

LOS VALORES VINCULADOS A EQUIDAD EN LA REFORMA DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN ARGENTINA

Susana Belmartino (*)

Equidad es un concepto ausente en la historia del sistema de servicios de salud en Argentina. Entre 1940 y 1990, durante la vigencia del modelo organizativo que por entonces predominó, el vocablo *equidad* no apareció enunciado en la formulación de los principios que ordenaron al sistema. Los principios organizadores que se propusieron como sostén de su organización eran *universalidad*, *accesibilidad*, *solidaridad*. Cada uno de ellos puede abordarse como una lectura parcial o acercamiento al valor equidad que, para esta ocasión, se define en términos muy generales como igualdad de oportunidades individuales para satisfacer un conjunto de necesidades básicas o aspiraciones socialmente definidas. En paralelo, *universalidad* remite al otorgamiento de una cobertura adecuada a la totalidad de la población; *accesibilidad*, a una relación *población/servicios* que garantice la atención a quien la necesite y conforme a la índole de su necesidad y *solidaridad*, a la utilización de los aportes individuales volcados al sistema de manera que generen subsidios cruzados entre quienes más tienen y quienes más necesitan, una perduración de aquél sencillo principio que orientó a las primeras asociaciones mutuales en el país: *cada uno aporta según sus recursos, todos consumen según sus necesidades*.

Si se busca un registro más amplio del universo de valores sociales vinculados a la salud y a su atención, es posible retomar los principios propuestos para reorganizar el sistema de servicios en los '70, momento de fuerte recuperación político-ideológica de los valores de justicia social y política redistributiva que en los '40 habían presidido la transformación de la sociedad argentina. En múltiples documentos surgidos de organizaciones que aspiraban a liderar la reorganización del sistema se reiteran los valores básicos atribuidos a la organización sectorial en aquéllos años: *el reconocimiento de la salud como valor social y derecho humano garantizados por el estado; la vigencia de la solidaridad como principio ético; la necesidad de poner en marcha una financiación que responda a los principios de solidaridad social y justicia distributiva*.

A través de sus organismos gremiales representativos, los profesionales médicos también defendían por entonces las formas organizativas que pueden pensarse en términos de promoción de condiciones de equidad en la atención médica. Se hablaba de *una sola medicina para todos los habitantes del país (...) que garantice a todos los individuos, en igualdad de condiciones, las mejores acciones de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, bajo la responsabilidad primaria del Estado*.

Aún cuando las formas organizativas eran objeto de una fuerte controversia que terminarían obstaculizando cualquier reforma, los tradicionales principios ordenadores se defendían desde todos los frentes. En ellos, la noción de equidad seguía ausente, aunque parcialmente reconocida a través de otros referentes de valor (Belmartino & Bloch, 1994).

En esos años, el eje del debate sobre la mejor organización del sistema de servicios se ubicaba en la tensión entre *integración y pluralismo*, presentándose ambas posturas como defensoras de un modelo organizativo capaz de potenciar los valores tradicionales asignados al sistema. Esa tensión reproducía y sintetizaba la dinámica política que constituye una característica histórica del sistema de servicios de salud: la confrontación entre racionalidad técnica vs. imperativos políticos, que desplazaba a un segundo plano los valores propuestos como su fundamento –otorgándoles carácter de recurso ideológico legitimador– y que, en el largo plazo, resultaba en un modelo fragmentado, heterogéneo, ineficiente, estratificado y reforzador de exclusiones originadas a nivel del sistema económico y la estructura social.

La hipótesis que orienta la argumentación de este texto es que esa misma lógica sustentó los dos movimientos de reforma sectorial generados desde el Estado en la última década: el primero iniciado a partir de 1991 por el gobierno del presidente Carlos Menem; el segundo –actualmente en construcción– a partir de iniciativas surgidas del gobierno de la Alianza. Esa hipótesis puede también apoyar la producción de un argumento en torno al relativo peso otorgado al valor equidad en los sucesivos modelos de organización. Antes de defender esa hipótesis parece conveniente recuperar la importancia de la historia como generadora de condiciones capaces de modelar la efectiva implementación de políticas sectoriales.

Los pilares históricos del sistema: Solidaridad grupal y particularismo

En trabajos anteriores se sostuvo la continuidad existente entre mutualidades y obras sociales en la conformación del sistema de servicios en Argentina (Belmartino et al., 1991 y Belmartino, 1996). Dado el interés central de este texto, vinculado a identificar la presencia del valor equidad en ese sistema, se necesita una precisión adicional: si bien el principio de solidaridad puede aproximarse en sistemas de cobertura universal a las condiciones asociadas con la vigencia del valor equidad, la solidaridad grupal impone un primer límite a esa aproximación.

