-39).

Para salvar esa laguna del 30% o 40% de sus gastos sin financiamiento, se necesitaría contar con un apoyo presupuestario adicional del Estado, o reducir los gastos. Hay que agregar que los gastos en personal insumen entre el 70 y el 80% de cualquier presupuesto hospitalario, y que las erogaciones corrientes (personal+insumos+ servicios), se llevan habitualmente del 90 al 100% del total. Con estos datos, no parece por ahora posible que el Estado limite sus aportes adicionales a las inversiones en bienes de capital (equipamiento y construcciones), como se ha sugerido, dejando que la "autogestión" se haga cargo de las erogaciones corrientes. Tendrían que reducirse considerablemente los gastos generales, aplicando economías tanto en personal, como en insumos, y en la utilización de las instalaciones (Tafari, 1993, p. 10).

Pero más allá de estas consideraciones operativas, hay que discutir si un hospital público debe autofinanciarse totalmente por el camino del "arancelamiento" de sus prestaciones, ya que en la vida social cumple otras funciones igualmente importantes, en una proporción mucho mayor que los establecimientos privados: la docencia de pregrado, la investigación, la capacitación de personal que luego será captado por el subsector privado, y la formación de los profesionales en el postgrado. En tal caso, para estas funciones debiera preverse al menos un financiamiento específico.

La política del Ministerio de Salud y Acción Social ha sido esencialmente normativa, procurando incorporar como hospitales autogestionados a la mayor cantidad posible de establecimientos. El propio decreto 578 admite un período inicial de excepción, para que los hospitales se incorporen a este régimen aun cuando no cumplan totalmente con las normas definidas para adquirir esa calidad. La resolución del MSAS 149 de 1993 determinaba que dichos hospitales debían cumplir con los requisitos

básicos establecidos en el programa nacional de garantía de calidad de la atención médica, que había sido creado por la Secretaría de Salud en 1992. Sin embargo la propia ANSSAL —dependiente del MSAS— no ha operado con una actitud favorable al pago de las facturas de las OS, con cargo al fondo de redistribución. En la práctica, los gastos abonados están muy por debajo de los montos facturados (Roncoroni, 1995, p. 16).

El fundamento de esta actitud es que solo se abonan las facturas que han tenido un reconocimiento previo de cobertura por parte de la respectiva OS, o cuando hay un contrato formal entre el hospital y la OS. De este modo, quedan fuera de esta condición la enorme cantidad de pacientes que —aunque pertenecen a una OS— concurren espontáneamente al hospital público, debido a insuficiencia o corte de los servicios privados contratados.

Entretanto, el MSAS concentró sus esfuerzos en la elaboración de normas que apoyen técnicamente a las direcciones hospitalarias, con el fin de incorporarlas al régimen de autogestión. El alcance de estas normas es limitado, y se condiciona fuertemente a la voluntad de adhesión de las autoridades sanitarias provinciales (Ministerio de Salud y Acción Social, 1994a, 1994b, 1994c).

Las condiciones comentadas deberían cumplirse armónicamente, para lograr un establecimiento verdaderamente autogestionado, sin que pierda su naturaleza pública.

2. RECONVERSIÓN DE LOS SANATORIOS PRIVADOS EN EL MARCO DE UNA ECONOMÍA COMPETITIVA

El sector privado de servicios de salud de la Argentina está integrado por un espectro de instituciones de variada finalidad: centros médicos ambulatorios, institutos especializados, centros ambulatorios de diagnóstico, sanatorios generales o especializados con internación, y hospitales mutuales de comunidades extranjeras. También se considera dentro de este sector a los profesionales individuales —ya sea que ejerzan en su propio consultorio o en una institución— sin relación de dependencia. Las consideraciones que aquí se desarrollan giran principalmente en torno a la franja institucional de sanatorios generales con internación, aunque a veces también alcanzan a otras modalidades institucionales. De esta franja, unos pocos establecimientos de las grandes ciudades operan

en las condiciones —verdaderamente privadas— de vender sus servicios con autonomía para fijar los precios. En cambio, la inmensa mayoría de los sanatorios y clínicas del país se desarrolló durante las tres últimas décadas prestando servicios a las OS, sujetos a aranceles rígidamente regulados.

Para tener una idea aproximada de las dimensiones de los fenómenos económicos que se comentan, valga señalar que, de la dotación registrada de camas de internación, un 54% pertenecen a hospitales públicos y el 46% restante a instituciones privadas, con o sin fines de lucro. Sin embargo, cuando se analiza esa distribución desde el punto de vista de los compromisos de pago de las OS, los privados participan con las tres cuartas o cuatro quintas partes de los montos presupuestados. Por otra parte, la dotación promedio de camas es de 68.3 por cada establecimiento público, mientras que en los establecimientos privados solo alcanza a 33.2.

¿Cómo se generaron estas pequeñas unidades asistenciales, que se cuadruplicaron en las cuatro últimas décadas? El modelo constitutivo habitual era el de un grupo de médicos que —más allá de la modalidad jurídica que adoptara: sociedad anónima, sociedad de responsabilidad limitada, o cooperativa— formaba una pequeña clínica, se inscribía en la organización gremial (médica o institucional) de la localidad, y tenía asegurado el trabajo con *todas* las OS. La modalidad contractual generalizada era el pago por prestación a valores del NN, que eran exigüos en las décadas de los años 60 y 70, pero permitían que estas instituciones sobrevivieran. Las OS, por su parte, estaban obligadas a contratar a la entidad gremial y a *todos* los prestadores inscritos, buenos o malos. El circuito administrativo corriente de facturación determinaba plazos de pago muy prolongados por su trámite: prestador → entidad gremial local (1^{er} grado) → entidad gremial provincial (2^o grado) → obra social → entidad 2^o grado → entidad 1^o grado → prestador. En épocas en que toda la operación se realizaba manualmente, entre el acto médico y el pago solían transcurrir seis meses.

¿Cómo se explica, entonces, que estas pequeñas unidades asistenciales proliferaran con tanto dinamismo en ese período? Las explicaciones son multifactoriales. En primer lugar, el período de expansión coincidió con una formación ilimitada de médicos que al participar en la formación de estos centros encontraban una oportunidad sencilla o poco riesgosa de acumulación de capital. En segundo lugar, los dirigentes

gremiales que administraban las obras sociales—atendiendo a las expectativas de sus beneficiarios— preferían la contratación de establecimientos privados, que tenían una imagen de atención más digna que los hospitales públicos. A esto se agrega la monopolización de la oferta de servicios ejercida por las organizaciones intermedias de prestadores, de carácter gremial, que obligaba a las obras sociales a contratar la totalidad de los prestadores inscritos, y protegía el crecimiento irrestricto de la oferta.

Pero quizás el factor principal sea que la gran mayoría de estas instituciones del país, no nació con “vocación” de empresa. Cuando un grupo de médicos estaba en condiciones de hacer una inversión, formaba una pequeña clínica, fundamentalmente con la idea de contar con un adecuado entorno para su propio trabajo, antes que con el objetivo de constituir una empresa productora de servicios. El padrón de accionistas de algunas de estas sociedades a menudo registra 50 o 100 médicos, sin que la tenencia de estas acciones tenga mayor significación patrimonial, dado que el capital acumulado es escaso.

En estos establecimientos, el trabajo médico mismo fue siempre prioritario respecto de la institución. De tal manera que, aunque la retribución del trabajo institucional fuera precaria, para los médicos era más importante garantizar sus propios honorarios profesionales. Por otra parte, la posibilidad de requerir de los pacientes pagos adicionales “al contado”, actuó siempre como alternativa en circunstancias desfavorables. Con esta conducta microeconómica se desarrollaron la mayor parte de los establecimientos en el período mencionado, teniendo en cuenta además que la magnitud de las inversiones hasta comienzos de los años 70 —cuando aún no existían servicios de terapia intensiva ni tecnología “pesada” de diagnóstico— era proporcionalmente baja, y básicamente dedicada a la “hotelería” hospitalaria.

La “avalancha” tecnológica de la década del 70, encontró a estas empresas sin capacidad de capitalización, de manera que para actualizar su equipamiento debieron recurrir a quienes habían mantenido cierta capacidad de ahorro: otros médicos, vinculados a especialidades intensivas en tecnología, que habían sido particularmente beneficiadas por la estructura arancelaria del NN. Los nuevos especialistas no se incorporaron como socios de la empresa, sino como arrendatarios de la explotación de un servicio, aportando su propio equipamiento. Así, antes que empresas capitalizadas, se fueron conformando modelos institucionales interiormente

fragmentados, donde el radiólogo explotaba el servicio de rayos X y era propietario del aparato, el bioquímico usufructuaba del laboratorio, el gastroenterólogo de los fibroscopios y el terapeuta de la terapia intensiva. La empresa de salud propiamente dicha quedó con lo menos rentable, la explotación de la planta física u "hotelería" de internación.

En el marco de esta organización fragmentada, lo natural era que cada servicio pugnara por su mayor rendimiento, más allá de la estricta secuencia racional de diagnóstico y tratamiento, necesaria para cada paciente. El riesgo financiero del costo asistencial, corría totalmente por cuenta de la entidad financiadora. Esta lógica determinada por la desagregación arancelaria, funcionó mientras subsistieron los contratos pagados por prestación. Cuando estos sanatorios debieron buscar condiciones para trabajar con contratos por capitación o por aranceles globalizados, tuvieron que aplicar la racionalidad diferente de una empresa de salud integrada, donde todos se interesen por la eficiencia global y el mejor rendimiento provenga de la economía general de la organización. En este esquema, el riesgo financiero se traslada parcialmente al interior de la institución prestadora, y esta tiene que empezar a discutir con qué criterios se va a llevar a cabo la distribución interna de los recursos.

En lo referente a su comercialización, estos centros tienen ahora que estar asociados a una red de establecimientos, atender a precios menores que los de antes, funcionar con una auditoría médica más estricta y trabajar con algunas OS, no con todas. Al igual que en otras ramas de la producción, lo esperable es una concentración de capitales y una economía de escala superior en las nuevas ofertas competitivas de servicios.

El fenómeno se extendió masivamente, con la decisión en 1992 del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) de licitar redes de establecimientos para atender el segundo nivel de atención (ambulatorio especializado, emergencias e internación) de su programa de asistencia médica integral (PAMI). Estas redes fueron denominadas 'unidades prestacionales integradas' (UPI) e, inicialmente, se constituyeron a partir de la adhesión voluntaria de los sanatorios asociados a la entidad gremial de la zona. Posteriormente, algunos establecimientos procuraron presentarse agrupados al margen de la entidad gremial; a la vez, esta misma promovía un proceso de autoselección en su seno. Así, algunas entidades corporativas lideraron intensos procesos de autoselección y racionalización que les permitieron estructurar redes

asistenciales competitivas y a escalas económicas de gran magnitud, como veremos más adelante.

La modalidad de estos convenios con el INSSJP-PAMI era en todos los casos de pago por capitación. Algunos intentos iniciales procuraron simplificar la distribución de los fondos en el interior de la red, repartiendo los recursos en relación proporcional al número de camas de cada establecimiento; esta conducta fue luego explícitamente prohibida por el PAMI. En consecuencia, se difundieron nuevas modalidades retributivas, como los aranceles modulados por enfermedad y los incentivos a la restricción de los gastos generales de la red, distribuyendo los fondos remanentes entre los establecimientos asociados. Con los aranceles modulados se mantiene una modalidad intrarred de pago por prestación, pero se traslada parte del riesgo financiero al interior del sanatorio, que ahora debe establecer cómo distribuirá internamente los recursos entre los servicios participantes. Esta distribución se complica cuando los propietarios de algunos servicios especializados constituyen sociedades diferentes de la que administra globalmente la institución. Cabe hacer notar que los aranceles modulados son una forma local y simplificada comparable, genéricamente, a los DRG (*diagnostic related groups*) de los Estados Unidos y Europa, aunque no aptos como estos para el análisis de los costos internos (Arce, 1993, pp. 203-217).

