

SERVICIOS DE SALUD, SOLIDARIDAD Y MERCADO

APUNTES SOBRE EL CASO ARGENTINO

SUSANA BELMARTINO*

En nuestro país el sistema de servicios de salud se ha visto sometido a lo largo de la última década a un proceso de transformación profunda de sus formas organizativas y modalidades de financiación. En los últimos años se ha puesto en evidencia que las estrategias orientadas a la superación de la crisis financiera recurrente que caracterizó al sector a lo largo de los años ochenta no pueden evaluarse como recursos meramente coyunturales. Tales estrategias, especialmente las nuevas formas de contratación entre instituciones financiadoras y proveedores de servicios, estimularon una reformulación de las instituciones y, particularmente, de sus formas de vinculación, que pueden reconocerse en los niveles políticos, técnicos, y de gestión. Lo más significativo, sin embargo, es la forma como se están transformando las relaciones de poder en el interior del sector.

Pese a estar fuertemente modelado por condiciones locales, el fenómeno no se limita al espacio nacional. Bajo la denominación genérica de "Reforma de la Atención Médica" puede reconocerse en una amplísima gama de países en todo el mundo, desde Canadá y Suecia hasta Nigeria o Taiwán.

Este generalizado impulso transformador de los servicios de atención médica puede seguramente interpretarse como un componente más del proceso de *globalización*, más específicamente, del creciente compromiso de las agencias internacio-

* Investigadora del Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario. Profesora Titular de *Historia Argentina Siglo XX*, Facultad de Humanidades y Artes, y Directora de la Maestría en Salud Pública, Centro de Estudios Interdisciplinarios, UNR.

nales de carácter financiero o técnico en el saneamiento de la operatoria fiscal de los países en desarrollo, en particular en el campo de las políticas sociales.

De todos modos, se trata de un proceso complejo, que se inserta en una dinámica de cambios sociales más amplios y acumula ya dos décadas de debate. En efecto, durante los años 70 y 80 se hizo cada vez más evidente la crisis de los sistemas de servicios de salud establecidos en la segunda postguerra, que hasta ese momento habían sido considerados como organizaciones consolidadas, sólo susceptibles de mejora o ampliación. En muy diferentes escenarios, y en forma asociada a muy diferentes procesos políticos, se hizo evidente que el paso de los años había producido excesiva rigidez y una cierta cuota de burocratización en buena parte de tales sistemas, muchos de los cuales no habían logrado eludir tampoco convertirse en campo de disputa para intereses sectoriales.⁽¹⁾ En el terreno de las ciencias sociales la cuestión conforma uno de los componentes del análisis de la crisis de los "Estados de bienestar", cuya polifacética gama de referentes ideológicos y políticos ha sido sintetizada, entre otros, por Jürgen Habermas.⁽²⁾

En el terreno más específico de la organización y financiación de la atención médica, las dificultades existentes para el cumplimiento de las propuestas de universalización del bienestar se pusieron de manifiesto en un debate que alcanzó proyección ecuménica, comprometiendo a la totalidad del sector salud. La importancia otorgada al tema se vinculó con el generalizado incremento de los costos de los servicios y un creciente cuestionamiento por parte de ciertos sectores técnicos y académicos en relación a la oportunidad, calidad y eficacia de la atención prestada. La polémica se vio alimentada en el plano de las ideas por la difusión de las propuestas neoliberales y su énfasis en el mercado como regulador neutro de la actividad de individuos y grupos.

A comienzos de los años 80 el debate se instala con una muy fuerte divisoria de aguas entre quienes defendían la mayor eficiencia de la actividad privada y la conveniencia de reconocer derechos y responsabilidades individuales en la preservación de la salud, y aquéllos que seguían confiando en el Estado como organizador y gestor de atención médica y en la planificación como único mecanismo de asignación de recursos con capacidad de respetar valores de equidad socialmente sancionados.

En los primeros años de la década de 1990, sin embargo, se pone de manifiesto en la bibliografía especializada y en los documentos de los principales organismos internacionales un avance que se traduce en el reconocimiento de la complejidad de las cuestiones comprometidas, mientras se difunden las primeras evaluaciones de experiencias de reforma llevadas a cabo en muy diferentes países.⁽³⁾

Tomando como marco de referencia esa experiencia acumulada a nivel internacional, este artículo tiene como objetivo plantear algunas claves orientadas a analizar la situación del sector salud en Argentina, utilizando como referente los contenidos del debate público en torno a la reforma del sistema y diferentes proyectos de regulación de su operatoria dados a conocer en los últimos años.

Puntos nodales del debate a nivel internacional

La privatización de ciertos servicios sociales —incluidos los de atención médica— fue propuesta, en el debate de los años 80, como medio de incrementar eficiencia, tanto asignativa como técnica, en la financiación y provisión de servicios y ampliar las posibilidades de elección del consumidor. Los argumentos en favor de la privatización se centran frecuentemente en el potencial de mayor eficiencia propio de las empresas privadas, estimulado por la búsqueda de beneficio, la mayor autonomía otorgada a los administradores y la flexibilidad para ajustar precios según cambios en las condiciones de oferta y demanda. El argumento se extiende en relación a que la expansión del sector privado podrá generar recursos extra para salud y aliviar la carga de los ya muy presionados servicios públicos permitiéndoles orientar sus prioridades a la provisión de servicios para poblaciones vulnerables. Buena parte del peso de la propuesta descansa sobre las distorsiones introducidas en el sistema de servicios por interferencias de índole política y la incapacidad mostrada por los gobiernos para llevar a cabo sus propios objetivos de racionalización y universalización.

El Banco Mundial, en su publicación de 1987: *Health Financing: An Agenda for Reform*,⁽⁴⁾ enfatizaba la falta de logros y competencia de los gobiernos y recomendaba medidas políticas que transfirieran tanto las responsabilidades de provisión como las de financiamiento al sector no gubernamental. Proponía cuatro mecanismos principales: cobros al usuario en servicios gubernamentales, seguro, desregulación del sector privado, descentralización en el interior de los servicios gubernamentales.

Los defensores de la continuidad de una presencia significativa del Estado en la regulación y provisión de servicios de salud, por su parte, desarrollaron su argumentación poniendo de manifiesto características particulares de la atención médica (difícil delimitación del bien o servicio demandados, incertidumbre de la intervención, intereses conflictivos entre médico y paciente que convierten a los profesionales en agentes imperfectos del bienestar de su clientela) que definen un mercado de servicios sin las condiciones de competencia perfecta indispensables para el ejercicio de una elección informada por parte de los consumidores.⁽⁵⁾

La provisión de los servicios por intereses empresarios supondría, según esta perspectiva, mayores costos de administración, mayor desigualdad en el acceso a la atención, mayor posibilidad de intervenciones innecesarias o iatrogénicas, desarrollo injustificado de tecnología compleja insuficientemente evaluada.

Las responsabilidades fundamentales que los gobiernos no pueden declinar incluirían, por consiguiente, la definición de la política general de salud y del marco legal para la operatoria de financiamiento y provisión de atención médica pública y privada, el monitoreo de la performance del sistema en su totalidad, la garantía de los mecanismos de financiación y la capacitación del personal de salud.

