

Revista

APORTES

*para el Estado y la
Administración Gubernamental*

IDAS Y VUELTAS EN LA (DES) REGULACIÓN DEL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES EN ARGENTINA

Mario R. Rovere(*)

reconstrucción histórica

El sistema de Obras Sociales en la Argentina puede ser considerado un producto característico de la construcción durante la década de los 60/70 de lo que podemos denominar *Estado de Bienestar Incompleto*; incompleto si consideramos, entre otros rasgos, que a diferencia de los modelos europeos que lo inspiraron, en la Argentina las coberturas nunca llegaron a universalizarse y que el sistema careció y carece de un verdadero seguro de desempleo.

Sustentado en la lógica del pacto social que subyace a todo modelo de Estado de Bienestar, el Sistema de Obras Sociales se estructuró en el país a partir de un acuerdo que a fines de los '60 establecieron la CGT y la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) y que motorizaron los gobiernos de facto que se sucedieron desde el golpe de Onganía.

El contexto de debilidad de las instituciones representativas, inestabilidad de los gobiernos, fortalecimiento de la presencia de intereses corporativos en el interior del aparato estatal y la consiguiente fragmentación de sus decisiones, permitió la emergencia de la alianza entre las grandes corporaciones profesionales y el movimiento sindical que se ha caracterizado en términos de *pacto corporativo*.

La consolidación de ese pacto fue favorecido por las leyes (en realidad decretos-ley) 18.610/70 y 19.710/71, que otorgan reconocimiento jurídico a las relaciones de poder constituidas en el interior del sector y definen las modalidades de organización y financiación de los servicios de atención médica que prevalecerán en las dos décadas siguientes (Belmartino y Bloch, 1998).

El producto directo de la generación de los nuevos mecanismos fue la elaboración de un sistema de cobertura de gastos de atención médica que en su apogeo llegó a cubrir un elevado porcentaje de la población del país, sustentado por un lado en la alta proporción histórica de trabajadores asalariados, -que se mantiene hasta comienzo de los '90-, en que el sistema incluye la cobertura de los grupos familiares y por el otro en la cobertura especial brindada a jubilados, pensionados y sus familias tras la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados INSSPJyP, conocido popularmente por el nombre de su exitoso Programa de Atención Médica Integral (PAMI).

El acuerdo consolidado por estos decretos-ley llevaba implícitas cláusulas que hoy hubieramos denominado ganador-ganador y que incluían una clara separación de tareas entre los entes financiadores (las Obras Sociales) y los prestadores (el sector privado). Acuerdo que en términos generales se respetó con escasas excepciones, como el caso de ferroviarios o algunos policlínicos en grandes ciudades como el de Bancarios, PAMI en Rosario, o el policlínico docente.

Las ventajas fueron obvias: para el sector sindical quedaba consagrado por Ley un mecanismo sistemático con contribuciones forzosas de empleados y empleadores. Si bien durante los gobiernos militares las Obras Sociales fueron sistemáticamente intervenidas, aún bajo esas circunstancias, las fluidas y sistemáticas conexiones entre gremios y Obras Sociales contribuyeron sin lugar a dudas a la consolidación del poder sindical -con ciertos rasgos de organización paraestatal que aún persiste- en la Argentina, a despecho de las sospechas de un uso discrecional de parte de estos recursos.

En la experiencia internacional, el aporte estatal está implícito en los pactos sociales tripartitos Capital-Trabajo-Estado, pero éste nunca apareció en nuestro caso; aunque es posible argumentar que la enorme estructura de subsidios indirectos que el Hospital público le hizo (y continúa haciendole) al sistema cuando atiende sin cargo o con cargos incobrables a la población afiliada, superó con creces el aporte que le hubiera correspondido hacer al Estado.

El sistema de financiamiento fue organizado predominantemente bajo la lógica de pago por prestación (a excepción del PAMI), y su impacto a largo plazo sobre el sector prestador puede deducirse a través del crecimiento de la infraestructura privada en los siguientes 25 años: entre 1969 y 1995 las camas del sector privado crecieron un 123 %; mientras que en el mismo período las camas del sector público decrecieron un 14 %.

La regulación de las prestaciones se realizó a través de un nomenclador nacional que introdujo a su vez sus propias distorsiones y al que se responsabiliza en parte -combinado con distintas oleadas de promoción y desregulación- de las importaciones acrílicas

de tecnología médica que generaron una marcada distorsión en el mercado prestador por la sobreoferta de este factor. Distorsión que se en la última década se profundizó como consecuencia de la globalización económica.