¿Qué caminos seguirá la evolución hacia una empresa competitiva? El imperativo de la integración económica del conjunto de microempresas que conforman un sanatorio en una empresa de escala superior, seguramente no se agotará en la reconversión del establecimiento individual. Es probable que el conjunto de unidades asistenciales que conforman una red de establecimientos, se vean obligadas a corto plazo a constituir una macroempresa asistencial con múltiples puertas de acceso. La razón es simple: si dos clínicas están a corta distancia entre sí y ambas tienen tomografía axial computarizada (TAC), la carga de trabajo existente no alcanzará para amortizar el costo de ambos aparatos.

Un caso puntual, ejemplifica la situación de sobreoferta. En 1994, en la zona norte de la provincia de Buenos Aires, la red de establecimiento del segundo nivel del PAMI, destinada a atender por capitación a 80 mil beneficiarios, contaba con 22 sanatorios privados y 11 hospitales públicos, todos de bajas capacidades (entre 30 y 100 camas); dentro de esa red había disponibles 11 aparatos de TAC y la tasa de resultados normales de una pequeña investigación operativa sobre las TAC cerebrales, fue mayor del 90%.

En síntesis, es esperable un paulatino cambio de mentalidad —urgido por las circunstancias— desde la noción de la clínica pensada como “servicio propio” de un grupo de médicos, a la lógica de una empresa de atención médica.

3. REESTRUCTURACIÓN DE LAS OBRAS SOCIALES COMO AGENTES COMPETITIVOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En este punto, el objeto central es el análisis de las obras sociales de origen sindical regidas por leyes nacionales, que —por su significación política— han sido destinatarias de planes controvertidos y decisiones contrapuestas, a lo largo de las últimas décadas. Este análisis no comprende a las obras sociales de los jubilados (INSSJP-PAMI) ni a las obras sociales provinciales de los empleados públicos, originadas en iniciativas estatales, ya que han tenido un desenvolvimiento diferente y otras implicaciones políticas. En realidad, estas últimas son las más numerosas; cubren alrededor del 20% de la población del país y, en cualquier escenario provincial, representan del 50% al 70% de la facturación de la seguridad social. Sin embargo, las obras sociales de origen sindical han concentrado la atención porque han sido un factor de tensiones y negociaciones políticas, entre el gobierno y los trabajadores gremialmente organizados (El Economista, 1992, p. 12; Bermúdez, 1993, pp. 2-3).

Desde comienzos de los años 90, se viene empleando el término “desregulación” para caracterizar el proceso de reestructuración que deben experimentar las OS, con el fin de contribuir con mayor eficacia, eficiencia y equidad al desarrollo del conjunto de políticas sociales con que se procura alcanzar la redistribución social de los recursos, en sentido progresivo.

El marco jurídico en el que debe llevarse a cabo esta transformación del sistema no es coherente. Las autoridades nacionales previas a 1989 impulsaron el Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS), sancionado por medio de las leyes 23.660 y 23.661, con la intención de concentrar el manejo financiero de la organización sanitaria del país como “llave” para alcanzar su control político. Cabe destacar que el SNSS preveía también la incorporación de la población carente de capacidad contributiva, mediante aportes estatales; pero esto nunca llegó a concretarse.

Con posterioridad a 1989, se propusieron distintas alternativas:

a) derogar el SNSS y volver a la antigua ley 18.610; b) equiparar el financiamiento de las obras sociales mediante una cuota per cápita, administrada por un organismo central, en una especie de modelo de reparto adaptado a las obras sociales (Ámbito Financiero, 1992, pp. 8 y 17); c) unificar la recaudación del sistema a través de un solo ente. Esta recaudación se efectuó a través de la Administración Nacional de la Seguridad Social, conforme al decreto 2.284 de 1991.

Más tarde, se decidió liberar la facultad de afiliarse a las obras sociales preferida y evitar condiciones monopólicas de contratación, impuestas frecuentemente por las organizaciones intermedias de los prestadores. Sucesivas decisiones de las autoridades sanitarias nacionales, impuestas por decretos del PEN, procuraron implementar estas orientaciones mediante diversas medidas parciales, que afectaban la funcionalidad de las OS; en algunos casos estas medidas se plantearon como modificatorias de la reglamentación de las leyes 23.660 y 23.661. De esta manera, desde 1992 hasta ahora, se fueron superponiendo diversas normas legales tendientes a reorientar el sistema mediante reglamentaciones "desregulatorias", que contradicen el espíritu altamente "regulatorio" de las leyes que reglamentan. En consecuencia, puede afirmarse que las obras sociales se desenvuelven desde hace tres lustros en un marco legal incoherente, y sujetas a decisiones contradictorias.

Discutamos las bases conceptuales que determinaron la configuración particular de nuestro sistema de obras sociales con características muy diferentes a las de otros países de la región. Fue concebido como un modelo de asistencia social, inspirado en los sistemas europeos estatales de seguridad social, creados en la mayor parte de los países entre la primera y segunda guerra mundial. Pero, a diferencia de los ejemplos en que se inspiraron, las obras sociales argentinas nacieron como entidades separadas por rama de producción en el seno de organizaciones no estatales de naturaleza sindical, impulsadas por los mismos inmigrantes que trasladaron el modelo. Por las características de su génesis, el sistema de obras sociales nunca se planificó a partir de una evaluación de su factibilidad financiera respecto a los riesgos sociales que cubría. Por el contrario, sus decisiones organizativas se apoyaron en criterios de "otorgamiento de derechos", más que de "cobertura de riesgos".

Tampoco lograron las obras sociales ni el organismo que las regula (antes el Instituto Nacional de Obras Sociales —INOS—, ahora la Administración Nacional del Seguro de Salud —ANSSAL), establecer un orden

de prioridades para la cobertura de prestaciones de atención médica, en base al objetivo de proteger la salud del trabajador y de su familia. De hecho, en su origen fueron concebidas para resolver otras necesidades de bienestar de los trabajadores, tales como: turismo social (hoteles de colonias), recreación (campos de deportes), o consumo (proveedurías). La atención médica era un componente más, no siempre el principal.

Dado que en el transcurso del debate sobre el destino de las obras sociales se llegó en algunos casos a compararlas con aseguradoras comerciales, conviene recordar que los principios de la seguridad social persiguen el bienestar de un sector de la sociedad mediante el aporte solidario y obligatorio de todos sus miembros. Sin embargo, la evaluación de su viabilidad económica no tiene por qué ser ajena al análisis actuarial del riesgo cubierto, ni tampoco a la estimación de la propensión al gasto de cada segmento de la población. En este sentido, en la reestructuración de las obras sociales deberá favorecerse la articulación de unidades económicamente viables, teniendo en cuenta tanto la magnitud de la población cubierta como el riesgo de enfermarse de sus beneficiarios.

El abordamiento de la reestructuración del sistema debe también evitar la repetición de antiguos ensayos fracasados, que ignoraron la naturaleza histórica de las obras sociales o pretendieron modificarla drásticamente. Debe descartarse, en primer lugar, toda tentación de estatizar el sistema, como pretendía la ley 22.269 sancionada por el gobierno militar de 1980, desconociendo su origen mutual no estatal. La necesidad de integrar a las obras sociales entre sí para que resulten económicamente viables, tampoco podrá ignorar su origen de tipo grupal, ramificado y vinculado a la actividad laboral, de modo que la fusión de las entidades afines se concrete por la voluntad de sus propios cuerpos orgánicos.

Por último, la "desregulación" de las obras sociales deberá contemplar la naturaleza compulsiva y universal que las tributaciones a la seguridad social de trabajadores y empleadores tienen por definición en todos los países del mundo, con la salvedad de que en el nuestro solo alcanzan a la población laboral dependiente. En síntesis, la reestructuración de las obras sociales debería evitar alternativas que terminen desnaturalizando el sistema.

4. POSIBLES REGULACIONES DEL MERCADO DE LA MEDICINA PREPAGA

El sector financiador privado comprende también un espectro amplio de instrumentos e instituciones de diferente naturaleza: "planes de salud" de hospitales privados de colonias extranjeras, programas de cobertura prepaga de organizaciones intermedias de prestadores, y empresas de naturaleza comercial. También se incluye en el análisis económico de este sector, el gasto "de bolsillo" de las personas. En este apartado nos dedicaremos al sector de empresas dedicadas específicamente a la medicina prepaga.

Desde que se planteó la necesidad de desregular a las obras sociales se viene hablando del modelo administrativo de las empresas de medicina prepaga, comparándolo en cuanto a eficiencia con los resultados prácticos exhibidos por aquellas. En realidad se trata de modelos institucionales *no* comparables. Como ya se dijo, las obras sociales son organizaciones solidarias constituidas por aportes compulsivos, mientras que las EMPP son entidades comerciales de contratación voluntaria. ¿Cómo definir entonces en la experiencia argentina las EMPP? ¿Son estrictamente empresas de aseguramiento comercial?

Con las aseguradoras comerciales de bienes (ACB) tienen similitudes y algunas diferencias. Las ACB cubren sólo el riesgo económico de un eventual siniestro, no se ocupan de su reparación; las EMPP cubren económicamente el riesgo de enfermarse, pero también ofrecen los servicios a través de los cuales es posible restituir la salud. En este sentido, también son empresas de servicios. Por otra parte, en su manera de preservarse de los riesgos financieros las EMPP presentan ciertas similitudes con las aseguradoras. Establecen plazos de carencia, durante los cuales el asociado paga su cuota pero no puede utilizar los servicios. No cubren enfermedades preexistentes, de acuerdo a normas frecuentemente empleadas en forma arbitraria. Fijan topes de consumo anuales para los beneficiarios que presentan una alta propensión al gasto o requieren tratamientos muy prolongados. Asimismo, determinan una serie de enfermedades o tratamientos excluidos, como afecciones congénitas, adicciones, sida, diálisis crónica, drogas oncológicas, o trasplantes de órganos (Hapke, 1996, pp. 48-53).

En comparación, las obras sociales no cuentan con las limitaciones de cobertura mencionadas. Suelen, en cambio, establecer normas de participación del beneficiario en el gasto, a través del pago de un porcentaje del valor de las prestaciones (coseguro) o de bonos moderadores, como forma de desalentar el uso excesivo de los servicios. Por lo menos teóricamente, las obras sociales otorgan una cobertura integral de la atención de las enfermedades. Pero las limitaciones prácticas en la utilización de los servicios se manifiestan a través de restricciones a la accesibilidad, ya sea por trámites administrativos, por la obligación de efectuar gastos adicionales en el momento de utilizar los servicios, o por la distancia geográfica que media entre el domicilio del beneficiario y el prestador contratado para esa zona. En términos económicos, si se acepta que la masa global de fondos disponibles para el sistema de obras sociales admite una asignación per cápita de hasta 30 pesos por beneficiario/mes, las EMPP —de acuerdo a sus pautas habituales de funcionamiento— están muy lejos de brindar una cobertura integral de atención médica por esos montos, y requieren por lo menos el doble.

A mediados de 1993, se conoció un anteproyecto de la Superintendencia de Seguros de la Nación (SISN), por el que se encuadraba a las EMPP dentro de un régimen similar al de las aseguradoras comerciales (Superintendencia de Seguros de la Nación, 1993). Dicho proyecto no logró viabilidad posteriormente, pero dio origen a una serie de anteproyectos tramitados en el parlamento, cuyos contenidos se ajustan a las pautas básicas establecidas en el primero. Hasta el momento no se ha sancionado ninguna norma regulatoria del sector, pero existen serias posibilidades de que se concrete alguna de este tipo, en un plazo más o menos breve. Tiene interés, por consiguiente, analizar los aspectos salientes de aquella iniciativa.