Un observador sumamente crítico de la forma en que se ha desarrollado el debate en torno a la privatización y del marco doctrinario en el interior del cual se comenzaron a poner en marcha las políticas de reforma, señala el considerable dogmatismo que caracterizó tanto a los abogados de la reforma favorables al sector privado como a los defensores de la equidad, la justicia social y (a veces) el statu quo. La evidencia empírica habría sido desdeñada por los planificadores decididos a implementar los cambios; y los defensores del pragmatismo, la experimentación y el cambio incremental habrían sido caracterizados como obstruccionistas o reaccionarios.⁽⁶⁾

Como ya he señalado, en los últimos años las propuestas han dejado de mostrarse polarizadas en perspectivas antagónicas, se ha avanzado en la conceptualización del problema a partir de procesos de reforma en marcha, y sobre una base relativamente consensuada se ha llegado a elaborar una compleja agenda de cuestiones que requerirían mayor atención. Intentaré sintetizarlas en el próximo párrafo.

Problemas conceptuales y operativos

No sería posible presentar en este espacio una síntesis integradora de las formas organizativas actualmente en debate y experimentación, por consiguiente he optado por recuperar algunas de las cuestiones relevantes, tal como se presentan en la literatura especializada.

- Los cambios en proceso o propuestos suponen la introducción de una lógica de mercado, ya sea operando dentro del sector público o en un *mix* público/privado. Sería indispensable evaluar distintas experiencias en marcha a fin de conocer las ventajas y desventajas de cada enfoque.
- La referencia indiscriminada a "privatización" induce a errores conceptuales y operativos. Algunos esfuerzos hacia una mayor sistematización se han orientado a precisar el carácter público o privado de los diferentes componentes del sistema: el control, la propiedad, el beneficiario del servicio, el prestador del servicio, la fuente de financiación. Esta diferenciación se basa en el supuesto de resultados diferentes en la ecuación eficiencia/calidad según el componente privatizado.⁽⁷⁾
- Los cambios están dirigidos a incidir sobre la administración y destinados a mejorar su performance y eficiencia. Estos son medios para un fin, más que fines en sí mismos. Es necesario evaluar, aunque sea imperfectamente, el efecto de los cambios sobre los resultados de salud e instalar mecanismos permanentes de monitoreo de calidad de atención.
- La fragmentación y superposición de funciones y responsabilidades entre los diferentes niveles de servicios ha sido un problema de difícil solución hasta el

presente. Tradicionalmente se ha asociado una mayor integración con mayor eficiencia global del sistema, conforme al paradigma centralizador dominante hasta los años 70 y la generalizada aceptación de la planificación normativa. Es probable que las reformas en curso, que procuran una mayor eficiencia en las instituciones consideradas en forma individual, resulten en una mayor fragmentación y duplicación de servicios, haciendo necesario evaluar su impacto sobre el conjunto.

- Pese a los cuestionamientos de que ha sido objeto la planificación por su incapacidad para alcanzar sus propios objetivos es necesario evaluar si debe descartarse por completo su utilización o reformarse su operatoria. Las críticas se focalizan sobre la planificación normativa, basada la determinación centralizada de aspectos específicos a partir de supuestos preestablecidos, que son extrapolados desde el presente hacia el futuro en función de los objetivos propuestos y los recursos comprometidos. Es probable que las nuevas orientaciones de la planificación —estratégica, de situaciones, pensamiento estratégico— permitan una relación más directa entre el proceso de toma de decisiones y la acción resultante. La revalorización de esta actividad se vincula con el progresivo debilitamiento de la idea de competencia no limitada y el énfasis en la competencia “administrada” o “planificada”.⁽⁸⁾
- La propuesta de competencia “administrada” o “planificada” introduce cuestiones relativas a las modalidades y alcances de la regulación, entendida en sentido amplio de manera de incluir control directo en manos del Estado o las organizaciones de usuarios, desarrollo de estructuras de incentivos a través de mecanismos de pago y control de precios, monitoreo de cantidad y calidad de prestaciones brindadas tanto en el sector público como en el privado.
- Existe consenso generalizado en torno a la necesidad de disponer de personal calificado en gestión en número y calidad adecuados. También se enfatiza la necesaria interrelación entre la agenda de investigación en gestión y la correspondiente agenda de desarrollo.
- Es necesario precisar los contenidos de las propuestas de descentralización, que estarían orientadas tanto a facilitar la resolución de problemas locales, como a permitir una más flexible aproximación a las necesidades percibidas por los usuarios y dar respuesta a exigencias de eficiencia y responsabilidad.
- La cuestión de la equidad, que suele plantearse en términos normativos, podría abordarse operativamente como impacto de las transformaciones sobre las poblaciones vulnerables. Si incrementar las posibilidades de elección individual constituye uno de los objetivos de las reformas será necesario definir si esa capacidad de elección se ampliará también para los grupos menos favorecidos de la población. Una cuestión adicional de relativa importancia es el debate generado en torno a la conveniencia de implementar mecanismos de certificación de pobreza para el acceso a determinados servicios.⁽⁹⁾

- En forma independiente a consideraciones de equidad, es necesario encontrar un equilibrio adecuado entre la responsabilidad que corresponde a cada individuo en el cuidado de su salud y la responsabilidad del Estado en asegurar las condiciones para el ejercicio de ese derecho.

El difícil balance de las experiencias de reforma

La reforma de los servicios de salud en los países que han iniciado su implementación es también objeto de polémica y evaluaciones encontradas; sin embargo, el proceso ha dejado algunas enseñanzas valiosas y susceptibles de alguna generalización.

Sería necesario señalar, ante todo, que el movimiento de reforma no ha estado orientado por directivas más o menos uniformes. Las reformas se han fundado en una agenda común de problemas, pero las estrategias implementadas han variado sensiblemente de país en país, aumentando considerablemente la heterogeneidad preexistente en cuanto a la financiación y provisión de servicios de salud.

La evidencia empírica disponible para evaluar la aplicación de tales estrategias no permite formular conclusiones definitivas.

En primer lugar no resulta claro que el sector privado pueda ofrecer siempre servicios en forma más eficiente que el público. El motivo de lucro puede conducir a mejorar eficiencia y estimular mayor cortesía y relación personalizada con el consumidor. También puede producir alarmante sobreoferta de servicios y distorsiones en el recorte de costos. Por otra parte se ha señalado, sobre la base de experiencias concretas, que la competitividad es más importante que la propiedad para estimular eficiencia. Esto supone la posibilidad de introducir condiciones competitivas en el interior del sector público.

No existen formas de evaluar en términos generales las condiciones del *mix* adecuado de servicios públicos y privados, que debe ser decidido en cada caso particular. Factores tales como las características de los actuales sistemas de atención médica y las condiciones socioeconómicas de la población beneficiaria deben ser tomados en cuenta, ya que determinan la viabilidad de cambios potenciales en el *mix*.