Entre 1973 y 1975 se verificó el último intento de universalizar la atención a través de la oferta: la promoción de sistemas únicos o integrados de iniciativa nacional o provincial con un aumento de la calidad y la cobertura de los servicios, y la promoción de contratos profesionales con dedicación exclusiva que instalaron entre el sector público y el privado una fuerte disputa que, entre otras cosas, incluía lógicamente al financiamiento.

En 1984, en plena recuperación democrática y en un intento de modificar en parte aquel pacto corporativo, se propone generar un mecanismo que permitiera avanzar hacia la obtención de un seguro universal de salud, ya que la mera extensión de la cobertura, a través de la reducción de superposiciones e intermediaciones onerosas y un aporte adicional del Estado, permitía avizorar como viable este anhelo histórico del sector.

Curiosamente, la aún vigente pero nunca reglamentada Ley del Seguro de Salud no se ha plasmado en la práctica por la férrea resistencia de los actores involucrados, algunos de los cuales facilitarían en los 90 el debilitamiento del sector.

Mientras tanto, un actor inesperado empezaba a subir a escena: las prepagas que ingresan al mercado de la Salud buscando un lugar bajo el sol, explotando y expandiendo los segmentos que ya habían comenzado a explorar las Obras Sociales del personal de conducción, verdaderas pioneras en la ruptura de la solidaridad del sistema.

A partir de 1991 Argentina comienza a cambiar drásticamente su rumbo económico, lo que genera una serie de consecuencias, muchas de las cuales tienen efectos catastróficos, sobre el mercado de trabajo y reducen dramáticamente la viabilidad de contar con un seguro universal.

En efecto, nunca antes se había hecho tanto en tan poco tiempo para destruir el empleo en Argentina, fenómeno que alcanza su apogeo en las mediciones de 1995 y que los últimos datos no alcanzan a revertir.

Evidentemente, la mortífera combinación del aumento de los costos directos e indirectos de la atención con la reducción de la masa total de aportantes (desempleados y subempleados o empleados en negro), la reducción de aportes patronales, la sistemática destrucción del PAMI y otras estrategias, fue minando el sistema y creando las condiciones para que desde 1996 se instale con fuerza el debate sobre desregulación.

Ya entonces se observaba un cierto conflicto entre sectores del Estado: Economía acusaba a Salud de negociar una apertura incompleta y explicitaba abiertamente la necesidad, no sólo de desregular para permitir la entrada de las prepagas al mercado de la seguridad social, sino la de generar una reserva de mercado atractiva para la inversión internacional.

La disputa entre el entonces ministro de Economía Domingo Cavallo y la CGT, que a esa altura ya había quedado involucrada con su silencio y pasividad en la caída del empleo y en la destrucción del aparato productivo, se zanjó aparentemente a favor de la CGT porque el -por entonces también- superministro perdió su última pulseada cuando, ya debilitado, se vio obligado a renunciar.

Sin embargo el Caballo de Troya ya estaba adentro. A través de créditos específicos del Banco Mundial, orientados a modernizar la gestión, se comenzó a comprar voluntades en el mundo gremial y se generaron las condiciones para la aceptación del decreto de libre elección de Obras Sociales. Entre medio se escondió otro fenómeno que, sin embargo, no podía pasar inadvertido: más de 60 Obras Sociales, algunas de ellas verdaderos sellos de goma cerraron acuerdos con diferentes prepagas que establecieron un mecanismo informal de presencia del capital privado en el sector, sin ninguno de los riesgos ni responsabilidades que supondría su entrada formal al sistema.

A ello debe agregarse la aceleración del efecto "descreme"--esta analogía hace referencia a los mecanismos para seleccionar a los mejores aportantes-, que profundizó los diferentes mecanismos usados para invertir la solidaridad en el sistema.

En diciembre del 2000, el diputado nacional Jesús Rodríguez escribía en *Clarín*: "La reforma de 1997, que permitió el pase de Obra Social mostró que la puja se estableció para captar la 'crema' de los afiliados, porción que asegura baja morosidad y buen financiamiento. *En resumen las obras sociales no pudieron escapar a la lógica mercantilista*".