Una parte de los requisitos establecidos estaba destinada a garantizar la solvencia financiera de las empresas: debían contar con un capital social mínimo de 100 mil pesos; formar un fondo de reserva con el 3% de sus ingresos, como garantía de sus compromisos de cobertura, y contratar una póliza de reaseguro para riesgos financieros eventuales. Otras condiciones se orientaban a asegurar la calidad y costo de los servicios comprometidos: los contratos deberían celebrarse por un mínimo de un año, con un precio inamovible durante ese período; las empresas serían corresponsables de los servicios brindados por sus prestadores, compartiendo con estos la responsabilidad civil; los prestadores deberían

estar acreditados y clasificados en categorías por una entidad especializada. Para garantizar el cumplimiento de los requisitos mencionados, las EMPP quedarían bajo el poder fiscalizador de la SISN, con lo que se establecería un régimen regulatorio específico para un mercado en el que se pactan libremente las condiciones de contratación entre usuarios y aseguradores. Otros proyectos prevén la creación de un organismo contralor especial, diferente de la SISN.

La regulación de las EMPP resulta en apariencia una política inversa a la de la esperada desregulación de las OS. En realidad, se trata de sistemas que parten desde posiciones opuestas: las obras sociales vienen de una modalidad fuertemente regulada, con poblaciones "cautivas", condiciones de contratación uniformes a los precios fijados por el NN, y prestadores intermediados monopólicamente por su entidad gremial; las EMPP, en cambio, actúan fuera de toda regulación: sin garantías de solvencia, con normas de restricción de cobertura a menudo especulativas, con libertad para pactar condiciones y aranceles con los prestadores, y también sin ataduras para reajustar los precios de sus cuotas (Pérez, 1996, pp. 78-79; Bermúdez, 1996, p. 20).

Pero, independientemente de la legislación que reglamente en el futuro el funcionamiento de las EMPP, es esperable una concentración de las carteras de clientes en un menor número de empresas, teniendo en cuenta que actualmente existen unas 200 instituciones que cubren a alrededor de 2 400 000 afiliados en todo el país. Se observa además una tendencia a adquirir u organizar servicios propios —ya sean centros de atención ambulatoria o clínicas—, con el fin de orientar la conducta de los usuarios o por estrategias de integración vertical. En este proceso de reestructuración del mercado, se ha registrado asimismo la participación de inversores extranjeros —al amparo de la apertura de la economía—, y se espera la llegada de nuevos capitales en la dinámica del Mercosur.

Los aspectos comentados contribuyen a describir el comportamiento del sector. En cuanto entidades de servicios, las EMPP deberán nivelar la marcada asimetría de reciprocidad, incrementando la información a los usuarios en el momento de suscribir el contrato, así como reduciendo las restricciones a la cobertura que actualmente se interponen. Respecto al comportamiento de la población, debe esperarse que sus criterios de selección se basen en el plan más conveniente para sus requerimientos de cuidado de la salud, y no en pautas de consumo suntuario para la

atención de algunas enfermedades, en determinadas condiciones de comodidad.

5. EL FACTOR "CALIDAD" COMO FUTURO REGULADOR DEL SECTOR

Tradicionalmente, los mecanismos de control de calidad del trabajo médico se basaron en los métodos habituales del trabajo hospitalario: la evaluación de las historias clínicas, los recorridos de sala, las discusiones de casos en ateneos, y las investigaciones estadísticas. Posteriormente, el control de las infecciones hospitalarias, los comités de historias clínicas y los de auditoría médica, contribuyeron a consolidar una actitud evaluativa de los resultados del trabajo médico. En etapas más recientes, la creciente complejidad de la atención médica y cambios sustanciales producidos en la organización del sector, motivaron la aparición de instituciones públicas y privadas encargadas de evaluar los servicios prestados por otras. Esta evolución determinó la presencia de nuevas formas de garantía de calidad, y la creciente influencia de este factor en las decisiones ejecutivas.

También se produjeron cambios importantes en la mentalidad de quienes administran instituciones de salud. Estableciendo una secuencia esquemática de esta evolución, puede afirmarse que: en las décadas de los años 50 y 60 se ponía el acento en la más minuciosa planificación de los sistemas y programas; en los años 70 y los 80 se enfatizaba la adecuada gestión de las organizaciones; desde fines de la década pasada se viene atribuyendo al mejoramiento de la calidad un papel dinamizador en el desarrollo de todas las instituciones sanitarias. Los orígenes de este fenómeno sobrepasan los límites del propio sector; fueron coincidiendo aspectos internos y externos para que se consolidara esta tendencia, y, entre estos últimos, tiene gran importancia la 'corriente de calidad' surgida en el campo de la producción.

En el ámbito industrial, en primera instancia se propuso extender el control de calidad del producto final a todas las etapas de la producción, desde la materia prima hasta la comercialización. A este fenómeno se lo denominó calidad total, procurando dotarlo de una aspiración de excelencia, además de mayor eficacia en los resultados. La experiencia del modelo industrial japonés, instaló el objetivo de perfeccionamiento en todos los niveles institucionales, señoreando sobre los círculos de

calidad integrados por el personal de cada sección, con el objetivo de lograr un mejoramiento continuo del conjunto de la organización en función de las expectativas de los clientes. En tiempos más recientes, la calidad se ubica en la base de una nueva doctrina de la organización, fundada en el planeamiento estratégico, el análisis de los procesos y la satisfacción del cliente interno y externo. A este modelo se lo denomina gestión de calidad total o *Total Quality Management* (TQM).

También contribuyó a esta tendencia el crecimiento relativo del sector "servicios" o terciario de la economía, favoreciendo que la evaluación de calidad —anteriormente reservada a los productos industriales— se extendiera a la calidad de los servicios. En este marco se fomentaron las inversiones en salud —como área de servicios— junto al proceso de "terciarización" de la economía. Todos estos factores confluyeron para que se desarrollara en forma acelerada una 'corriente de calidad', también en el sector salud.

¿Cómo se han manifestado estos hechos en el campo de la atención médica en la Argentina? Tradicionalmente, correspondió a las autoridades sanitarias estatales —de la nación o provinciales— la fiscalización de aspectos relacionados con la calidad inicial de los proveedores, como la matriculación de los profesionales o la habilitación de los establecimientos. El crecimiento de la seguridad social en cuanto financiadora de servicios de salud, introdujo distintos métodos de evaluación de calidad en función de los costos, comprendidos dentro de la disciplina de la auditoría médica. Por su parte, las sociedades científicas aportaron numerosas normas tendientes a garantizar la calidad de los procesos en servicios especializados como pediatría, cirugía, terapia intensiva, hemoterapia e inmunohematología, anestesiología, infectología, hemodiálisis, arquitectura hospitalaria, y otras (Arce, 1995a, pp. 33-35).

En años recientes aparecieron nuevas modalidades de mejoramiento, ya sea como iniciativas de organizaciones no gubernamentales o como inquietudes de algunos servicios pertenecientes a grandes instituciones. En el ámbito de estos últimos pueden mencionarse algunas experiencias en hospitales públicos y privados —del tipo de círculos de calidad— destinadas a optimizar las prestaciones y satisfacer mejor a los usuarios. Entre las primeras, conviene destacar la clasificación y certificación de profesionales, y el registro por categorías y acreditación de establecimientos.

La clasificación profesional es impulsada y ejecutada por las organizaciones gremiales de los profesionales de la salud que son prestadores

de servicios de las obras sociales, en base a su antigüedad y nivel de capacitación. La certificación profesional se efectúa a través de un consejo patrocinado por la Academia Nacional de Medicina, que avala con carácter honorífico las condiciones profesionales, científicas y éticas de los que voluntariamente lo solicitan, en base a condiciones previas establecidas por las sociedades científicas de cada especialidad. También los colegios médicos provinciales operan mecanismos de certificación de especialidad. En realidad, estas instituciones deontológicas tienen como misión primordial otorgar la matriculación y las licencias para ejercer especialidades en los territorios provinciales, por delegación de la respectiva autoridad sanitaria; otorgan, pues, una certificación de carácter legal.

En lo que respecta a la evaluación de establecimientos públicos y privados de salud, el registro por categorías tiene la finalidad de estratificar y ordenar las instituciones de salud de acuerdo a criterios de complejidad o riesgo de las enfermedades que atienden. Esta clasificación la realizan entidades de diferente naturaleza, como los ministerios de salud provinciales y las cámaras empresariales, que agrupan a clínicas y establecimientos ambulatorios de diagnóstico. En cambio, la acreditación tiene por objetivo verificar la presencia de indicadores de calidad en las condiciones estructurales de los nosocomios, en el funcionamiento de los servicios y en sus resultados, mediante una evaluación periódica, voluntaria, confidencial y basada en estándares conocidos (Arce, 1995c, pp. 3-4; Arce, 1995b, p. 11). En la Argentina, al igual que en otros países donde se aplica el método, es promovida por una organización no gubernamental (ONG) sin fines de lucro, el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES).

Como surge de este breve panorama, el factor calidad en el terreno de la atención médica configura una verdadera corriente, resultante de la confluencia de varias vertientes. También este fenómeno se ve reflejado en la resolución 432 de 1992, de la Secretaría de Salud, que creó el programa nacional de garantía de calidad. Pero, en momentos en que la organización general del sistema de salud se orienta hacia una nueva configuración, parece más posible que el mejoramiento continuo de la calidad resulte de una voluntad colectiva de diversos protagonistas, expresada a través de múltiples iniciativas, que de una acción programada por las autoridades sanitarias.

III. FENÓMENOS EMERGENTES EN EL MERCADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En esta sección se describirán algunas de las nuevas modalidades operativa, que han surgido en el mercado de los servicios de salud desde 1990, y que, por su importancia, pueden caracterizarse como tendencias en la configuración futura del sector. Metodológicamente, serán tratados como estudios de casos, procurando describir sus aspectos principales, a partir de manifestaciones de fuentes clave, información periodística, algunos documentos institucionales, y el propio análisis crítico del autor.

Los casos seleccionados fueron determinados por la disponibilidad de información y la posibilidad de sistematizarla. Se analizará, primero, una modalidad particular de asociación de prestadores que, aunque está vinculada al proceso de reconversión del sector prestador, representa la tendencia de las entidades compradoras de servicios a transferir el riesgo financiero a las entidades proveedoras.

Luego, abordaremos la presencia de importantes corrientes de inversión provenientes de operadores ajenos al sector salud, y su influencia en la medicina prepaga. Se advierte el surgimiento de un mercado de capitales dispuesto a intervenir en el sector, con perspectivas atrayentes de rentabilidad. Por último, trataremos el fenómeno de las aseguradoras de riesgos del trabajo (ART), como un nuevo frente de negocios que actúa sobre un problema hasta ahora mal resuelto y que posibilita la inserción de las compañías aseguradoras en el sector.

Aunque estaba previsto en el plan de trabajo original, se ha descartado el tratamiento de las asociaciones de obras sociales. Es un tema que se encuentra actualmente en el "ojo de la tormenta" en el campo de las políticas de flexibilización laboral, y constituye la principal causa de las tensiones y negociaciones entre el gobierno y el movimiento sindical. Por esta razón, el acceso a información valedera está bloqueado, más aún porque precisamente en los primeros días de octubre (1996), el gobierno está anunciando la libre elección de obras sociales por parte de los trabajadores, mediante los decretos 1.141 y 1.142, y la puesta en marcha del programa de reconversión con financiamiento del Banco Mundial (apartado sobre financiamiento externo, primera sección), para la contratación de servicios de consultoría (Bermúdez, 1996b, pp. 1-7).