Por otra parte, cada estrategia de reforma debe ser ponderada en el contexto en que se la aplica, ya que no hay garantías de que produzca los mismos efectos en un contexto diferente. Como ejemplo puede citarse la conclusión de un reciente grupo de estudio de O.M.S. dirigido a la evaluación de los cambios en financiamiento a partir de la introducción de cobros al usuario: "la experiencia sugiere que conducen a mayor uso de servicios de salud donde hay: incrementada disponibilidad de recursos esenciales a nivel de la institución; mayor responsabilidad del proveedor hacia la población; más alta calidad percibida; administración local de los recursos; y competitividad con los servicios de otros proveedores".⁽¹⁰⁾

La complejidad de los problemas que las reformas y proyectos de reforma han sacado a luz, lleva a un funcionario de la O.M.S. a afirmar que “tanto mercados como gobiernos carecen de la competencia para definir e implementar sistemas de salud equitativos y eficientes. Esto se debe a la intrínseca complejidad del mercado de atención médica y es consecuente a la sofisticada naturaleza de la información y capacidades para manejarlo”.⁽¹¹⁾

El “estado de la cuestión” en Argentina

Lo primero que se hace necesario señalar en relación a la situación de las reformas en Argentina es que por fuera o por encima de las transformaciones verificables a un nivel intermedio, *meso*, el proceso asume connotaciones políticas de nivel macro. Esto se debe, por un lado, a la asociación entre obras sociales y sindicatos, y por el otro, a las tensiones resultantes del traspaso a los gobiernos provinciales de las responsabilidades de gestión de los servicios del sector público. Es por todos conocido que las relaciones Estado/sindicatos y nación/provincias constituyen una parte significativa de las *asignaturas pendientes* del proceso de reforma del Estado en Argentina.

Lo que aquí interesa subrayar, sin embargo, es que las repercusiones públicas de este complejo proceso han estado por lo general connotadas por una fuerte polarización ideológica. Estado y mercado, solidaridad y responsabilidades individuales, socialdemocracia y neoliberalismo se suelen enfrentar en una polémica que no reconoce matices, ni permite la introducción de otras miradas, de una mayor problematización del área, de las bases para la construcción de nuevas alternativas políticas. La misma polarización reduccionista se verifica en los proyectos de reforma del sistema de servicios, que introduciré más adelante.

La indudable complejidad de las cuestiones asociadas a la reforma de la atención médica —en la medida en que las instituciones de ella resultantes deberán articular en el interior del sector salud las consecuencias sociales de la reconversión económica y las necesidades técnico-políticas de la reforma del Estado— resulta obturada por ese debate, que impide un análisis más sistemático de los términos del problema.

Las razones del enfrentamiento distan de ser transparentes y constituyen también una cuestión problematizable. Tentativamente podría delimitarse una arena de conflicto identificable en dos niveles: el primero, interior al sector, definido por la puja entre viejos y nuevos actores con presencia en el mismo, la presencia de una intrincada y todavía móvil red de alianzas, la difícil construcción de nuevas identidades para los liderazgos corporativos anteriormente hegemónicos. El segundo, relativamente desprendido de los intereses específicamente sectoriales, se define en el nivel político macro, y reconoce por un lado los conflictos ideológicos y clientelares en el interior del poder menemista, por el otro las

dificultades que enfrenta la oposición para definir una alternativa al "modelo económico y social" en gestación.

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

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

Su recuperación en este análisis tiene como objetivo ilustrar precisamente la importancia relativa del referente ideológico que se ofrece a la opinión pública como elemento constitutivo de opciones políticas. Enfatizando lo que el debate calla o desconoce intenta orientar la búsqueda de otros referentes analíticos que puedan dar mejor cuenta de las transformaciones en curso como alternativas de poder en el interior del sector salud.

La necesaria ampliación del objeto de análisis

A esta altura del planteo puede ser necesario adelantarse a posibles cuestionamientos a su recorte y contenido.

En lo relativo al primer aspecto, no cabe duda que el debate que reseñamos se orienta fundamentalmente hacia el diseño de instrumentos de intervención que serían aplicados a nivel *meso*, en el interior del sector salud y más específicamente en la reformulación del sistema de servicios. El recorte del problema es por consiguiente fundamentalmente técnico-organizativo y poco o ningún espacio se otorga a su articulación con otras cuestiones de política social de reconocido impacto en las condiciones sectoriales: trabajo, empleo, pobreza, asistencia, seguridad social, educación.

En lo relativo al contenido, puede plantearse el riesgo de reproducir actitudes del pasado, que ya han sido sometidas a críticas por demás fundadas. Ha sido en efecto una práctica reiterativa en las políticas de salud —no sólo en Argentina, sino en general en América Latina y buena parte del mundo en desarrollo— la adopción mecánica y acrítica de fórmulas organizativas dotadas de una fuerte impronta normativa, diseñadas, difundidas y promovidas por las agencias técnicas de nivel internacional, en particular OPS/OMS. Volver la mirada nuevamente hacia el cen-

tro en la búsqueda de opciones puede despertar legítimas sospechas de contumacia en el error.

Ambas cuestiones merecen una consideración más amplia, pero intentaré salvarlas a continuación, dentro de los límites autoimpuestos a este trabajo.

Veamos primero la posibilidad de ampliar relativamente el enfoque, sumando a la problemática de la organización del sistema de servicios algunas perspectivas críticas respecto a un posible agotamiento de los "Estados de bienestar" tal como se desarrollaron en la segunda postguerra.

En este caso cualquier posicionamiento será relativo o provisorio en función de la extensión y múltiples dimensiones del análisis contemporáneo referido al tema, que se desarrolla fundamentalmente en el interior de disciplinas como la teoría y la filosofía políticas. Intentaré cubrir el vacío en forma provisorio con una perspectiva más cercana a mi esfera de trabajo, que remite al carácter histórico de las funciones del Estado y los instrumentos diseñados para llevarlas a cabo. Utilizaré para ello tres aproximaciones al problema, relativamente recientes, que me ayudarán a problematizar el campo.

La primera de ellas es un texto de Pierre Rosanvallon, en el que el politólogo francés procura definir conceptual y políticamente lo que denomina la *nueva* cuestión social. (El énfasis es mío) Conforme a sus propias palabras, "el advenimiento de una nueva cuestión social se traduce en una inadaptación de los viejos métodos de gestión de lo social".⁽¹²⁾ Desde el mismo título de su obra Rosanvallon nos invita a "repensar" el Estado providencia, señalando que su crisis, diagnosticada desde fines de los años setenta, ha cambiando de naturaleza. Más allá de los problemas financieros y las disfunciones verificables en los aparatos, el principal cuestionamiento se orientaría en la actualidad sobre "los principios organizadores de la solidaridad y la concepción misma de los derechos sociales" que, en su opinión, han dejado de ofrecer un marco satisfactorio en el cual pensar la cuestión de los excluidos.