Vale la pena mencionar que, a pesar de las diferentes perspectivas y grados de transparencia, muchos sindicatos jugaron un papel sumamente importante en defensa de la salud y forzaron una salida negociada, y que en muchos casos las propuestas de algunas Obras Sociales comenzaron a captar nuevos afiliados ofreciendo ventajas sustanciales en la cobertura y calidad de la atención.

Por otro lado, cualquier descripción del período sería incompleta si no incluyera la compleja y desigual resistencia para evitar la privatización del PAMI que, aunque orientada por los mismos principios, planteaba una complejidad política e institucional diferente.

Breve caracterización del sistema de salud en Argentina

Es habitual que se caracterice un sistema de salud desde la perspectiva del sistema financiador o desde la perspectiva del modelo

prestador; pero con frecuencia, estas descripciones corren el riesgo de conectar estas estructuras de manera muy laxa o mecánica. Es muy limitado imaginar que la Seguridad Social o el financiamiento operan como la variable independiente y el modelo prestador como la dependiente; es decir, dadas ciertas modificaciones en A (Seguridad Social) se producen tales o cuales efectos en B. Este modo de razonar induce reflexiones conductistas que han acompañado durante bastante tiempo al sector. Por ejemplo, esas fórmulas sobresimplificadas: *financie usted por prestación y generará sobreprestación, financie usted por cápita y generará subprestación.*

Este tipo de reglas generales es bastante simple; pero, en la práctica, las relaciones contractuales resultan mucho más complejas. En este sentido es mejor proponernos una reflexión más *coreográfica*: los prestadores reciben señales de los financiadores; éstos, a su vez, reciben señales de los prestadores y todo, de algún modo, genera una *danza* entre actores que se influyen entre sí y que además reciben la influencia de otros actores o factores que envían sus propias señales.

Podríamos caracterizar la naturaleza del sector para conocer los principales ejes de transformación que se plantean. Especialmente cuando el sector tiene hoy la sensación de estar signado por una especie de destino inexorable: el sector va hacia algún lugar y todo es cuestión de saber cuánto más rápido o más lento, puesto que se sabe que va en un determinado sentido. Particularmente, querría cuestionar esto. Creo que el futuro está un poco más abierto de lo que imaginan quienes hoy piensan la transformación de las Obras Sociales.

En Argentina, el sector salud se caracteriza por tres grandes rasgos: *la fragmentación, la sobreoferta y la exclusión.* De las tres dimensiones, la que genera mayor preocupación en una lógica de reconversión propia de una perspectiva económica, es la *sobreoferta*. Naturalmente, si uno fuera más fundamentalista y pensara que finalmente las dinámicas propias de la economía pueden resolver este tema, podría preguntarse ¿Por qué un sector puede ponerse en sobreoferta? ¿Acaso el mercado no ha dado las señales suficientes, o no ha producido los castigos necesarios como para impedir que se estructurara la sobreoferta?

En realidad este sector puede colocarse en sobreoferta porque puede estructurarse sobre la base de un gasto total expansivo. Es decir, el mercado no sanciona la sobreoferta, o no la sanciona de la misma manera que en otros sectores. En Argentina esto se evidencia claramente porque uno de los sectores más inflacionarios ha sido el sector salud, muy llamativo cuando la inflación global es cero.

Una primera actitud autoflagelante de nuestro sector es pensar que toda expansión del gasto es naturalmente mala, hay mensajes del tipo *podríamos hacer mucho más con lo que tenemos*; sin ninguna duda, pero tampoco es seguro que necesitemos menos dinero, como podría ser la segunda parte de este mensaje. Entonces, no quiero sumarme a la idea de que todo incremento del gasto en el sector salud es espúreo, pero sí es evidente que el gasto en salud está en expansión en todo el mundo y esto genera una estimulación para la sobreoferta en las condiciones del modelo actual. Hay algunos factores que están más en sobreoferta que otros: por ejemplo, la sobreoferta de recursos humanos. Ésta es absolutamente central para un sector que, a pesar del impacto tecnológico, brinda servicios de personas para personas y en el cual la innovación tecnológica no es sustitutiva de los recursos humanos (en realidad la presión de la tecnología incrementa la cantidad, calidad, diversidad y complejidad de recursos humanos; es decir, a la inversa de otros sectores que al tecnologizarse reducen recursos humanos, en el sector salud la norma es, a más tecnología más recursos humanos).