Unos diez días después del decreto mencionado, se anunció públicamente la contratación de una consultora internacional por parte de las obras sociales de los docentes (OSPLAD), para reorganizar su estructura administrativa y adquirir condiciones competitivas (Correa, 1996b, p. 8). Por otro lado, el día siguiente se informó que cinco obras sociales, que en conjunto representan unos 45 mil beneficiarios, se fusionaron y confiaron la administración de sus prestaciones médicas a la empresa multinacional *International Medical Group* (IMG), con el fin de mejorar su poder de compra y negociación (Clarín, 1996a, p. 22). De cualquier modo, la información disponible no tiene suficiente entidad como para abastecer un apartado especial de este trabajo.

1. ASOCIACIONES DE PRESTADORES: EL CASO DE EQUISAL S.A.

Equisal S.A. es una empresa definida jurídicamente como "sociedad anónima sin fines de lucro", formada por la asociación de las dos principales organizaciones de segundo grado (provinciales) de la mayor provincia argentina: la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires (FEMEBA) y la Federación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la provincia de Buenos Aires (FECLIBA). El objeto de esta sociedad es la administración de contratos de riesgo y, en particular, la gestión del contrato por capitación con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), en el marco de su programa de asistencia médica integral (PAMI). Es significativa la síntesis del logotipo con que se anuncia: "FEMEBA-FECLIBA-INSSJP/Modelo de Atención Médica".

El ámbito de cobertura de este contrato es el territorio de la provincia de Buenos Aires, con excepción de los 19 partidos del Gran Buenos Aires y otros del interior de la provincia, donde los prestadores locales mantienen convenios directos con el PAMI. La población cubierta es del orden de los 430 mil beneficiarios, en base a los "principios de la seguridad social: solidaridad, igualdad, integralidad, universalidad" (Equisal, 1996a). Todos los proveedores están conectados a una red informática que provee los requerimientos del programa: registros administrativos, verificación afiliatoria, e historia clínica única (HCU).

Las prestaciones incluidas en el modelo corresponden a los tres niveles de atención del PAMI:

- **Nivel 1:** Consulta en el consultorio y a domicilio; radiología, laboratorio y rehabilitación en forma ambulatoria.
- **Nivel 2:** Consultas y prácticas especializadas; internaciones programadas y de urgencia, clínicas y quirúrgicas, medicamentos, materiales descartables y prótesis; radiología, laboratorio y rehabilitación en régimen de internación.
- **Nivel 3:** Alta complejidad diagnóstica; técnicas invasivas ambulatorias, cirugía de alta complejidad; traslados programados y urgentes; emergencias médicas.

El convenio excluye procedimientos de hemoféresis, diálisis crónica, medicamentos en régimen ambulatorio, drogas para el sida, citostáticos, factores de hemofilia, psiquiatría y odontología, que están contemplados por el INSSJP mediante otros convenios específicos.

La puerta de entrada obligatoria del modelo es el médico de familia (MF), urbano y rural, "que conduce al paciente dentro del programa en un tránsito ordenado y articulado, al que también supervisa", excepto en las situaciones de emergencia en que el paciente ingresa a través del nivel 2. Para cumplir su tarea, el MF cuenta con todos los prestadores de servicios de diagnóstico y tratamiento de la red, incluyendo los médicos especialistas y las farmacias adheridas al PAMI, a los cuales debe acceder el paciente por derivación del MF.

A los efectos de determinar la categoría de los prestadores del nivel 2, respecto a los procedimientos que pueden efectuar, Equisal adopta los requisitos mínimos establecidos por el decreto 3.280 de 1990, dictado por el correspondiente ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires. La incorporación de los prestadores —tanto individuales como institucionales— al modelo, es por adhesión voluntaria con aceptación explícita de las normas operativas del sistema.

El sistema está básicamente ordenado en tres escalones: la administración central de Equisal, las unidades operativas periféricas (UOP) y el MF. Las funciones de Equisal en la conducción del modelo, están enunciadas de la siguiente manera:

- definir las normas asistenciales y administrativas;
- fijar los procedimientos de facturación y liquidación a los prestadores;
- establecer los mecanismos de estímulo y desaliento aplicables en el pago a los prestadores;

- administrar el padrón de beneficiarios del INSSJP incluidos en el convenio;
- efectuar auditorías sobre todos los prestadores;
- evaluar permanentemente el convenio y sus resultados; en lo asistencial, en lo sanitario, y en lo económico-financiero;
- establecer los canales de flujo y procesamiento de la información.

Las UOP funcionan en las agencias de primer grado (por partido o ciudad) de las dos entidades socias de Equisal, FEMEBE y FECLIBA. Son responsables de:

- cumplir las indicaciones de la administración central;
- administrar el padrón de beneficiarios de cada uno de los prestadores de su zona;
- recibir y procesar los formularios emitidos por los MF y cargarlos en el sistema;
- tramitar quejas y denuncias de los beneficiarios;
- pagar a los prestadores y archivar la documentación de respaldo;
- consolidar la información y enviarla a la administración central.

Las funciones del MF, por su parte, son amplias:

- manejar el ingreso al modelo;
- desarrollar acciones de promoción de la salud, prevención y rehabilitación de enfermedades;
- prestar atención médica ambulatoria correspondiente a su nivel de capacitación;
- coordinar y seguir al paciente en los demás niveles de atención;
- responder ante la familia y utilizar razonablemente los recursos;
- confeccionar y custodiar las HCU.

Adquiere particular interés todo lo referente a las modalidades retributivas de las actividades asistenciales, dado que configuran un modelo tendiente a su autorregulación, con el fin de posibilitar un balance presupuestario igual a "cero". Es decir que el total de lo percibido debe ser distribuido por Equisal entre todos los prestadores, de manera de definir el sistema como no lucrativo.

Los MF son retribuidos por capitación ajustada por índices de estímulo/desaliento. A título ilustrativo, el valor de referencia para el MF urbano, es de 2.90 dólares por mes por cada beneficiario del padrón

asignado, que puede variar desde un dólar hasta 3.20 por la aplicación de los índices de ajuste. Para el MF rural el valor de referencia per cápita se eleva a 4.30 dólares. El ajuste de los valores de referencia se efectúa en base al desvío observado respecto a las tasas esperadas de utilización de consultas, interconsultas especializadas, exámenes complementarios, e internaciones; se promueve así un comportamiento equilibrado del MF en materia de prestaciones —ni exceso ni escasez— en la atención de sus pacientes (Equisal, 1996b).

Los médicos especialistas son retribuidos en base a la llamada consulta integral modulada ambulatoria (CIMA), que comprende tanto la consulta como las prácticas especializadas de baja complejidad, que el paciente requiera. Cada especialista solo puede facturar una CIMA por paciente y por mes, y hasta cuatro CIMA por paciente y por año. La atención de ciertas afecciones específicas se retribuye según un módulo de seguimiento (MS). Por otro lado, las prácticas de mediana complejidad son retribuidas conforme a la modalidad de atención por prácticas (AP), que deben ser solicitadas por el MF. El nomenclador de Equisal estipula el valor de la CIMA, de los MS y de las AP para cada especialidad. En todos los casos no urgentes, para acceder a los especialistas debe mediar la derivación del MF.

Las internaciones se retribuyen por módulos clínicos y quirúrgicos (MCQ), que incluyen la totalidad de las prestaciones que se realizan durante la internación —así como los medicamentos, materiales descartables y prótesis empleados—, excepto las prácticas de alta complejidad. Las internaciones deben ser derivadas por el MF, salvo en los casos de urgencia que están expresamente tipificados. La asignación del MCQ que corresponda está a cargo de médicos auditores, que visitan diariamente a todos los pacientes internados. El valor de los MCQ está estipulado en el nomenclador de Equisal, que tiene su origen en la modalidad denominada de aranceles globalizados. De la misma manera, las prácticas e intervenciones de alta complejidad se rigen por aranceles basados en los módulos de alta complejidad (MAC).

Lo novedoso de este modelo es que entidades gremiales de prestadores, que hasta la década pasada defendían la oferta irrestricta de médicos y establecimientos, se reúnen ahora en un proyecto autorregulado, no solo en cuanto a la magnitud de la oferta de servicios sino también en la baja elasticidad de sus componentes presupuestarios. Veamos los factores de regulación:

- a) la oferta de MF está regulada por la cantidad de beneficiarios cubiertos y su distribución geográfica;
- b) la retribución de los MF es regulada por la tasa de exámenes complementarios, interconsultas e internaciones que producen; en general, el MF está mejor retribuido que el especialista;
- c) el valor de las CIMA, los MS y las AP de los especialistas, lo regula el presupuesto asignado por zona a cada especialidad;
- d) la oferta de camas de internación se regula por la tasa de egresos esperada, por la categoría del establecimiento, y por la cantidad de camas contratadas;
- e) el valor de los MCQ está regulado por el presupuesto asignado por establecimiento a las internaciones del nivel 2;
- f) el valor de los MAC, a su vez, está regulado por el presupuesto asignado a cada especialidad, y
- g) el costo general de la administración del sistema no llega al 5% de su presupuesto global, y funciona sin dividendos de rentabilidad.

En síntesis, el caso de Equisal S.A. muestra una de las soluciones posibles al proceso de transferencia del riesgo financiero desde el sector financiador o comprador hacia el sector prestador o proveedor. Este modelo aparece como una alternativa factible, proporcionando equidad y racionalidad en la provisión de servicios a una población altamente consumidora —como la del INSSJP— y en un territorio extenso —como el de la provincia de Buenos Aires. También ha logrado desplazar el centro de gravedad de la atención médica desde los especialistas hacia los médicos generales, promoviendo nuevas conductas de los prestadores de servicios, que el propio INSSJP no había logrado a través de sus médicos *de cabecera contratados por capitación*.

También este modelo, que se está extendiendo a los beneficiarios del PAMI de otras provincias, resultaría más eficiente —en cuanto a racionalidad del gasto en salud— frente a una simple transferencia del riesgo a un intermediario financiero, como podría ocurrir si la medicina prepaga interviniera en el circuito de cobertura de la seguridad social.

2. NUEVOS INVERSORES AJENOS AL SECTOR:
EL CASO DE THE EXXEL GROUP

The Exxel Group es un caso emergente en el fenómeno de expansión del mercado de capitales dentro del sector salud, de magnitudes significativas. No es el único caso de inversiones extranjeras en salud en la Argentina, pero tiene un carácter ejemplificador por la modalidad propia de manejo financiero con que actúa este grupo, sin especialización en el área de salud.

Desde luego, la imagen exterior de la Argentina se ha modificado, tornándola atractiva para las inversiones internacionales. Un informe del Departamento de Comercio de los Estados Unidos, firmado por Ron Brown en julio de 1995, ubicaba a la Argentina entre los 10 más grandes mercados emergentes (GME) del mundo (Aizen, 1996, p. 10), junto con China, Indonesia, Corea del Sur, México, el Brasil, Sudáfrica, Polonia, Turquía e India. En pleno transcurso de la recesión provocada por el llamado efecto "tequila", el informe recomendaba al capital norteamericano "no asustarse por los nubarrones negros de esta crisis", augurando un crecimiento del 5% anual entre 1996 y 1998.

Dentro del mismo informe se aconsejaba invertir en tecnología ambiental, informática, comunicaciones, aviación, automotores y salud. En este último rubro menciona que la Argentina es el tercer mercado farmacéutico de América Latina, y agrega "aunque el sistema de salud se ha deteriorado mucho, están surgiendo nuevas compañías competitivas". El informe recomienda asociarse con el capital argentino para realizar las inversiones en el país, dado que, aunque los términos y condiciones establecidos por el gobierno argentino en las privatizaciones virtualmente obligaban a la presencia de firmas calificadas extranjeras, la participación de socios locales facilita el acceso a la cultura, la sociedad y la política locales.