Hay un dato profundamente innovador en la lectura que hace Rosanvallon de esa crisis: el eje del análisis no se ubica en las falencias del Estado, en su tamaño, en sus desequilibrios, en la mayor o menor "oscuridad" de sus aparatos. La búsqueda de respuestas obliga a poner en primer plano los cambios producidos en la sociedad y la consiguiente necesidad de nuevos mecanismos destinados a asegurar su cohesión, reducir los niveles de incertidumbre, proporcionar nuevos contenidos a los principios de justicia y solidaridad.

Habría cambiado la idea unificadora de riesgo social, que proporcionara fundamento al *paradigma asegurador* propio del Estado providencia en su versión francesa. Se otorga un nuevo énfasis a la idea de responsabilidad individual, tanto en su acepción de culpa como en la identificación de comportamientos personales potencialmente autodestructivos, o en la vertiente positiva de un llamado a los individuos a hacerse cargo de sí mismos. Mientras la inseguridad económica conserva su carácter dominante, aparecen nuevas formas de inseguridad social a las

que es necesario procurar respuesta: delincuencia urbana, rupturas familiares, deterioro ambiental.

Comienzan a hacerse visibles las nuevas necesidades emergentes de la revolución demográfica. Nuevas formas de representación social reemplazan los mecanismos paritarios de concertación entre capital y trabajo, acompañando el progresivo debilitamiento del sindicalismo. La recuperación de nuevas formas de pensar lo social, la redefinición de las necesidades de una sociedad sometida a profundas convulsiones transformadoras, constituye en el pensamiento de Rosanvallon el paso previo a la definición de alternativas posibles para la reconstrucción de lo político.

Una segunda perspectiva, dotada también de fuerte significación histórica, surge de la lectura que nos brinda Claus Offe de las políticas sociales de Alemania Occidental desde mediados de los años setenta.⁽¹³⁾ Reproduciendo en otros términos y en relación a un cuerpo específico de instituciones la perspectiva utilizada por Rosanvallon, Offe analiza la fortaleza y continuidad histórica del sistema alemán de seguridad social como “un signo de rigidez institucional”, que obstaculizaría tanto su capacidad de generar consenso como su eficacia para adaptarse a las nuevas condiciones del mercado de trabajo y los consiguientes cambios verificados en las relaciones laborales.

“En este sentido —afirma— el Estado de Bienestar alemán se puede considerar como la víctima presente de su éxito pasado; su perfecta adaptación a situaciones y metas pasadas impide su adaptación a la situación actual. Su... ‘capacitada incapacidad para aprender’ se ha convertido en un serio obstáculo para el adecuado reconocimiento y resolución de los problemas actuales y para la necesaria generación de confianza, acatamiento y apoyo”.⁽¹⁴⁾

Nuevamente, en la lectura de Offe, el Estado debe volver a adecuar su respuesta para satisfacer nuevas necesidades sociales. La falta de flexibilidad institucional para adaptarse a una sociedad sometida a cambios en su ordenamiento social y económico se verifica en la proporción de la población efectivamente protegida, las consecuencias alienantes y destructoras para las formas de solidaridad que supone la relación entre el sistema y sus beneficiarios, y la incapacidad demostrada para alterar las condiciones de producción en una dirección progresista. Aunque Offe no utiliza estos conceptos, una síntesis posible de su argumento es que el sistema dejó de responder a expectativas universalistas para ingresar en una lógica corporativa.

En otra dimensión de análisis y abriendo una posibilidad de síntesis, un artículo reciente de Esping-Andersen recupera parte de las conclusiones del proyecto UNRISD sobre *El Futuro del Welfare State*. Esta mirada más amplia sobre diferentes regiones del planeta registra diferencias de partida en el momento de emergencia de la crisis, diferencias de enfoque en las estrategias conducentes a superarlas, también diferencias de resultados. La reflexión integradora, sin embargo, se formula nuevamente en términos históricos: ya no están vigentes las premisas que

orientaron la construcción de los *welfare states*, tanto en sus versiones plenas como aquéllas que quedaron a mitad camino del proyecto de universalización del bienestar.

El registro de cambios coincide en general con el ofrecido por Rosanvallon y Offe. Dejó de ser posible el crecimiento no inflacionario inducido por la demanda en el interior de un único país; la ampliación del empleo se radica en los servicios antes que en la industria; la población envejece rápidamente; la familia convencional, dependiente del proveedor masculino, está en declinación; el ciclo de vida está cambiando y diversificándose; y estas modificaciones estructurales “desafían el pensamiento tradicional sobre la política social”.⁽¹⁵⁾

Lejos de cualquier reduccionismo simplificador, Esping-Andersen reconoce tanto factores “exógenos” como “endógenos” en los problemas que conmueven las estructuras del bienestar. Entre los últimos señala las transformaciones del ordenamiento social que legitimó sus principios constitutivos: los ideales de universalismo e igualdad estarían siendo reemplazados por necesidades y expectativas más heterogéneas. Fragmentación social y particularismos locales o nacionales estimulan la aplicación de beneficios selectivos y la definición de prioridades en ámbitos más circunscriptos de intervención estatal.

Las conclusiones del análisis reproducen los términos del debate que hemos reseñado sobre la reforma de la atención médica: estrategias diferentes, resultados que es necesario evaluar conforme al escenario en que se producen, pluralidad de enfoques, acopio de alternativas, cada una de ellas legítima en las condiciones del respectivo contexto. También en este terreno todo debate polarizado en términos ideológicos resulta excluido por la riqueza de la experiencia acumulada.

El descrédito de las fórmulas prescriptivas

La crisis no sólo puso en cuestionamiento las lecturas totalizadoras de lo social, también ha colocado en revisión el sesgo normativo que caracterizó al sanitarismo en las últimas seis o siete décadas. Aunque la fijación de metas o el diseño de “imágenes objetivo” conserve todavía gran predicamento entre un porcentaje importante de los técnicos del sector salud, pocos se atreven a defender la existencia de un camino único o una forma organizativa ideal con mayores posibilidades de alcanzar la vigencia de los valores así definidos.

También se registran nuevas orientaciones en la vertiente analítica preocupada por el diagnóstico macro, orientado a precisar las condiciones socio-políticas de emergencia y consolidación de los diferentes sistemas de servicios. En este espacio de reflexión ha comenzado a abandonarse la perspectiva que podríamos llamar “estructural-latinoamericanista”, preocupada por proporcionar una lectura homogenizadora en la evolución de las políticas sectoriales de la región.

El énfasis en las similitudes y el descuido de las diferencias que caracterizó la mayor parte de la producción en el campo de las ciencias sociales aplicadas a salud en las últimas décadas respondió a dos orientaciones teóricas diferentes en su enfoque y conclusiones. Por un lado, la lectura marxista o estructuralista, fundamentó su análisis sobre de una doble función asignada a las políticas sociales: la reproducción de la fuerza de trabajo y la legitimación del sistema político. Por el otro, la perspectiva desarrollista, que ubicó en el "Estado Cepaliano", la instancia de racionalidad modernizante, supuestamente encargada de superar la anarquía, desorden y resabios de tradición y arcaísmo propios de las sociedades en desarrollo a través de la aplicación sistemática del conocimiento científico.