La respuesta al fenómeno de la alta demanda por ingresar a carreras de salud debe también incluir una concepción sistémica, ya que es necesario comprender que, a pesar de la degradación de las condiciones de trabajo del sector, todavía hoy las carreras de salud ofrecen una probabilidad de trabajar en lo que uno se ha formado superior a la que exhiben otras carreras universitarias.

La *sobreoferta* genera una *sobreprestación* que no siempre es inocua y que incluso puede resultar perjudicial para la salud. Desde esta perspectiva, la sobreoferta es un verdadero problema. Podemos señalar dos formas de abordar este modelo de sobreoferta:

- Tratando de racionalizar o de intervenir de algún modo sobre las señales en el mercado o sobre el mismo modelo.
- Generando mecanismos para cambiar el modelo prestador de base. Con esta segunda alternativa se vinculan algunas de las reformas, que incluso los países centrales están llevando a cabo, que es la estructuración de la atención por pisos o por niveles.

Nos referimos aquí a una cierta *estrategia de primarización del sector*, que no sólo es llevada adelante, como en los '70, por el sector público sino también por el sector privado. Es decir, por la generación de una red de base que está reduciendo en varios países centrales el peso relativo del hospital dentro del total del sistema de atención, desarrollando tecnología que se está instalando en el primer nivel de atención asociada a un incremento de capacidades resolutivas, de tal manera que este primer nivel de atención deje de ser una especie de aspiradora o puerta de entrada al sistema, para transformarse en un nivel resolutivo de cobertura geográfica.

Este nivel resolutivo se vincula en la Argentina con un tema polémico, pero que en otros países se ha abordado con más intensidad y escala, que es el problema de los *profesionales generalistas* (digo profesionales porque en algunos países no sólo hay médicos generalistas, sino también enfermeras generalistas, psicólogos que atienden primer nivel, etc.; es decir, equipos de salud de naturaleza generalista en la base del sistema). Esta puede ser una solución bastante interesante para países que pasaron un cierto nivel de sobreoferta de recursos humanos y que están dispuestos a aprovechar y absorber hasta el doble de profesionales mediante la aplicación de un sistema de doble capa (una capa de primer nivel y otra de nivel ulterior).

Es decir, si tenemos *sobreoferta* y al mismo tiempo *exclusión*, sería bastante razonable un modelo que, al mismo tiempo, pudiera aliviar la presión de la sobreoferta y reducir la exclusión, sobre todo si consideramos que éticamente la exclusión en sobreoferta es más grave aún que la exclusión cuando no se cuenta con recursos suficientes.

Además, como mencionamos, el sistema muestra un grado de *fragmentación* sin precedentes. Afirmar hoy que el sector salud presenta tres subsectores (público, privado y seguridad social) es una absoluta sobresimplificación. Cuando decimos público estamos describiendo servicios y redes prestacionales nacionales, provinciales, municipales, universitarias y de las fuerzas de seguridad; cuando decimos obras sociales debemos considerar una enorme cantidad de instituciones nacionales y provinciales, muchas creadas por legislaciones específicas de diferente naturaleza, tamaño y cobertura; cuando decimos privado debemos pensar en servicios, redes prestacionales laxas, instituciones financiadoras corporativas, prepagas, Obras sociales de personal de conducción, ARTs, etc. Aun en el caso que esta descripción fuera muy extensa habría que agregar la deslimitación de los subsectores. Servicios privados en hospitales públicos, hospitales públicos con planes prepagos, obras sociales que son puerta de entrada de prepagas, etc.

Teniendo en cuenta esto, es necesario pensar en una propuesta que rearme la solidaridad desde una perspectiva múltiple. En Argentina existe la tendencia a imaginar que sólo la Seguridad Social puede hacer coherente un sistema de salud. El pensamiento sanitario argentino ha tendido progresivamente a considerar la salud pública como sinónimo de economía de la salud, cuando en realidad ésta es sólo una de las dimensiones de la salud pública. En realidad este sistema hay que amarrarlo por todos lados, no sólo del lado del financiamiento, sino por otros muchos mecanismos que tienen que ver con la lógica de las *redes prestacionales*. La idea de redes puede significar una invitación a articularse desde muchos lugares: articular el sector público, el privado y el sector financiador. En este sentido, esta idea tiene la ventaja de no ser territorial, las redes no ponen límites, cuando empiezan a articularse no hay límites y esto puede facilitar la reducción de las inequidades de carácter geográfico en nuestro país.