Dentro del mercado de la medicina prepaga y de los sanatorios, ha habido varios inversores extranjeros notorios. El Swiss Medical Group, propietario del Sanatorio Suizo-Argentino de Buenos Aires, adquirió en 1994 por 30 millones de dólares la empresa de medicina prepaga CIM, que anteriormente había pertenecido al quebrado *holding* del Sanatorio Güemes. En la misma operación compraron la similar Magna, y en

diciembre del mismo año se quedaron con el 50% de la empresa Salud (Hapke, 1995, p. 64), con lo que el grupo alcanzó una cartera de 83 mil asociados (Correa, 1996a, pp. 1-5). Aunque aún no había sido formalmente anunciado, a principios de octubre de 1996 se supo que había adquirido también la cartera de Diagnos, de alrededor de 25 mil adherentes. El Grupo Intersalud compró Ceprimed por 3 millones de dólares en julio de 1994, y en febrero de 1995 se quedó con el 90% de Mediplan; hasta mediados de 1995 este consorcio había invertido en la Argentina unos 10 millones de dólares, con capitales de origen chileno.

Una estrategia más definida parece tener el Grupo Amil, conglomerado de empresas brasileñas dedicado a prestar servicios de salud en los Estados Unidos, el Brasil y la Argentina y que, tomando como base el Mercosur, se prepara para expandirse al resto de Latinoamérica. Sus dimensiones son importantes. En 1995 tuvo una facturación de 970 millones de dólares y 1.1 millón de asociados. Durante la última década, mostró un crecimiento anual promedio de 54%. Sus inversiones en la Argentina, desde que se instaló en 1992, alcanzan unos 15 millones de dólares, y se espera que invierta otro tanto en los próximos tres años. En números redondos, tiene 7 mil empleados directos, de los cuales 5 mil se encuentran en el área de la salud (Villalonga, 1996, p. 59). El espectro de negocios en el que opera es amplio: turismo, publicidad, bonos de comida, bonos de combustible, asistencia médica, redes de farmacias, emergencias médicas, y escuela de mercadotecnia (Clarín, 1995, p. 22).

El 28 de marzo de 1995, The Exxel Group anunció públicamente la compra del 100% del paquete accionario de las EMPP Galeno, Vesalio y Life, el 72% de las acciones del Sanatorio de la Trinidad, y el 90% del Sanatorio Jockey Club. Aunque quizá no tenga otra significación que la meramente periodística, conviene mencionar que el principal accionista de las empresas adquiridas (exceptuando Life) era el actual Ministro de Salud y Acción Social, Dr. Alberto Mazza. Según el propio anuncio, con estas adquisiciones se da comienzo a "un nuevo concepto en Servicios de Salud, basado en la innovación tecnológica y en recursos de gestión con los más altos estándares internacionales de calidad".

La compra de Galeno, Vesalio y los sanatorios La Trinidad y Jockey Club, se pactó por 25 millones de dólares en noviembre de 1994 y el Exxel absorbió un pasivo de 2 millones de dólares. En cambio, Life fue adquirida por 11 millones de dólares en febrero de 1995, con sus 32 mil asociados, de los cuales 6 mil eran empleados del Citibank, el banco

donde el fundador de Exxel inició su formación en el campo de las finanzas (Apertura, 1996, pp. 55-65). Un mes y medio después, estas empresas se fusionaron bajo el nombre de Galeno-Life. A mediados de 1996, el grupo incorporó por 40 millones de dólares a la EMPP TIM y a la Clínica del Sol, con lo que su cartera alcanzó unos 170 mil asociados e ingresos anuales por 246 millones de dólares (Clarín, 1996b, p. 13).

The Exxel Group fue fundado por Juan Navarro en 1991, tomando como base a inversores norteamericanos comprometidos en el *The Argentina Private Equity Fund*, además de aportes de capital iniciales del Banco Mariva. En diciembre de 1992 compró la Compañía Industrias Argentinas de Buenos Aires (CIABASA). En 1993, mediante una estrategia tendiente a ganar una mayor participación en el concentrado mercado de los productos de limpieza, adquirió Poett San Juan. A mediados de 1994, el grupo compró una parte menor de la empresa líder del mercado de papel *tissue*, Papelera del Plata, pero ya en febrero de 1993 había adquirido Papelera Mar del Plata.

Mediante una modalidad de inversión conocida como "club de amigos", creó un fondo específico para introducirse en la industria de la comida rápida. De este modo, a fines de 1993 compró el 48% del paquete accionario de Pizza Hut —una cadena de pizzerías— que se amplió al 60% en octubre de 1995. Entre 1993 y marzo de 1996, la cadena pasó de 7 a 20 locales.

También entró en el negocio de la distribución de energía eléctrica, asociado con la empresa española Unión Fenosa y el grupo Aldo Roggio, al ganar la licitación de la Empresa de Electricidad de San Luis (EDESAL). Hacia fines de 1994 habían invertido más de 25 millones de dólares y destinarían otros 52 millones a la construcción de una planta generadora, en la misma provincia. A principios de 1995, junto con Unión Ferrosa, el grupo compró por 152 millones de dólares la distribuidora de la provincia de La Rioja, EDELAR.

La última gran adquisición fue la tarjeta de crédito Argencard, que tiene el 35% del mercado en la Argentina. El 56% del paquete accionario fue comprado a fines de 1995 a la Banca Nazionale del Lavoro, por 135 millones de dólares, tras una larga negociación en la que el grupo se vio beneficiado por el efecto "tequila".

Vale la pena mencionar, finalmente, los socios inversionistas internacionales a los que representa The Exxel Group: The Common Fund, The Ford Foundation, Aetna, Liberty Mutual, SunAmerica, Chemical

Bank, Chase Manhattan Bank, C.S. Holdings, C.S. First Boston, Getty Family Trust, Rockefeller & Co., Brown University, Oppenheimer & Co., Kingdom Capital, Hancock Venture Partners, Conistone Partners, y Bain Capital. A mediados de este año, el ex embajador de los Estados Unidos en la Argentina, Terence Todman, fue incorporado al directorio del grupo (Clarín, 1996c, p. 13).

Por su modalidad operativa financiera, un observador periodístico de la economía afirmó que “la definición que mejor le calza al Exxel es la de boutique de negocios”, que no son una novedad en los Estados Unidos y que ahora van en camino de ser moneda corriente en la Argentina (Ceriotta, 1996, p. 22). En cuanto a estrategia empresarial, el comportamiento del grupo presenta algunas constantes en su actuación en el país, a juzgar por la información periodística disponible:

- constitución de fondos de inversores privados que delegan en el mandatario el objeto y la oportunidad de las inversiones;
- selección de mercados con perspectivas de expansión en el futuro mediato;
- adquisición de empresas que se encuentran en dificultades económicas, mediante ofertas atractivas al contado;
- ocupación de áreas significativas de los mercados, fusionando empresas compradas por separado;
- aplicación de tecnologías modernas de gestión empresarial;
- mejoramiento de la calificación de la empresa para una eventual venta del paquete accionario.

3. LA NUEVA FRANJA DE LAS ASEGURADORAS DE RIESGOS DEL TRABAJO (ART)

El origen de la existencia de una franja específica para la atención de las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo, radica en el hecho de que en la legislación argentina estos problemas están contemplados en normas legales diferentes de las que rigen el sistema de seguridad social. En efecto, las sucesivas leyes de obras sociales —18.610 de 1969, 22.269 de 1980 y 23.660 y 23.661 de 1989— preveían la atención médica integral del trabajador y su familia mediante el financiamiento conjunto de los aportes del trabajador y las contribuciones del empleador.

Sin embargo, leyes específicas que siguieron vigentes después de la sanción de las anteriormente nombradas, establecían que la atención de las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo son de responsabilidad exclusiva del empleador.

En la práctica, los trabajadores concurrían a los servicios de sus obras sociales ante cualquier problema de salud, y también ante un accidente de trabajo. Las obras sociales no derivaban en general al paciente a los servicios de medicina laboral del empleador sino que se hacían cargo de su atención, con el teórico propósito de reclamar posteriormente al empleador los gastos demandados por la atención del accidente. Esta reclamación nunca llegaba a concretarse y las obras sociales no estaban por lo común preparadas para tramitarlos. Si esto ocurría con los accidentes de trabajo, mucho más aún lo hacía con las enfermedades profesionales, donde la responsabilidad patronal puede ser más discutible. De manera que, en la práctica, los riesgos del trabajo quedaban a cargo de las propias obras sociales (Arce, 1988).

El sistema de obras sociales no se mantuvo ajeno a los problemas inherentes a la salud del trabajador, a la hora de definir sus responsabilidades. En 1985, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) incluía la prevención del riesgo específico de enfermar —según la rama de producción— así como la atención de los problemas del trabajador no imputables al ámbito laboral (Marracino y otros, 1984). Del mismo modo, se promovía el papel protagónico que deberían tener las obras sociales en la prevención de los riesgos laborales (INOS, 1985). Sin embargo, la ley 9.688 de principios de este siglo tipificaba la magnitud de las discapacidades producidas en los accidentes de trabajo, determinando la responsabilidad patronal en la reparación de los daños y en las indemnizaciones.

Por su parte, la ley 19.587 de higiene y seguridad del trabajo (HST) establecía las condiciones de seguridad que debían prever las empresas en las plantas de producción, y los servicios médicos con que debían contar, para afrontar la medicina laboral de sus trabajadores; pero su aplicación en la práctica fue de escaso cumplimiento. Entretanto, alrededor de la dependencia ministerial donde se denunciaban los siniestros, se había conformado una suerte de "industria jurídica" centrada en la gestión de indemnizaciones, las que llegaban al damnificado en escasa proporción. La ley 9.688, en manos de abogados hábiles, permitía alcanzar magnitudes de alto riesgo para el sector patronal, por lo que los

empleadores acudían a frecuentes artimañas judiciales para eludir sus compromisos. La ley 24.028 de diciembre de 1991, estableció nuevos criterios indemnizatorios, fijando un tope de 55 mil dólares, pero mantenía la voluntariedad de la contratación de un seguro con esta finalidad.

De acuerdo a este breve panorama, la situación existente en septiembre de 1995, momento en que se sancionó la ley 24.557 de riesgos del trabajo, era de un alto grado de desorden e inequidad. La nueva ley establece la obligatoriedad de las empresas de contratar un seguro específico para todo su personal en relación de dependencia, salvo que la empresa tenga capacidad financiera para autoasegurarse. Cada empleador puede elegir libremente la entidad aseguradora a la que habrá de afiliarse, sea una compañía de seguros generales o una ART, y éstas no pueden rechazar afiliaciones ni realizar exámenes médicos antes de aceptarlas.

La afiliación libera al empleador de toda responsabilidad ante un siniestro o una enfermedad profesional, y los empleados no pueden iniciar acciones legales contra sus empleadores, salvo en caso de dolo. El empleador deberá pagar la cotización predeterminada, junto con el resto de las cargas sociales, a través del ente recaudador del sistema único de la seguridad social (SUSS). Si las cotizaciones estuvieran impagas, la ART deberá igualmente hacerse cargo de las coberturas y prestaciones, pero después podrá ejecutar al empleador. Cada aseguradora podrá establecer libremente el monto de su cotización, como porcentaje de la nómina salarial sujeta a cargas sociales; esta cotización puede variar, según el nivel de siniestralidad de la rama de producción y de las medidas de HST previstas por cada empresa. El contrato de afiliación deberá incluir un plan de HST, que las empresas deberán cumplir dentro de los dos años. Por su parte, la ART será la encargada de verificar su cumplimiento y denunciar las transgresiones a la ley 19.587. Si un accidente se produjera por incumplimiento de las normas de HST, el empleador deberá pagar una multa de hasta 30 mil dólares (Bermúdez, 1995, pp. 1-5).

Los servicios que deberán brindar las aseguradoras son:

- seguro contra siniestros y capacitación para su prevención;
- asistencia médica y farmacéutica;
- prótesis, ortopedia, recuperación psíquica y física;
- rehabilitación en general;
- recalificación profesional y reinserción laboral;

- servicios funerarios;
- sistema integrado de prevención de accidentes;
- adaptación a las normas de seguridad industrial.