Los análisis contemporáneos se asientan sobre perspectivas diferentes. En primer lugar, enfatizan el estudio de los "casos" nacionales, definiendo parámetros para realizar análisis comparativos⁽¹⁶⁾ precisando y sistematizando los criterios utilizados para definir regiones.⁽¹⁷⁾ En segundo término, el énfasis se ha desplazado desde la consideración de la forma y funciones del Estado hacia una preocupación por las modalidades que asumen en diferentes contextos nacionales las *relaciones* entre Estado y sociedad, entendidas en tanto *construcciones sociales*, es decir resultantes de procesos históricos.

Tanto los estudios de caso nacionales como los análisis comparativos otorgan un espacio particular a las formas político-institucionales de representación de intereses y construcción del consenso político, cuando se trata de precisar los factores explicativos de las modalidades particulares que asumen en cada contexto las políticas sociales. Los procesos de formulación y aplicación de políticas han dejado de considerarse como productores de instancias racionalizadoras y se analizan como resultantes de, a la vez que oportunidad para, la construcción de relaciones de poder entre los actores significativos del respectivo sector.

El caso argentino

Los presupuestos conceptuales del análisis

En los últimos años mi trabajo de investigación se ha orientado fundamentalmente a la reconstrucción de los procesos históricos que pautaron la evolución del sector salud en Argentina. En el interior de tales procesos he intentado recuperar una dinámica de actores, que me permita dar cuenta de la formulación/reformulación de las relaciones de poder propias del sector, a partir de los acuerdos, alianzas, enfrentamientos y conflictos que los vinculan y, en particular, a partir de las identidades que construyen en función de la cohesión y legitimación de los intereses que representan.

El concepto de actor, por consiguiente, tiene un lugar muy importante en la construcción de mi objeto de trabajo. Para no incurrir en ambigüedades debo

señalar que en su formulación pretendo, en primer lugar, diferenciar mi enfoque de la tendencia relativamente generalizada a identificar como actor a cualquier institución o agente económico; en segundo término, rechazar la también usual identificación del Estado como actor, sin consideración previa de sus condiciones de unidad, coherencia y capacidad de intervención.

Procurando una delimitación positiva del concepto, acuerdo en considerar como actores “aquellos individuos o grupos que ocupan una posición estratégica en el sistema de decisiones y que responden, en el proceso de formación de políticas, por las funciones de articulación del campo cognitivo y del campo de poder. En tanto mediadores son quienes definen los temas de debate y el marco intelectual en el cual se desarrollan las negociaciones, alianzas y conflictos que sustentan la toma de decisiones”.⁽¹⁸⁾

Una perspectiva relacional aplicada a la identificación de actores conduce a la necesidad de delimitar también las relaciones más o menos estables que los vinculan en función de sus posicionamientos en el interior del sector salud. Para caracterizar tales relaciones en determinados períodos históricos, cuando se estabilizan hasta alcanzar eficacia regulatoria sobre las instituciones y prácticas sectoriales, utilizo la idea de *pacto*.

Aquí se hace necesario también introducir algunas aclaraciones conceptuales. En efecto, la idea de pacto puede analizarse en diferentes niveles. En el más inmediato, de captación empírica directa, el pacto supone un compromiso, explícito o implícito, en el que cada uno de los actores hace algún tipo de concesión a lo que considera sus intereses legítimos, como prenda para la perduración de relaciones sociales fundamentales que son precisamente las que le permiten efectivizar tales intereses. En este primer nivel de lectura el pacto es siempre una transacción y la estabilidad obtenida dependerá de la voluntad de cada uno de los actores comprometidos de mantener el compromiso adquirido, o de la incidencia de alguna nueva fuerza —un nuevo actor— que procure alterar en su beneficio el equilibrio de poder existente, construir una nueva hegemonía.

Sin embargo, hay un segundo nivel de lectura, indispensable para comprender el proceso histórico de emergencia, desarrollo y agotamiento de los grandes modelos de organización social. Para ello es necesario tener en cuenta que los más estables entre estos pactos descansan sobre un conjunto de relaciones que no dependen directamente de la voluntad de los actores que los suscriben, sino que se asientan sobre concepciones, valores, representaciones, constricciones, identidades, construidas a través de procesos históricos de mediano o largo plazo. La solidez o estabilidad del pacto, por consiguiente, no depende exclusivamente de la voluntad, disposición, o condición hegemónica de los actores comprometidos, sino también de su adecuación con las bases económicas, políticas e ideológicas que constituyen la trama de relaciones fundamentales propias de un modelo de organización social.

El pacto sancionado en el interior de un sector de la práctica social se funda sobre una adecuación a las condiciones particulares del sector de esa trama de relaciones sociales, que es histórica y por lo tanto contingente. Es a su agotamiento, a su reformulación a través de complejas transiciones, a lo que se refieren Rosanvallon, Offe y Esping-Andersen cuando hablan de la transformación/agotamiento/reformulación de un determinado orden social en el que se basaron las políticas de bienestar desarrolladas en la segunda postguerra.

Esta idea de *pacto* me ha resultado sumamente útil para describir la situación interna al sector salud en la Argentina de los años 70, momento de plena vigencia de un modelo organizativo y de financiación de la seguridad social médica que asocio con lo que he caracterizado como un *pacto corporativo*. Ese pacto, o conjunto de relaciones vinculantes que representaban la distribución de poder en el interior del sector, se había conformado muy lentamente en los años 50/60 entre las grandes corporaciones con interés en el área, y fortalecido a fines de los sesenta, al amparo de la muy débil capacidad regulatoria de las dos instancias estatales con jurisdicción en salud: la Secretaría de Salud Pública y la Secretaría de Seguridad Social, ambas coexistiendo en el Ministerio de Bienestar Social creado a partir de 1966.⁽¹⁹⁾

Ese pacto, ese esquema de poder, el particular modelo de organización y financiación de la atención médica que respondió a esa configuración de los intereses sectoriales, es lo que hoy se encuentra en crisis y en proceso de reformulación.

Debate y proyectos de reforma

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

Más tarde, a medida que las relaciones de poder en el interior del sector se transformaban, estimuladas por la parálisis, indiferencia, o acuerdo tácito de las instituciones del Estado, se hizo evidente un proceso de fragmentación de las identidades corporativas, y las posiciones se fueron matizando.

Las políticas de desregulación se aplicaron en el sector salud al igual que en el resto de la actividad económica. Pero el nuevo ordenamiento institucional destina-

do a re-regular las relaciones sectoriales, a consagrar la formalización del nuevo *pacto*, pese a haber cristalizado en diferentes propuestas de ley y alcanzado principios de aplicación en algunos decretos, no logra el consenso necesario para ser sancionado. La corporación sindical, fragmentada, debilitada, desacreditada ante la opinión pública, ha debido abandonar buena parte de los espacios de poder que controlaba en el interior del sistema político (bancas en el Parlamento, lugares clave en el aparato ejecutivo), pero sigue manteniendo su capacidad de negociación en relación a las obras sociales.