Es cierto que hay necesidad de nuevos modelos de gestión en el sector prestador, pero es necesario dar un salto muy grande, sobre todo por el riesgo de que en algunos lugares estemos modernizando con tecnología de gestión antigua. Estamos formando nuevos gestores en el sector salud con la tecnología de los '70 o los '80 en el mejor de los casos. *¿Cómo haremos para modernizar a los modernizadores?*, cuando los mismos modernizadores están atrapados en un modelo de gestión antigua. Hoy día, modelos de gestión de calidad centrada en el usuario, modelo de gestión de redes, modelos de grupos autoguidados, modelos de cultura emprendedora, modelos de organizaciones abiertas al aprendizaje, modelo de empoderamiento de los usuarios y los trabajadores, son modelos que circulan libremente, como innovación en el sector administrativo, pero que no circulan en la formación de nuestros recursos humanos, en el desarrollo de modelos de gestión para los servicios de salud.

Existe una sensación de inexorabilidad, producto de la presencia fuerte y casi excluyente en la última década de un actor nuevo en la arquitectura del rediseño del sector salud: el *Banco Mundial*. No es cuestión de plantear una posición en favor o en contra, sino tratar de decodificar cómo se construyen las representaciones o las imágenes de los expertos del Banco Mundial. En términos generales, los expertos no son homogéneos como grupo, son movilizados desde distintos países considerados países trazadores o países piloto. Para América Latina estos países son Chile y Colombia, dos países que tienen serios problemas con la estructura propositiva que han instalado a instancias del Banco Mundial, y que hoy intentan salir de los elementos más fundamentalistas de esas propuestas. El modelo extremo produce que, al final, todo la estructura financiadora se desplace hacia el lado del *financiamiento de la demanda*.

En sus expresiones extremas, el financiamiento de la demanda es un concepto altamente complicado. No resiste un análisis ni siquiera desde la perspectiva macroeconómica; desde esta perspectiva significa literalmente que las personas tienen plata en el bolsillo pero al mismo tiempo no les cuesta nada; es decir, tienen plata en el bolsillo y la pueden dispendiar o gastar en cualquier cosa. Porque en la práctica no es plata sino una especie de *dólar sanitario*, que -al no ser convertible- se gasta en salud o no se gasta en nada. En consecuencia, el usuario del sector salud, que frecuentemente no sabe lo que compra ni tiene control de cómo usa su dólar sanitario, tenderá a ponerlo en el lugar donde le señalen que le conviene ponerlo. En este sentido, tras analizar seriamente cuál ha sido el principal factor inflacionario de la salud en los Estados Unidos, los economistas coinciden en responsabilizar al subsidio a la demanda.

En la práctica, resulta temerario apostar al mercado y a la competencia como únicas herramientas para mejorar un sistema. En general, las experiencias son negativas. En cambio, la idea de *coopetencia* (coopera mientras compite), posibilita armar redes y estructurar mecanismos de vinculación; porque los conceptos de cooperación y competencia no se excluyen entre sí, sino que se complementan. Cualquiera que participe en la reconfiguración de un sistema tiene que lograr equilibrar estos dos conceptos, de lo contrario la pura competencia termina destruyendo las partes.

La reconstrucción de la solidaridad en el sector salud en Argentina tiene que progresivamente ir hablando más y más del poder del usuario. El usuario es el gran ausente de las reformas y éste está creciendo en términos de su capacidad, de sus opciones, de su entendimiento, de su desconfianza – de la reducción de la confianza automática en el prestador, de manera tal que entra a la prestación con un supuesto de desconfianza–. Este crecimiento del poder relativo del usuario requiere un nuevo vínculo entre los usuarios y el personal de salud. Este vínculo está en crisis y creo que debe redefinirse sobre la base de una nueva confianza que permita a la gente sentir que los profesionales de salud son los principales abogados de la salud de la población. Para ello, hay que redefinir el poder del contrato entre financiadores y prestadores.

Un sistema financiador que desde hace treinta años sostiene a un sistema de servicio de salud que empeora es, evidentemente, co-responsable de la calidad de esos servicios. Todos los modelos de calidad proponen cambiar los vínculos hacia la cooperación en la lógica financiador-proveedor. Para ello hay que revisar el poder de la auditoría y de los mecanismos de control, tratando de

desplazarse desde la auditoría de fallas y errores hacia la cooperación en calidad, además de marcar más claramente la lógica del poder del Estado para trabajar sobre las reglas de juego.