Las prestaciones en dinero se establecen según el ingreso base (IB), correspondiente al promedio de remuneración mensual de los doce meses anteriores al siniestro, que se ajusta por la variación del aporte medio previsional obligatorio (AMPO) y por la renta devengada del sistema integrado de jubilaciones y pensiones (SIJP). Estas prestaciones son las siguientes (Prein, 1996, pp. 13-18):

- incapacidad temporal: salarios perdidos;
- incapacidad permanente: 70% del IB, ponderado de acuerdo al porcentaje de incapacidad, más asignaciones familiares durante 36 meses;
- incapacidad leve: indemnización de pago único, según porcentaje de incapacidad, hasta un tope de 55 mil dólares;
- incapacidad grave: renta mensual, según grado de incapacidad;
- incapacidad total y muerte: renta devengada según el SIJP;
- gran invalidez: renta ajustada según el AMPO y el SIJP.

La misma ley crea un comité consultivo permanente (CCP), presidido por el Ministro de Trabajo y Seguridad Social e integrado por: 4 representantes del Estado, 4 de los trabajadores, 4 de los empresarios (2 de ellos de las pequeñas y medianas empresas, PYME). Dicho comité tiene, entre otras funciones, la de elaborar las tablas de evaluación de incapacidad laboral y la de tipificar las enfermedades profesionales (Comité Consultivo Permanente, 1996). Esta última tiene una particular significación, dado que define taxativamente las enfermedades imputables a las condiciones y el medio ambiente del trabajo, por rama de producción.

Las proyecciones económicas de esta nueva franja del mercado de la salud, creada mediante la ley 24.557 de riesgos del trabajo, varían según las estimaciones entre 1 000 y 1 300 millones de dólares anuales, a través de una comercialización cuya meta esperada es del orden de los 5 millones de asegurados. El costo estimado de la cobertura oscila entre un 3% y un 7% de la nómina salarial, según el grado de siniestralidad de la rama de producción asegurada. Al 1° de abril de 1996 había inscritas unas 50 empresas, pero todos los analistas suponen que a la larga

no quedarán más de una docena (Meaños y Baulde, 1996, pp. 44-45; Clarín, 1996d).

En síntesis, la franja de mercado que ahora ocupan las ART surge de un antiguo problema de salud de los trabajadores dependientes, inadecuadamente resuelto. En diferentes etapas históricas a lo largo de la consolidación del sistema de seguridad social, se pretendió incorporarlo a las coberturas de las obras sociales. Sin embargo, por la tradición jurídica del país y en la práctica, la cobertura de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales se mantuvo en la órbita de las responsabilidades patronales. Por consiguiente, el nuevo sistema tiende a ordenar y racionalizar un campo previsional hasta ahora mal atendido.

Entre los inconvenientes que ha presentado no obstante su implementación, pueden apuntarse los siguientes:

- a) la falta de experiencia en el país hace que se carezca de estadísticas de siniestralidad por rama de producción y de estimaciones de costos por tipo de siniestros; de modo que las empresas se basaron en datos de otros países para calcular actuarialmente sus cotizaciones;
- b) se está avanzando, pero aún está en proceso la tipificación de enfermedades laborales y la estimación de sus costos de atención, para establecer aranceles modulares. También se están registrando datos que, con el tiempo, aportarán información histórica sobre siniestralidad en cada actividad;
- c) el alto grado de competitividad en un mercado que se inicia, ha determinado restricciones operacionales en los servicios nominalmente ofrecidos, para poder mantener cotizaciones bajas. Se espera que este problema se supere a medida que el mercado se concentre en un número menor de grandes competidores;
- d) a través de esta franja se están introduciendo en el mercado de la salud las compañías aseguradoras comerciales, que hasta ahora no se atrevían a ocuparlo mediante la compra de empresas de medicina prepaga probablemente debido al alto grado de "incertidumbre actuarial" con que se acostumbra a operar en este campo.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

El sistema de salud en la Argentina se encuentra en un proceso de transición, desde el modelo pluralista de planificación descentralizada —tal como lo hemos caracterizado en la primera sección— que se mantuvo vigente entre 1955 y 1989, al nuevo modelo organizativo cuya configuración se encuentra en vías de desarrollo. Desde la explosión hiperinflacionaria de 1989-1990, han aparecido un conjunto de tendencias, cambios en la modalidad operativa de las instituciones y nuevos comportamientos microeconómicos, que permiten imaginar los futuros escenarios en los que habrá de desenvolverse el sector.

Algunos de estos fenómenos se encuentran en curso y ya han dado lugar a decisiones formales, en cambio otros constituyen tendencias previsible con un razonable grado de certeza. Con estas advertencias, estimamos que la configuración del sistema de salud de la Argentina en los años venideros tendrá los rasgos que se sintetizan a continuación.

1. FUNCIONES DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS ESTATALES

La autoridad sanitaria nacional (ASN) ha delegado toda intervención en la administración directa de establecimientos hospitalarios, transfiriéndola a la órbita de las autoridades sanitarias provinciales (ASP), y a su vez algunas ASP han traspasado una parte de los establecimientos a los municipios. Este proceso, que fue acompañado por una progresiva delegación de las decisiones administrativas en los niveles jerárquicos más cercanos a la fase operativa, ha sido caracterizado como de desconcentración y descentralización.

La ASN solo retuvo la dependencia de dos institutos de epidemiología, uno de mal de Chagas, uno de bacteriología y uno de virología, dado que estas instituciones intervienen en estudios de vigilancia epidemiológica, en la producción de insumos para prevención e inmunizaciones, y en controles de calidad de productos comerciales. Del mismo modo, sus funciones de contralor bromatológico y de fiscalización tecnológica, fueron reforzadas a través de la creación de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT).

Para fortalecer su capacidad de planificación, inversión y asistencia técnica a las ASP, la ASN recurrió al financiamiento externo del BID, del BM y, en mucho menor medida, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al mismo tiempo que iba perdiendo su función de transferir a las provincias en forma directa fondos del presupuesto nacional. Este proceso de reconversión de la ASN, acompaña al de reforma y ajuste del conjunto del estado nacional.

El escenario futuro es el de una ASN de reducidas dimensiones relativas y fuerte capacidad de planificación y asistencia técnica. Al mismo tiempo, recaerá sobre las ASP la responsabilidad central de la ejecución de las acciones sanitarias estatales, por lo que deberán reforzar su eficiencia administrativa.

2. ADMINISTRACIÓN DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS

Los hospitales públicos tienden a una administración autónoma, con distintos grados de avance en las diferentes provincias. En un rango que va desde la simple autorización para facturar prestaciones a las OS, hasta el otorgamiento de personería jurídica y la total capacidad para ejecutar su presupuesto, los establecimientos públicos están en un proceso de tránsito hacia la administración descentralizada. Por su parte, la ASN ha alentado este proceso caracterizándolo como de autogestión y comprometiendo para ello los recursos de la ANSSAL, con el fin de liquidar las deudas de las obras sociales con los hospitales. Asimismo, definió el proceso como tránsito desde el subsidio a la oferta hacia el subsidio a la demanda.

Independientemente de la denominación, el escenario futuro de los hospitales se proyecta como una gestión equivalente a la de las empresas públicas de servicios, con autonomía para ejecutar su presupuesto, determinar su planta de personal, sancionar su propio estatuto, y posibilitar la participación de la comunidad en sus decisiones. Por otra parte, el papel futuro del Estado respecto de los hospitales se concentraría en financiar la atención de los pacientes carentes de cobertura (subsidio a la demanda), financiar inversiones en bienes de capital, apoyar programas preventivos o educativos, y ejercer su sindicatura. En este marco, la sobreoferta de camas hospitalarias tendería a su racionalización, a través de la capacidad de cada establecimiento para competir en satisfacer las necesidades de la población.

3. REESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES

Independientemente de los plazos de ejecución, el llamado proceso de desregulación de las obras sociales es inexorable. Estas entidades nacieron dispersas —al margen del ámbito estatal— y fueron las depositarias nacionales del fenómeno mundial de la seguridad social, ocurrido en la primera mitad de este siglo. Ahora se encaminan hacia la constitución de una red de instituciones financiadoras o de agentes prestatarios de servicios de salud, de naturaleza solidaria, sin fines de lucro, financiadas *mediante aportes universales y obligatorios, aunque no exentas del análisis de viabilidad económica de la cobertura de riesgos sanitarios.*

El escenario previsible de este sector para el futuro mediano, contempla no más de 80 instituciones, de entre 50 y 500 mil beneficiarios que eligen libremente su afiliación, constituidas a partir de la fusión voluntaria de un grupo de las actuales obras sociales y asistidas técnicamente por empresas de consultoría administrativa. No es esperable por ahora que los trabajadores dependientes tengan libertad para disponer total o parcialmente de sus aportes al sistema, como ocurre con las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP). Pero aun manteniéndose la obligatoriedad de los aportes, es probable que —por encima de las prestaciones previstas por un programa médico obligatorio (PMO)— los asociados de mayor capacidad contributiva cuenten con la posibilidad de contratar beneficios diferenciados dentro de su propia entidad prestadora.

Respecto a la población carente de capacidad contributiva, no se vislumbra con claridad el panorama futuro. Su cobertura podría llevarse a cabo a través de una obra social para la población con carencias, mediante su incorporación a programas especiales de las obras sociales de empleados estatales provinciales, o mediante un subsidio a la demanda en los hospitales públicos, por parte de las autoridades sanitarias respectivas. En todos los casos, los fondos deberán necesariamente provenir de las rentas generales del Estado. Por último, además de las alternativas operativas analizadas, debe esperarse una revisión de la actual legislación sobre obras sociales, la que ya está obsoleta.

4. RECONVERSIÓN DEL SUBSECTOR PRIVADO

Puede esperarse un amplio y variado proceso de integración horizontal y vertical de las actuales PYME de servicios de salud, al compás de la progresiva transferencia de riesgos desde el sector financiador hacia el sector prestador.

La integración horizontal se está produciendo a través de asociaciones de prestadores dentro de redes de sanatorios que comparten una administración común. Estas redes celebran contratos por capitación, pero distribuyen los recursos entre sus integrantes mediante pagos por prestación, en general a través de aranceles globalizados. La integración vertical se lleva a cabo por medio de la incorporación de médicos independientes a las redes de sanatorios, la inclusión de prestaciones de alta complejidad en los contratos generales, y la compra de sanatorios por parte de empresas de medicina prepaga, o viceversa.

Simultáneamente, en el interior de las PYME de salud se están produciendo algunos fenómenos tendientes a su consolidación empresarial. En primer lugar, el replanteo de las organizaciones desde una lógica semicooperativa hacia una lógica de empresa de servicios, modificando su estructura interna y atendiendo en forma diferenciada los diversos contratos. En segundo lugar, la integración de las sociedades de las diferentes microempresas —“arrendatarias” de los diversos servicios de la institución— en un capital social de intereses homogéneos. Por estos diversos caminos, el escenario esperable es el de un menor número de empresas atendiendo en una escala económica superior y a menores precios.

En el campo de las EMPP, también se verifica la tendencia a la integración vertical y horizontal, aunque con una presencia más significativa de la inversión financiera pura. Por ahora solo se han presentado fusiones de carteras, ampliaciones de capital, o compras de empresas. Es probable que, a través de la apertura del mercado de las ART, las compañías aseguradoras empiecen a interesarse en la compra de EMPP o de sanatorios. Con la misma certeza con que se espera la “desregulación” de las obras sociales se presume una próxima regulación de las EMPP, que seguramente va a acentuar la concentración de capitales en este sector.