Aun cuando sus dirigentes han aceptado y en algunos casos estimulado la vigencia de nuevas reglas de juego en la negociación de los contratos con las instituciones médicas, reglas que suponen una nueva fragmentación del vínculo solidario, una mayor estratificación del derecho a la cobertura, y un mayor peso de las condiciones de oferta y demanda en el acceso a la atención por parte de sus beneficiarios, han conseguido al mismo tiempo mantener en sus manos el control de los recursos del sistema y la distribución de beneficiarios según el sector laboral de pertenencia.

Los proyectos de reforma sectorial se han orientado en su totalidad a destruir o conservar el vínculo que asocia a la obra social con determinado sindicato. En el debate actual, la referencia a solidaridad o mercado expresa esa polarización, síntesis de un enfrentamiento político que desborda los límites del sector. Todos los proyectos de reforma, sin excepción, se centran en ese vínculo, para unos síntesis de viejas distorsiones que es indispensable superar, para otros patrimonio legítimo de la clase obrera, expresión de conquistas obtenidas frente a la indiferencia u hostilidad del aparato estatal.

Dada la conformación del mapa político argentino, no resulta extraño que el centro de la reforma del sistema de seguridad social médica se ubique en la relación sindicato/obra social. Hay algo sin embargo, que merece alguna atención adicional: si bien todos los proyectos se enfrentan en torno a ese eje, ninguno va más allá.

Para presentar el problema con algún detalle analizaré brevemente algunas de las propuestas de reforma que más impactaron en el debate sectorial. Ateniéndome al orden cronológico, el primer proyecto a considerar queda relativamente fuera de la puja interna al sector y es el único que, además de retirar a los sindicatos el control de las obras sociales introduce algunos contenidos sustantivos de reordenamiento del sistema de servicios de atención médica.

En efecto, uno de los primeros proyectos que propuso una reforma en profundidad del sistema se conoció en 1990 a través de un documento del Banco Mundial,⁽²⁰⁾ sin contar con el respaldo explícito de ninguno de los actores con presencia en el sector. El esquema propuesto no podría vincularse linealmente con la propuesta liberal/mercado/privatista, ya que introduce un fuerte componente de intervención estatal, a la vez que supone un cambio drástico en las reglas de juego.

La reforma propuesta se asociaba de alguna manera con las políticas de focalización, privatización y descentralización que conformaban la estrategia del

Banco, formando parte de lo que se conoció como ofensiva neoliberal. Sin embargo, lejos de confiar en el exclusivo desarrollo de mecanismos de mercado suponía una profundización del compromiso organizador y regulador de los Estados, en este caso provinciales. Asegurada por esta regulación, la libre competencia entre prestadores en un mercado con recursos homogéneos para la cobertura de la totalidad de la población se planteaba como condición que aseguraría la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios. De cumplirse las previsiones del proyecto, el mercado de atención médica se definiría a nivel provincial y estaría fuertemente regulado en lo relativo a acreditación de establecimientos, normatización de los servicios del primer nivel de atención, control de calidad y oportunidad de las prestaciones, control de costos para los medicamentos básicos o esenciales, y aplicación de sistemas modernos de gerencia y administración.

Proponía además la federalización de los programas de salud, la coordinación de todos los servicios, y una concentración de las acciones en las familias con mayor riesgo epidemiológico y en las zonas con mayores necesidades.

No tengo espacio aquí para seguir detallando la propuesta, que careció de apoyo a nivel oficial y mereció uno de los últimos acuerdos públicos de los miembros del ya declinante pacto corporativo, estrechamente unidos en su repudio.

A partir de 1991 comienzan a conocerse los proyectos de factura local que, tal como anticipé, tuvieron como preocupación prioritaria la destrucción o fortalecimiento —conforme a qué posición en el conflicto estuvieran destinados a apuntalar— del vínculo obras sociales/sindicatos.

En agosto 1991, la 7ª Convención de la Asociación de Bancos Argentinos, reunida en Buenos Aires, dedica buena parte de sus deliberaciones al tratamiento de la reorganización de los Sistemas de Seguridad Social y, muy en particular, a un proyecto de reorganización del sistema de atención médica presentado por la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL).⁽²¹⁾

La propuesta de FIEL se inspira en el sistema de salud chileno, organizando una estratificación de los beneficiarios conforme su capacidad de solventar los costos del sistema. En tal sentido, propone una diferenciación en tres áreas, según el mecanismo de financiación:

La primera, denominada Programa Nacional de Salud se financiaría con contribuciones fiscales, tendría como beneficiarios a jubilados y pensionados, indigentes, discapacitados, enfermos mentales y crónicos. Las entidades encargadas de brindar cobertura serían seleccionadas mediante licitaciones periódicas.

En segundo lugar, el Sistema de Seguro de Salud se encargaría de la cobertura de los trabajadores en relación de dependencia y autónomos, con su respectivo grupo familiar primario. Se financiaría con desembolsos individuales y contribuciones patronales y de los trabajadores en función de las remuneraciones. Los aportes sobre los salarios integrarían un Fondo de Seguro, redistribuido a través de bonos entre todos los beneficiarios, con un valor variable según el riesgo de enfermedad que se adjudicara a cada individuo. Los beneficiarios tendrían libertad para elegir

el ente asegurador, que fijaría las cuotas de los distintos planes y categorías de riesgo.

Por último, el subsector de Entidades Privadas estaría compuesto por instituciones orientadas a captar demandas espontáneas, no sujetas a ningún tipo de regulación económica.

En febrero de 1992 se incorpora al debate un proyecto enviado al Congreso por el Poder Ejecutivo Nacional. El mismo se inscribe en el éxito del programa de convertibilidad y la opinión generalizadamente favorable de la ciudadanía respecto a la gestión del Ministro Cavallo. Su texto se origina en colaboradores cercanos a la gestión ministerial, ya que se elabora en la Secretaría de Coordinación Técnica y Administrativa del Ministerio de Economía.

Pese a salir del riñón mismo de la estrategia privatizadora el proyecto avanza notablemente sobre el *statu quo* en función de la base solidaria que propone para la asignación de los recursos de la seguridad social médica. Crea la Organización Solidaria de Atención Médica (OSAM), que estaría encargada de garantizar que las prestaciones médicas de la seguridad social se brinden bajo los principios de "solidaridad, eficiencia y libertad de elección del ente financiador". Mantiene la obligación de los aportes y contribuciones de los trabajadores y empleadores regulado por la ley 23.660, pero retira el control de las obras sociales sobre tales recursos y crea un fondo financiero único sumando a los aportes laborales los recursos aportados por el Estado para la atención de desocupados y carenciados y la contribución de los adherentes voluntarios. El total de la recaudación así obtenida sería dividido por la cantidad de beneficiarios, llegando por ese medio a una suma por beneficiario denominada CUPAM (Cuota Parte dineraria de Atención Médica).