El tema de las reglas de juego y la regulación es absolutamente vital en nuestro sector. No se trata de la idea de constreñir o limitar. Hay mecanismos de regulación democrática con participación de las partes: no significa que el Estado dice a los demás lo que tienen que hacer sino que abre una mesa para poder fijar, acordar, concertar, etc. Pero cuando no se trabaja con reglas de juego, y esto quiero dejarlo bien claro, no sólo se perjudican los usuarios, también se perjudican las partes, ningún inversor serio entra a un mercado que no tiene reglas de juego claras.

Un intento de desregulación que venía a regular

Por lo cercano de la experiencia, resulta inevitable referirse al frustrado (o postergado) intento de desregulación por decreto que durante su primer año de gestión pretendió concretar el gobierno de la Alianza.

La paradoja implícita en este decreto es quizás lo más difícil de explicar, pero se evidenció en el 2000 con la absoluta reticencia del sector de las prepagas para entrar al sistema. Esto puede traducirse como falta de estímulos suficientes en el régimen propuesto. Sin embargo, la lectura más generalizada interpretaba que las prepagas no necesitaban entrar formalmente al sector porque estaban informalmente dentro de él y que esa informalidad les evitaba acatar las reglas de juego (PMO incluido) y someterse al control de la Superintendencia de Servicios de Salud.

El decreto de desregulación firmado ese año por el entonces vicepresidente de la Nación cambió el eje del debate en el país. En aquellos momentos, las encuestas mostraban que un elevado porcentaje de los consultados compartía las expectativas de la desregulación del sistema, aunque muchos de ellos decían que no cambiarían de Obra Social. Esta aparente contradicción puede explicarse si se piensa que el usuario percibía que tendría más poder -es decir, opciones- y que razonablemente podía esperar que la desregulación estimulara una mejora en la calidad de su propia Obra Social.

Vale la pena recordar que en el Ministerio de Economía se crearon expectativas -en parte exageradas- respecto a la desregulación, las que llevaron a la cartera a imaginar que por esa vía se generaría un flujo de capitales y de inversiones similares a las producidas por las AFJP en los '90.

Efectos benéficos que se prevenían sobre el sistema (*)

- Aumentaba la recaudación total del sistema a través de la nueva conformación del Fondo Social de Reserva.
- Mejoraba la situación financiera de casi 120 Obras Sociales al garantizar un piso de 20 \$ por afiliado.
- Incorporaba cincuenta millones de pesos anuales provenientes de la recaudación del IVA aplicado a las empresas de medicina prepaga, reinvertiendo ese impuesto en el mismo sector.

Aspectos negativos o a perfeccionar

- El sistema a implementar requería incorporar mecanismos que evitaran el efecto de selección adversa y permitiera compartir los riesgos.

Al respecto se prevenía como necesario incluir elementos ampliatorios en el sistema que permitieran:

- Evitar mediante mecanismos de estímulos y desestímulos económicos o extraeconómicos la tendencia a la selección adversa (conocida en el ambiente como *descreme*) que termine concentrando los aportantes fuertes en un extremo y los usuarios frecuentes en el otro.
- Establecer metas progresivas de calidad de atención y mecanismos de evaluación externa de satisfacción de los afiliados, a efectos de garantizar que la desregulación se incluya en un movimiento por la mejora de los servicios de salud en Argentina.
- Establecer un mecanismo de liquidación progresiva de la deuda contraída en los últimos años con el subsector.
- Incluir medidas que permitieran democratizar las Obras Sociales, creando mecanismos para la participación activa de los afiliados, incluyendo a los afiliados por opción y extendiendo estas medidas a las instituciones que se sumaran al sistema.
- Establecer mecanismos de transparencia que garantizaran que la relación financiadores-prestadores de servicios se sustentase exclusivamente en criterios de cobertura, calidad y precio.
- Establecer mecanismos y estímulos más contundentes de *responsabilidad de cartera*, incluyendo la adecuada cobertura de prestaciones preventivas según criterios de edad, género, rama de ocupación etc.

Los debates pendientes

La asignatura pendiente del modelo es, sin duda, la universalidad. Mientras se inyecta más recursos a un sistema que beneficia a 10 millones de argentinos, entre 13.5 y 14 millones de argentinos están afuera del sistema de cobertura.