Por el contrario, es improbable que en el corto plazo las EMPP estén en condiciones de insertarse en el sistema de seguridad social, dado que operan con costos mayores que los de las obras sociales y con normas

operativas diferentes. Por otro lado, a través de las obras sociales del personal de dirección, hasta ahora la seguridad social ha mostrado mayor competitividad para insertarse en la medicina prepaga, que estas últimas para recorrer el camino inverso.

5. MECANISMOS FUTUROS DE REGULACIÓN

En un panorama como el descrito es esperable que el factor calidad tenga un fuerte papel regulatorio. En primer lugar, porque las autoridades sanitarias tienden a limitar su función a la gestión de programas de asistencia técnica y de prevención. En segundo lugar, porque el Estado —en cuanto administrador de establecimientos— está desconcentrando sus decisiones y delegándolas en las autoridades de los nosocomios, que tenderán a funcionar como empresas públicas de servicios.

Por consiguiente, frente a un escenario dominado por diversas modalidades de prestación y financiación, los programas de evaluación de calidad aparecen como uno de los recursos más idóneos para dimensionar mercados y establecer pautas operativas de reciprocidad. Al mismo tiempo, al compás de la transferencia del riesgo financiero desde los financiadores hacia los prestadores, el factor calidad se está desplazando desde la evaluación externa hacia la gestión interna de los procesos. Todo esto debe desenvolverse necesariamente en el marco de una nueva constelación de normas jurídicas, cuya responsabilidad recae en los distintos poderes gubernamentales.

También asistiremos en los próximos años a una racionalización de los recursos de salud. La actual sobreoferta de médicos, camas y tecnología, junto al déficit de servicios asistenciales básicos, acciones preventivas, personal auxiliar y especialmente de enfermería, deberán encontrar mecanismos de compensación. Como ocurrió en otros casos, el motor fundamental de estas reformas lo constituirán nuevas modalidades de contratación y de aranceles, tendientes a una mayor racionalidad en la composición del gasto, optimizando los resultados.

En resumen, la organización general del sector salud de la Argentina está marchando hacia la configuración de un nuevo modelo, dentro de un marco jurídico obsoleto y a veces contradictorio con los nuevos fenómenos en curso. Es esperable que a lo largo del desarrollo de este proceso surjan nuevas normas legales, que transformen en criterios de derecho las tendencias observadas de hecho.

ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS

CUADRO 1
 CANTIDAD DE ESTABLECIMIENTOS CON Y SIN INTERNACIÓN,
 SEGÚN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
 Años 1980 y 1995

| Año | Total | Públicos | Obras sociales | Privados | Mixtos |
|---------------------|--------|----------|-------------------|----------|--------|
| 1995 | | | | | |
| Sin internación (1) | 12 775 | 5 740 | 167 | 6 852 | 16 |
| Con internación | 3 310 | 1 231 | 55 | 2 021 | 3 |
| 1980 (2) | | | | | |
| Sin internación | 6 038 | 3 471 | 251 | 2 316 | n/c |
| Con internación | 3 013 | 1 177 | 113 | 1 723 | n/c |

Fuente: Ministerio de salud y Acción Social (MSAS)

(1) Incluye los establecimientos que cuentan con internación breve u hospital de día.

(2) Los datos de 1980 han sido ajustados según las definiciones empleadas en la actualización de la Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

n/c = no corresponde.

CUADRO 2
 PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS CON Y SIN INTERNACIÓN,
 SEGÚN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
 Años 1980 y 1995

| Año | Total | Públicos | Obras sociales | Privados | Mixtos |
|---------------------|-------|----------|----------------|----------|--------|
| 1995 | | | | | |
| Sin internación (1) | 100.0 | 44.9 | 1.3 | 53.7 | 0.1 |
| Con internación | 100.0 | 37.2 | 1.7 | 61.0 | 0.1 |
| 1980 (2) | | | | | |
| Sin internación | 100.0 | 57.5 | 4.1 | 38.4 | n/c |
| Con internación | 100.0 | 39.1 | 3.7 | 57.2 | n/c |

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS).

(1) Incluye los establecimientos que cuentan con internación breve u hospital de día.

(2) Los datos de 1980 han sido ajustados según las definiciones empleadas en la actualización de la Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

n/c = no corresponde.

CUADRO 3
 CAMAS DISPONIBLES SEGÚN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
 Años 1980 y 1995

| Año | Total | Públicos | Obras sociales | Privados | Mixtos |
|--------------------------|---------|----------|----------------|----------|--------|
| <i>a) En cantidades</i> | | | | | |
| 1995 (1) | 155 749 | 84 094 | 4 375 | 67 198 | 82 |
| 1980 (2) | 145 690 | 91 034 | 8 045 | 46 611 | n/c |
| <i>b) En porcentajes</i> | | | | | |
| 1995 | 100.0 | 54.0 | 2.8 | 43.1 | 0.1 |
| 1980 | 100.0 | 62.5 | 5.5 | 32.0 | n/c |

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS).

(1) Incluye las camas de establecimientos con internación breve u hospital de día.

(2) Los datos de 1980 han sido ajustados según las definiciones empleadas en la actualización de la Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

n/c = no corresponde.

CUADRO 4
CAMAS DISPONIBLES
Años 1980 y 1995

| | Año 1995 (1) | Año 1980 (2) |
|-------------------------------------------|--------------|--------------|
| Total de camas disponibles | 155 749 | 145 690 |
| Camas disponibles por cada mil habitantes | 4.55 (3) | 5.21 |

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS).

(1) Incluye las camas de establecimientos con internación breve u hospital de día.

(2) Los datos de 1980 han sido ajustados según las definiciones empleadas en la actualización de la Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

(3) Elaborado en base a datos de población inéditos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), "Estimaciones de Población al 30 de junio de cada año".

CUADRO 5
PROMEDIO DE CAMAS DISPONIBLES POR ESTABLECIMIENTO,
SEGÚN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
Años 1980 y 1995

| Año | Total | Públicos | Obras sociales | Privados | Mixtos |
|----------|-------|----------|----------------|----------|--------|
| 1995 (1) | 47.1 | 68.3 | 79.5 | 33.2 | 27.3 |
| 1980 (2) | 48.4 | 77.3 | 71.2 | 27.1 | n/c |

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS).

(1) Para el cálculo se incluyeron las camas de establecimientos con internación breve u hospital de día.

(2) Los datos de 1980 han sido ajustados según las definiciones empleadas en la actualización de la Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

n/c = no corresponde.

CUADRO 6
BENEFICIARIOS E INGRESOS EN OBRAS SOCIALES
SEGÚN NATURALEZA JURÍDICA

| Obras sociales | Cantidad | Número de beneficiarios | Ingreso promedio mensual por beneficiario (pesos) |
|--------------------------------|------------|-------------------------|---------------------------------------------------|
| Sindicales | 203 | 4 611 492 | 19 |
| Estatales | 6 | 83 963 | 36 |
| Por convenio | 19 | 44 496 | 35 |
| Personal de dirección | 23 | 609 404 | 51 |
| Administración mixta | 13 | 2 303 163 | 28 |
| Otras | 12 | 162 146 | 22 |
| Directas (como Poder Judicial) | - | 433 647 | - |
| Total | 276 | 8 248 311 | 23 |

Fuente: Instituto de la Salud, Medio Ambiente, Economía y Sociedad (Fundación ISALUD) y Banco Mundial (BM).

CUADRO 7
PROMEDIO DE GASTO EN SALUD E INGRESOS DE LAS OBRAS
SOCIALES, POR BENEFICIARIO Y POR MES

| Cobertura | Aportes | | Gasto de bolsillo | Total por persona | Total anual (Millones de pesos) |
|-----------------|----------|------------|-------------------|-------------------|---------------------------------|
| | Directos | Indirectos | | | |
| OS nacionales | 23 | 8 | 17 | 49 | 5 000 |
| PAMI | 45 | 5 | 20 | 70 | 3 600 |
| OS provinciales | 26 | 5 | 17 | 48 | 2 800 |
| Prepagos | 70 | 5 | 20 | 95 | 2 300 |
| Sin cobertura | 19 | - | 20 | 39 | 5 600 |

Fuente: Instituto de la Salud, Medio Ambiente, Economía y Sociedad (Fundación ISALUD) y Banco Mundial (BM).

CUADRO 8
DIMENSIONES DEL SECTOR DE LA MEDICINA PREPAGA

| | |
|---------------------------------------------------------------|---------------|
| Cantidad de empresas en el sector | 200 |
| Facturación anual del sector (en pesos) | 2 100 000 000 |
| Cantidad total de afiliados | 2 400 000 |
| Precio promedio por afiliado (en pesos) | 72 |
| Precio promedio por afiliado de empresa más cara (en pesos) | 120 |
| Precio promedio por afiliado de empresa más barata (en pesos) | 40 |
| Cantidad de afiliados de empresa más grande | 200 000 |
| Cantidad de afiliados de empresa más chica | 1 500 |
| Porcentaje de afiliados directos (promedio del sector) | 65 |
| Porcentaje de afiliados por empresa (promedio del sector) | 35 |

Fuente: Bobrowsky y Lezzi Consultores.

CUADRO 9
LISTA DE EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA
POR NÚMERO DE AFILIADOS

| Empresa | Número de afiliados | Nivel socioeconómico | Sanatorios/clínicas propias |
|-----------------------|---------------------|----------------------|-------------------------------|
| AMSA | 240 000 | Medio/Medio bajo | Mitre-Agote |
| MEDICUS | 150 000 | Alto/Medio alto | Otamendi, Sanatorio Las Lomas |
| DOCTHOS | 100 000 | Medio alto/medio | Ninguno |
| TIM | 80 000 | Medio alto/medio | Clínica del Sol |
| CIM | 50 000 | Medio alto/medio | Maternidad Suizo/Argentina |
| OMINT/SKILI | 45 000 | Medio alto/medio | Trinidad |
| DIAGNOS | 45 000 | Medio alto/medio | Finocchietto |
| GALENO/VESALIO | 40 000 | Medio alto/medio | Trinidad-Jockey Club |
| ACCIÓN MÉDICA | 40 000 | Medio | Ninguno |
| LIFE | 32 000 | Medio alto/medio | Ninguno |
| MEDICORP | 30 000 | Medio/medio bajo | Ninguno |
| QUALITAS | 23 000 | Alto | Ninguno |
| SALUD | 20 000 | Medio alto/medio | Ninguno |
| Otras (200 compañías) | 1 272 000 | Medio alto/medio | Ninguno |
| Total | 2 160 000 | | |

Fuente: Towers Perrin/Marcu y Asociados.

CUADRO 10
 ÍNDICES DE INFLACIÓN DESDE LA CONVERTIBILIDAD (ABRIL DE 1991)
 (En porcentajes)

| Los 10 bienes que más subieron | | Los 10 bienes que menos subieron | |
|--------------------------------|-------|----------------------------------|-------|
| • Tomate | 229.2 | • Arroz | 3.0 |
| • Alquiler | 180.0 | • Harina de trigo | 0.6 |
| • Pan francés | 120.1 | • Aceite mezcla (común) | -2.6 |
| • Verduras | 115.2 | • Azúcar | -5.8 |
| • Espectáculos | 111.3 | • Jamón cocido | -6.1 |
| • Servicios para la salud | 110.2 | • Vestuario | -8.5 |
| • Peluquería | 107.5 | • Cerveza común | -18.0 |
| • Batata | 95.5 | • Café | -18.1 |
| • Colegios | 92.3 | • Gaseosa (1.5 lt.) | -33.7 |
| • Turismo | 87.5 | • Cebolla | -58.5 |
| • Nivel general | 37.0 | | |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

CUADRO 11
 BENEFICIARIOS DE OBRAS SOCIALES
 SEGÚN NATURALEZA DE LA INSTITUCIÓN
 Años 1990 a 1995

| Naturaleza de la obra social | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Sindicales | 7 099 792 | 7 319 024 | 7 585 003 | 8 031 908 | 6 699 849 | 9 508 330 |
| Estatales | 763 512 | 522 968 | 354 889 | 225 042 | 133 354 | 118 184 |
| Por convenio | 216 143 | 92 855 | 46 159 | 88 609 | 53 120 | 72 711 |
| Personal de dirección | 964 081 | 940 145 | 579 358 | 965 431 | 1 146 629 | 1 154 407 |
| Administración mixta (1) | 8 784 297 | 8 612 145 | 7 973 358 | 7 933 218 | 8 291 224 | 5 284 278 |
| Por adhesión (2) | 60 740 | 47 899 | 45 723 | 47 795 | 29 639 | 51 057 |
| Ley 21.476 (3) | 60 367 | 60 176 | 41 232 | 42 505 | 4 267 | 36 476 |
| De empresas (4) | 25 054 | 26 628 | 29 862 | 29 862 | 30 505 | 23 611 |
| Especiales (5) | | 4 467 | 4 572 | 4 821 | 6 175 | 7 249 |
| Agente seguro | | - | - | - | 6 646 | 14 357 |
| Total | 17 973 986 | 17 626 307 | 16 660 156 | 17 369 191 | 16 401 408 | 16 270 660 |

Fuente: Administración Nacional del Seguro de salud (ANSSA).