Conforme al articulado del proyecto, cada titular de una CUPAM era libre de elegir el Ente Prestatario de su preferencia que, a partir de esa elección, recibiría el aporte correspondiente al beneficiario, por sí y su grupo familiar. En carácter de Entes Prestatarios se incorporaban al sistema en primer lugar las obras sociales anteriormente reguladas por las Leyes 23.660 y 23.661, y a posteriori, en forma voluntaria, las obras sociales provinciales y municipales, los sistemas privados de medicina pre-paga, asociaciones de prestadores, entidades mutuales, mandatarias y otras empresas.

La filosofía del proyecto se basa en la idea de que la libre elección de los beneficiarios estimularía a las obras sociales que estuvieran en condiciones de sanear su administración a mantener y reforzar su presencia en el sistema. La necesidad de competir induciría el ajuste de la relación entre prestatarias y prestadores en un régimen basado en la libertad de contratación.

La estrategia de la CGT, a su vez, consistió fundamentalmente en negociar con el gobierno diferentes alternativas de adecuación de las obras sociales: reducción de su número, racionalización de sus finanzas, control del gasto administrativo, actualización del registro de beneficiarios y cotizaciones. Recién a comienzos de

1995 la central obrera da a publicidad una propuesta conducente a superar una situación que, según sus propios términos, “resiente la eficacia en la asignación de recursos solidarios de financiamiento”.

Tras ese objetivo, las obras sociales redimensionarían sus estructuras administrativas y procurarían optimizar la afectación de recursos para asegurar el nivel de atención y efectividad requeridos por la población beneficiaria. Se adoptaría un Programa Médico Obligatorio, orientado a garantizar a la totalidad de la población cubierta por el sistema el acceso igualitario a un listado de prestaciones médico-asistenciales y farmacéuticas. Las entidades cuyos recursos fueran insuficientes para garantizar la efectivización de dicho Programa podrían recibir apoyo financiero de la ANSSAL (organismo regulador del sistema según la ley 23.660), que cubriría la diferencia entre el monto promedio de aportes y contribuciones correspondientes a la obra social en cuestión y el costo de las respectivas prestaciones.

Las obras sociales no podrán ampliar su capacidad instalada, garantizando por consiguiente que la demanda de nuevos servicios se canalizará hacia la capacidad instalada existente.⁽²²⁾

El proyecto refuerza, por consiguiente, la base solidaria del sistema, pero mantiene el número de entidades y preserva la vinculación contractual con el sector privado. El dato más relevante es la insuficiente definición de una operatoria que haga viable la función redistributiva de la ANSSAL.

La “verdadera” reforma en curso

La somera presentación de algunos de los proyectos de reforma sectorial sólo tiene como objetivo prestar alguna base empírica al argumento que quiero desarrollar aquí: aunque el debate ideológico se apoya sobre la oposición solidaridad/mercado, una observación desapasionada de la cuestión permite restar entidad a ese antagonismo. En efecto, solidaridad y mercado, fueron elementos relativamente presentes en el sistema de servicios respaldado por el pacto corporativo, y están presentes también, bajo diferentes modalidades organizativas y con diferente peso en el equilibrio de poder resultante, en todos los proyectos de reforma en discusión. Podría hablarse de la existencia, no de un antagonismo sino de una *tensión* entre solidaridad y mercado, que se resuelve de modo diferente según el balance de fuerzas predominante en cada momento histórico.

¿En dónde radica entonces la peculiaridad de este momento? ¿Puede acaso adjudicarse a la relación sindicatos/obras sociales responsabilidad sobre la débil institucionalización de la seguridad social médica?

No parece ser ese el caso. No podemos equiparar el caso argentino con la situación europea de sindicatos fuertes que comparten con empleadores y Estado el control de sistemas de seguridad social largamente eficaces, y rechazan cualquier reforma de sus bases organizativas que los adecue a las nuevas condiciones del

mercado de trabajo. No se trata aquí de la confrontación entre “incluidos” y “excluidos” que señala Esping-Andersen como uno de los rasgos característicos de la crisis del Estado de bienestar en la Europa Continental.

Por el contrario, el sistema de seguridad social médica controlado por los sindicatos en Argentina tiene como característica —además de su ineficiencia financiera, su solidaridad fragmentada y su clientelismo— la exclusión progresiva de aquellos beneficiarios que no pueden hacer frente a los pagos exigidos en el momento de acceder a la atención (insumos, ticket moderadores o plus). Esta situación que hace diez años podía considerarse como accidental o transitoria, hoy transforma al sector más débil de la población beneficiaria en concurrente habitual a los servicios del sector público. Puede concluirse, entonces, que el sistema ha creado sus propios “excluidos”.

La principal cuestión radica, en mi opinión, en los cambios en la regulación del modelo. Más precisamente en la fuente de regulación y en los instrumentos utilizados para normatizar técnica y financieramente las prácticas conducentes a la prestación de beneficios.

Tradicional y jurídicamente, la principal fuente de regulación de las políticas sociales es el Estado a través de alguno de sus aparatos: Salud, Bienestar Social, Acción Social, u otros. En lo relativo a seguridad social médica ya he señalado (y justificado ampliamente en otros trabajos) la muy débil capacidad reguladora del Estado argentino en el período de la conformación y vigencia del pacto corporativo. Bajo ese modelo organizativo la principal fuente de regulación estaba en manos de las obras sociales y las corporaciones de prestadores.

Las primeras ejercían su capacidad regulatoria a través del manejo de los recursos financieros: contratos con prestadores, porcentaje de los recursos totales destinado a atención médica, participación en la determinación de aranceles o capacidad de presión sobre la respectiva instancia estatal cuando no funcionaba el mecanismo paritario, fijación de co-seguros, falta total de control sobre las prestaciones ofrecidas en términos de cantidad, calidad, oportunidad o resultados, falta total de control sobre las condiciones de capacidad instalada de los servicios contratados.

Las corporaciones de profesionales y los grandes sanatorios que en Capital Federal firmaban contratos directos con las obras sociales controlaban instrumentos reguladores aun más importantes: el primero de ellos el monopolio de oferta de servicios que las corporaciones y grandes empresas médicas habían establecido en la totalidad del territorio nacional; disponían además del control de los contratos con las obras sociales, habían conseguido el acatamiento disciplinado de los profesionales a cambio del aprovechamiento de una sustancial fuente de trabajo y manejaban el más significativo instrumento de asignación de recursos financieros en el interior de la práctica médica: el nomenclador de prestaciones, que establecía los valores correspondientes a cada uno de los servicios prestados por el sistema y

paulatinamente se convirtió en el principal regulador de la expansión de las especialidades y la incorporación de tecnología.

Ese marco regulatorio cambió radicalmente en los últimos años, cuando la crisis financiera de las obras sociales obligó a los profesionales y sanatorios a asumir parte de los riesgos derivados de la contratación de servicios abandonando la modalidad de pago por prestación y aceptando la generalización de los contratos capitados. La misma crisis puso de relieve el sobredimensionamiento de la oferta de servicios en relación a los recursos en juego, y a partir de ese momento estimuló la competencia entre proveedores provocando la ruptura del anterior oligopolio de oferta.