La clásica argumentación sobre la supuesta cobertura por parte del subsector público empieza a ponerse en duda, ya que el mismo no ha crecido en los últimos 10 años en forma proporcional al aumento de su población demandante y existen signos evidentes de desborde de este sector, sin contar que el grueso de las reformas se orientó más a obtener formas de recaudación por la atención a afiliados de las Obras Sociales que a extender la cobertura y garantizar el acceso a los sectores más desposeídos de nuestra sociedad.

En este sentido, existe un conjunto de mecanismos de desestímulo que condena hoy a los sectores indigentes a la falta de atención o a atenciones primarias precarizadas (centros de salud, guardias desequipadas) y sin acceso a servicios más complejos (muchas veces tercerizados) del mismo sector público.

En consecuencia, parecía que desregulábamos para regular. Lo que falta, es un impostergable debate que incluya a esta reforma en el contexto de la universalidad.

Una nueva vuelta de tuerca

A partir de la crisis de marzo y la incorporación de Cavallo al gobierno, la derogación del Decreto de desregulación aparece como un factor de distensión. Este decreto, no sólo había cosechado numerosas presentaciones judiciales en su contra y formaba parte del conflicto gobierno-gremios, sino que carecía de atractivos para inversores nacionales y empresas prepagas.

La aparición de Cavallo fue una llamada de alerta para el sector, que decidió postergar su histórico nivel de disputa interno, no sólo por recordar sus antecedentes del 96/97, sino también porque los recientes documentos de las Fundaciones que apoyan al ministro generan la impresión de que en su cartera existe una propuesta para el sector.

Por su parte, el virtual corte de la cadena de pagos y un retraso sustantivo en los cobros, a modo de amenaza extendida ha generado en el sector una coalición sin precedentes entre diferentes cámaras, federaciones y entes prestadores, la que expresa públicamente sus preocupaciones y ha instalado algo parecido a un alerta general.

A modo de conclusión

El sistema de salud de la Argentina en general y el sistema de Obras Sociales en particular como uno de sus ejes fundamentales, han acumulado una enorme cantidad de inadecuaciones y han sufrido reformas parciales, incompletas, fruto del interjuego de actores con diferentes propuestas e intereses.

La amenaza de Reforma parece volver a repetirse y los dilemas parecen los mismos aunque cada vez hablemos de menos población, menos cobertura y menos recursos involucrados.

Mientras la sociedad se prepara para asistir a nuevas escaramuzas cuya profundidad y resultados no pueden preverse, valdría la pena preguntarse si alguna de las propuestas en juego tomará seria cuenta de las expectativas y necesidades de la gente, si considerará involucrar y movilizar los esfuerzos y el entusiasmo del personal de salud, si estará en consonancia con fuertes expectativas por mejorar la calidad de los servicios. Asimismo, si retomaremos las expectativas de universalización de la cobertura, si podremos recuperar la infraestructura de los servicios públicos de salud, si lograremos que una mirada socio-epidemiológica logre direccionar y otorgar sentido a las reformas.

Los ciudadanos, la población nos está mirando, al tiempo que recibe mensajes confusos de la prensa y ve a gente que corre detrás de las cápitans intentando seducir para lograr transferencias de una obra social a la otra. Mientras tanto, esa misma población recepta anuncios de cortes de servicio, propagandas de servicios que promueven un consumo acrítico, reticencias al financiamiento adecuado en el PAMI; todo esto le da la sensación de que se está jugando con ella, con su salud. Creo que la responsabilidad primaria de quienes componen el sector salud o influyen sobre él es poder enviarle a esa población una señal clara de que en este país con la salud de la gente no se juega más.

Bibliografía

Belmartino, S. y Bloch, C., 1998. "Desregulación /Privatización. La Relación entre Financiación y Provisión de Servicios en la Reforma de la Seguridad Social Médica en Argentina" en *Cuadernos Médico Sociales Nº75*, CESS-Rosario, Argentina.

Capurro Robles, Diego, Comunicación personal

Rovere, Mario, "Las Propuestas de Reforma Sectorial en Salud en América Latina" en *Auditoría Médica*, Año V Nº 1, Revista de SADAM. AC

Rovere, Mario, 1998, "Las reglas de juego claras son vitales para nuestro sector" en *Foro de la Seguridad Social Argentina*, Cuaderno N° 3.

* Médico sanitarista. Ex funcionario OPS. Consultor de organismos internacionales y docente de postgrado de diferentes universidades. Ex Secretario de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente (1999-2001).

(*) Esta sección está basada en un documento de trabajo producido por el Dr. Capurro Robles en enero de 2001.