- (1) Creadas por ley y cuya conducción es ejercida por un organismo integrado por empresas del Estado, beneficiarios y empleadores.
- (2) Exceptuadas de la ley de obras sociales que no obstante se adhieren.
- (3) De empresas estatales creadas por una disposición especial (Atanor, Papel Misionero, etc.).
- (4) Se trata en realidad de una sola empresa.
- (5) Autorizadas a funcionar por cumplir con los requisitos de la nueva ley de obras sociales 23.660, art.1, inc. H.

CUADRO 12
MERCADO DE LA SALUD

| Prestadores | Cantidad de personas cubiertas | Gasto Anual (1) (millones de pesos) | Porcentaje de personas cubiertas | Porcentaje del gasto total anual | Gastos por beneficiario /año | Gastos por beneficiario /mes |
|-----------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Obras sociales sindicales | 15 800 000 | 3 150 | 45.3 | 27.5 | 199.4 | 16.6 |
| Obras sociales de personal de dirección | 950 000 | 800 | 2.7 | 6.9 | 842.1 | 70.2 |
| Empresas de medicina prepaga | 2 100 000 | 2 100 | 6.0 | 18.3 | 1 000.0 | 83.3 |
| INSSIP (PAMI) | 4 200 000 | 3 000 | 12.0 | 26.2 | 714.3 | 59.5 |
| Hospitales públicos | 11 800 000 | 2 400 | 33.9 | 20.9 | 203.4 | 16.9 |
| Total | 34 850 000 | 11 450 | 100.0 | 100.0 | 328.5 | 27.4 |

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSSES), Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSAL), Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, y Diagnos S.A.

(1) Incluye gastos administrativos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aizen, M. (1996), "Estados Unidos dice que es recomendable invertir en la Argentina", *Clarín*, Buenos Aires, 25 de julio.
- Ámbito Financiero* (1992), Buenos Aires, Editorial Amfin, 10 de enero.
- Apertura* (1996), "The Exxel Group", Buenos Aires, abril.
- Arce, H. y A. Roncoroni (1987). "Acerca del histórico fatalismo de los hospitales públicos", *Medicina y sociedad*, vol. 10, N° 1-2, Buenos Aires.
- (1984), "Hospitales públicos y obras sociales: una propuesta", *Medicina y sociedad*, vol. 7, N° 5, Buenos Aires.
- Arce, H. (1995a), "El papel del Estado en los procedimientos de evaluación de la calidad de la atención médica", *Medicina y sociedad*, vol. 18, N° 2, Buenos Aires.
- (1995b), "El factor 'calidad' como futuro regulador del sector salud", *Consultor de Salud*, N° 127, Buenos Aires.
- (1995c), "Editorial", *Revista del ITAES*, N° 1, Buenos Aires.
- (1994), "Funciones y responsabilidades del hospital público", Buenos Aires, inédito.
- (1993), *El territorio de las decisiones sanitarias*, Buenos Aires, Editorial H. Macchi.
- (1990), "Arancelamiento hospitalario; normas administrativas", *Medicina y sociedad*, vol. 13, N° 1-2, Buenos Aires.
- (1989a), "Política hospitalaria municipal. Secretaría Municipal de Calidad de Vida", Buenos Aires, inédito.
- (1989b), "Mejorar el hospital público para integrarlo al sistema", *Enfoques sobre seguridad social*, año 3, N° 15-16, Buenos Aires.
- (1989c), "La salud durante la crisis hiperinflacionaria. Informe a la Secretaría de Salud", Buenos Aires, junio, inédito.
- (1989d), "Consideraciones político-técnicas sobre la descentralización hospitalaria", Buenos Aires, Secretaría Municipal de Calidad de Vida.
- (1989e), "Naturaleza y perspectivas del Consejo Federal de Salud", COFESA, informe de la Secretaría Técnica, Buenos Aires.
- (1988), "Normas para la atención de patologías cuya cobertura es de responsabilidad patronal", *Obra Social de Gastrónomos*, Buenos Aires.
- (1985), "Inserción del hospital público en el sistema de seguridad social", *Auditoría Médica*, año 2, N° 3, Buenos Aires.
- Bermúdez, I. (1996a), "El gobierno fija nuevas reglas a las empresas de medicina prepaga", *Clarín*, Buenos Aires, 7 de junio.
- (1996b), "¿Cómo será el nuevo sistema de salud?", *Clarín económico*, Buenos Aires, 13 de octubre.

- (1995), "Seguro privado para cubrir los riesgos laborales", *Clarín económico*, Buenos Aires, 10 de diciembre.
- (1993), "El negocio de la salud, se avecina un cambio de mano", *Clarín económico*, Buenos Aires, 7 de febrero.
- Ceriotto L. (1996), "El capital extranjero se quedó ya con varias firmas líderes", *Clarín*, Buenos Aires, 13 de octubre.
- Clarín (1996a), "Se unen cinco obras sociales", Buenos Aires, 21 de octubre.
- (1996b), "El Exxel Group pagó 40 millones por una prepaga", Buenos Aires, 28 de agosto.
- (1996c), "Todman, al grupo Exxel", Buenos Aires, 25 de julio.
- (1996d), "El debut del nuevo sistema. Suplemento especial", Buenos Aires, 1 de abril.
- (1995), "Los brasileños en el negocio de las prepagas", *Clarín*, Buenos Aires, 24 de mayo.
- Comité Consultivo Permanente (1996), *Listado de enfermedades profesionales de la Ley 24557*, Buenos Aires, Editorial Luelca.
- Consejo Federal de Salud (1991), *Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud*, Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.
- Correa, R. (1996a), "El mercado espera la desregulación", *Nación, economía y negocios*, Buenos Aires, 29 de septiembre.
- (1996b), "La obra social docente se anota para competir", *Nación, economía y negocios*, Buenos Aires, 20 de octubre.
- Dal Bó, L. (1989), "Un nuevo modelo de efector público de salud", *Medicina y sociedad*, vol. 12, N° 5-6, Buenos Aires.
- Díaz Muñoz, A. (1991), "Procesos de privatización en el sector salud en Argentina", Buenos Aires, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), inédito.
- El Economista* (1992), "Salud, un negocio de 4.700 millones de dólares anuales", Buenos Aires, 19 de junio.
- Equisal S.A. (1996a), *Manual de funcionamiento*, Buenos Aires.
- (1996b), *Normas de facturación y pago a prestadores*, Buenos Aires.
- González, G. y otros (1989), "El gasto en salud y en medicamentos, Argentina, 1985", *Estudios CEDES*, Buenos Aires, Editorial Humanitas.
- Hapke, E. (1996), "Sin cobertura, la 'letra chica' de la medicina prepaga", *Noticias*, Buenos Aires, 3 de julio.
- (1995), "Prepagas, píldora salvadora", *Noticias*, Buenos Aires, 28 de mayo.
- INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) (1989), "Inserción del hospital público en la seguridad social", *Medicina y sociedad*, vol. 12, N° 1-2, Buenos Aires.
- (1985), "Anteproyecto de prestaciones básicas y coberturas esenciales de atención médica para obras sociales", Buenos Aires.
- Katz, J. y otros (1993), *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*, Buenos Aires, Editorial Fondo de Cultura Económica.

- Katz, J., H. Arce y A. Muñoz (1993), *El modelo organizacional vigente y sus orígenes histórico-institucionales*, Buenos Aires.
- Katz, J. y A. Muñoz (1989), "Hiperinflación y agravamiento de la crisis estructural del sector salud de la República Argentina", Buenos Aires, Oficina de la CEPAL en Buenos Aires
- Marracino, C. y otros (1984), *Las obras sociales y su intervención en las condiciones y medio ambiente del trabajo así como en las condiciones generales de vida*, Buenos Aires, Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS).
- Meaños, F. y C. Baulde (1996), "Mejor prevenir", *Noticias*, Buenos Aires, 17 de marzo.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1996), "El proyecto AR 0120. Relaciones diferenciales con otros proyectos con financiación externa en el sector salud", Buenos Aires, Unidad Ejecutora Central.
- (1994a), *Sistema para valorar el origen ocupacional en egresos hospitalarios*, Buenos Aires, Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Alimentación de los Servicios Sociales/Banco Mundial/ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PRONATASS/BIRF/PNUD), mayo.
- (1994b), *Normas de descentralización para establecimientos de salud*, Buenos Aires, Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Alimentación de los Servicios Sociales/Banco Mundial/ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (PRONATASS/BIRF/PNUD), noviembre.
- (1994c), *Instrumentos para el hospital público de autogestión*, Buenos Aires, Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Alimentación de los Servicios Sociales/Banco Mundial/ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (PRONATASS/BIRF/PNUD), noviembre.
- (1993), "Decreto 578/93. Hospitales públicos de autogestión", *Boletín oficial*, 1a. sección, Buenos Aires, 13 de abril.
- (1992), "Decreto 1269/92. Políticas sustantivas e instrumentales de la Secretaría de Salud", *Boletín oficial*, 1ª sección, Buenos Aires, 27 de julio.
- Ministerio del Interior (1996), *Informe mensual de progreso, marzo de 1996*, Buenos Aires, Programa de Saneamiento Financiero y Desarrollo Económico de las Provincias Argentinas.
- Moreno, E. (1991), "Algunos aspectos de política operativa de la Secretaría de Salud", Documento de trabajo, Buenos Aires, noviembre.
- Oviedo, C. (1991), "Antecedentes de la asistencia técnica y financiera de la Nación a las jurisdicciones. Informe a la Subsecretaría de Salud", Buenos Aires, agosto.
- Pérez, Alonso N. (1996), "Salud, en terapia intensiva", *Noticias*, Buenos Aires, 5 de marzo.
- Poder Ejecutivo Nacional (1991), "Proyecto de ley de presupuesto general de la Administración Nacional para el ejercicio 1992. Mensaje 1867", *Trámite parlamentario*, N° 95, Buenos Aires, 13 de noviembre.

- Prein, V. (1996), "La Ley de Riesgos del Trabajo", *El prestador*, N° 15, Buenos Aires.
- Roncoroni, A. (1995), "Señalan a las obras sociales como una de las causas de la crisis hospitalaria", *La Nación*, Buenos Aires, 23 de octubre.
- Superintendencia de Seguros de la Nación (1993), "Medicina prepaga. Proyecto de resolución", Buenos Aires.
- Tafaní, R. (1993), "Implicancias operativas de la autogestión", *Consultor de salud*, N° 70, Buenos Aires, agosto.
- Villalonga, J. (1996), "El caso Amil: management sano", *Noticias*, Buenos Aires, 8 de junio.