A partir de ese momento, la principal capacidad regulatoria pasó a manos de las múltiples formas de intermediación —de muy diferente base institucional y capacidad de oferta— que comenzaron a controlar los contratos que vinculaban profesionales y sanatorios con las obras sociales.

Son estas organizaciones intermediadoras —redes, en la jerga del sector— las que utilizan las nuevas tecnologías de control de gestión —control de costos, control de calidad, control de necesidad y oportunidad de las prestaciones— que en manos de instancias reguladoras estatales o de organizaciones de beneficiarios (o consumidores) podrían garantizar una más eficiente utilización de los recursos del sistema para dar respuesta a las necesidades de sus beneficiarios.

Es esta, a mi juicio, la más efectiva *privatización* producida en el interior del sistema de seguridad social médica. El control de gestión de los servicios de atención médica, anteriormente embrionario en su formalización técnica, no utilizado por el Estado ni por las corporaciones que tenían el control en su período de mayor prosperidad, constituye la principal herramienta adoptada en diferentes escenarios internacionales para controlar el desequilibrio financiero y tratar de asegurar la difícil ecuación entre eficiencia y calidad. En Argentina, las tecnologías que permiten su aplicación forman parte del arsenal utilizado por las redes intermediadoras para garantizar que la provisión de servicios no supere el nivel de recursos disponible para su financiamiento, de modo que el riesgo implícito en los contratos con las obras sociales —ahora a su cargo— no afecte la solvencia del sistema ni sus expectativas de beneficio.

Reflexión final

El análisis de los sistemas de salud, en tanto se los aborde como concreción de opciones políticas, no puede desvincularse de los procesos de transformación del Estado y redefinición de sus relaciones con los diferentes sectores que conforman la sociedad civil. El eje conceptual de ese análisis en la presente coyuntura debería integrarse, por consiguiente, con el desarrollo de las nuevas modalidades de articulación entre Estado y sociedad.

Esa nueva articulación es producto, fundamentalmente, de la situación de crisis por la que atraviesan nuestras economías desde mediados de los años setenta y las diferentes estrategias de readecuación de las instituciones económicas, sociales y políticas ante su impacto. Sin embargo, si queremos comenzar a explicar el proceso de transformaciones que afecta los servicios de salud en nuestro medio, no bastará el análisis de la crisis y las medidas tomadas para superarla, ya que la implantación de tales políticas no se produce en un vacío de poder.

Los cambios producidos, fundamentalmente por el impacto de la crisis financiera y la problemática redefinición del rol del Estado, se desarrollan en el interior de un sistema de servicios que es portador de una historia, de actores constituidos en el curso de esa historia, de relaciones de poder que los vinculan entre sí y con la aparente o real función de intermediación cumplida por el aparato estatal.

Tales actores, y las relaciones más o menos pacíficas o conflictivas que los vinculan, operan sobre un conjunto de reglas y recursos organizados institucionalmente y por lo tanto también relativamente poco permeables a cambios de magnitud.

En consecuencia, el análisis de las actuales políticas de salud en Argentina debería dar cuenta de la compleja dinámica derivada de la confluencia entre procesos de diferente naturaleza, que se desarrollan con ritmos propios y en escenarios específicos. La única pretensión de este trabajo es contribuir a delimitar ese escenario.

NOTAS

(1) Pan American Health Organization/World Health Organization, *New Directions in Managing Health Care*, Health Policies Development Program, Washington D.C., 1992.

(2) J. Habermas, "La crisis del Estado de bienestar y el agotamiento de las energías utópicas", en *Ensayos Políticos*, Península, Barcelona, 1987.

(3) Pan American Health Organization/ World Health Organization, *The Public Private Mix in National Health Systems and the Role of Ministries of Health*, Health Policies Development Program, Washington D.C. 1991.

(4) World Bank, *Financing Health Service in Developing Countries: An Agenda for Reform*, Washington D.C., World Bank, 1991.

(5) A.P. Contandriopoulos & de G. Pourville, *Entre constructivisme et libéralisme; La recherche d'une troisième voie*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montreal, Faculté de Médecine, 1991.

(6) A.L. Creese, *Public and private mix and competence in health care systems*, Division of Strengthening of Health Services W.H.O. Ginebra, 1993.

(7) OPS/OMS. Instituto de Desarrollo Económico. Banco Mundial, *Seminario sobre la participación público/privada en el sector salud: organización, prestación y financiamiento de los servicios de salud en América Latina*, San José, Costa Rica, 17-21 de agosto de 1992.

- (8) Panamerican Helath Organization/ World Health Organization, *New Directions in Managing Health Care...*, op. cit.
- (9) N. Birdsall, "Thoughts on Good Health and Good Government", en *Daedalus*, 118: 89-123, 1989.
- (10) Citado por A.L. Creese, *Public and Private Mix...*, op. cit., pág. 21.
- (11) Idem, pág. 1.
- (12) P. Rosanvallon, *La nueva cuestión social. Repensar el Estado providencia*, Manantial, Buenos Aires, 1995, pág. 7.
- (13) C. Offe, "Estado de Bienestar y cambios estructurales: el caso alemán", en J. Benedicto & F. Reinares, *Las transformaciones de lo político*, Alianza Editorial, Madrid, 1992.
- (14) Idem, pág. 77.
- (15) G. Esping-Andersen, "O futuro do *Welfare State* na nova ordem mundial", en *Lua Nova*, N° 35: 73-111, 1995, pág. 73.
- (16) Un buen ejemplo, ilustrativo a la vez de las posibilidades contenidas en este nuevo enfoque, es el Simposio realizado en el seno de la OCDE y dedicado a la comparación de los sistemas europeos vs. el norteamericano: "Symposium: International comparisons of health care systems", In: *Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency*, OECD, París, 1990, págs. 57-118.
- (17) Es muy ilustrativa al respecto la referencia a la forma en que se delimitaron las regiones bajo estudio, acompañada por el señalamiento de que fue imposible incluir el caso inglés en alguna de ellas. G. Esping-Andersen, "El futuro del *Welfare State...*", op. cit.
- (18) Se trata de una definición original de Pierre Muller que tomo de una cita de E.E. Merhy, *La Salud Pública como Política*, Hucitec, San Pablo, 1992, pág. 46.
- (19) He desarrollado este tema en "Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo", en *Desarrollo Económico*, N° 137:83-103, abril-junio 1995; y con mayor extensión y acopio de información empírica en los capítulos 4 y 5 de: Susana Belmartino & Carlos Bloch, *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985*, OPS/OMS, Buenos Aires, 1994.
- (20) Banco Mundial, 1990, *Proyecto de Salud y Análisis de los Sectores* Buenos Aires, 1990, mimeo.
- (21) Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas, *El Sistema de Obras Sociales en Argentina. Diagnóstico y Propuesta de Reforma*, Asociación de Bancos Argentinos, 7ª Convención de Bancos Privados Nacionales, Buenos Aires, agosto de 1991, mimeo.
- (22) ANSSAL, CGT, *Proyecto de decreto de obras sociales*, febrero de 1995, mimeo.