Ese es una de los rasgos comunes a mutualidades y obras sociales: tempranamente, las mutualidades conformaron formas de previsión solidaria destinadas a financiar tanto la atención médica como otros riesgos vitales. En los primeros tiempos, múltiples factores convocaron a la población para integrarse a tales organizaciones y generaron los primeros estímulos a la fragmentación: nacionalidad de origen, pertenencia a determinado gremio, adhesión a determinada religión u organización política.

De manera paulatina, en un movimiento que se afirmó durante los '20 y los '30, comenzaron a predominar organizaciones que reunían a personas insertas en una misma actividad laboral -miembros de un sindicato, empleados de empresas o instituciones privadas o estatales- y que en su mayoría tenían como objetivo prioritario, aunque no excluyente, la financiación de la atención médica.

Aunque muchas organizaciones comenzaron tempranamente a considerarla como un serio límite para otorgar una cobertura adecuada, la fragmentación originaria no fue superada. Los intentos de crear Federaciones destinadas a una mejor gestión del riesgo se redujeron a algunos grupos que reconocieron la importancia de la cooperación o generaron liderazgos capaces de superar las tendencias particularistas que dominaban en la mayoría de las instituciones (Belmartino et al. 1987).

A partir de los '40 y sobre esa dispersión original, el Estado comenzó a aplicar políticas dirigidas a centralizar y normatizar las instituciones de atención médica. El gobierno surgido del golpe militar de 1943 y el gobierno peronista (1946-55) impulsaron un programa de expansión de las áreas sociales (en particular, la organización de servicios de atención médica) en todo el territorio nacional. Como consecuencia, se centralizó en un Ministerio de Salud de jurisdicción nacional la administración de las políticas sanitarias antes dispersas en diferentes ministerios o radicadas en jurisdicciones provinciales, y se produjo una notable expansión de la capacidad instalada del sector público que en pocos años duplicó el número de camas. (Belmartino et al. 1994)

Ese impulso estatal hacia la consolidación de una forma institucional adecuada al fortalecimiento de los principios de universalidad, accesibilidad igualitaria y solidaridad identificados como fundamentos del sistema, se vio limitado en primer lugar por la atención que el mismo gobierno peronista otorgó a las demandas de los sindicatos, entidades que prefirieron organizar sus servicios de atención médica según la tradición mutualista. Surgieron así las primeras obras sociales, caracterizadas por la afiliación y aporte obligatorios de los trabajadores de una determinada actividad y la contribución de los respectivos empleadores.

Un segundo límite a la acción estatal en materia de salud se presentó a partir de la crisis fiscal del Estado que se hará recurrente en los '50 y de la orientación política de los gobiernos posteriores a 1955 que procuraba reducir la intervención estatal en aquellas áreas susceptibles de ser cubiertas por la actividad privada.

En consecuencia, a partir de los '60 las instalaciones de atención médica del subsector público ingresaron en un lento proceso de deterioro, mientras las autoridades de salud demostraban escasa vocación reguladora sobre las nuevas formas de financiación y organización de los servicios que quedaron bajo control de dos grandes conjuntos de organizaciones de base corporativa: el que agrupaba a las obras sociales en tanto entidades financiadoras de la demanda y respaldadas políticamente por la Confederación General del Trabajo (CGT), y el conformado por las organizaciones médico-gremiales y sanatoriales que lograron el control oligopólico de la oferta.

La institucionalización del modelo

El sistema se institucionalizó en 1970 a través de la ley 18.610 que puso bajo cobertura de las obras sociales a toda la población en relación de dependencia. En la práctica si no en el discurso, la sanción de esta ley significó resignar los principios de universalización y accesibilidad igualitaria y conformar definitivamente un modelo basado en la solidaridad grupal. La *integración* será superada por el *pluralismo*, modalidad eufónica utilizada para designar un modelo particularista e ineficiente que reproduce en el sistema de servicios las desigualdades presentes en el mercado de trabajo y las derivadas del diferente acceso a las decisiones del Estado.

Las autoridades que sancionaron la ley 18.610 eran plenamente conscientes de las deficiencias del modelo que promovían. A fin de neutralizar sus tendencias más distorsivas crearon un organismo regulador, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), encargado de promulgar normas comunes a todas las obras sociales y administrar un Fondo Solidario de Redistribución, destinado a atenuar las diferencias de recursos resultantes de las condiciones laborales específicas de cada actividad.

La capacidad reguladora del INOS resultó insuficiente para atenuar la heterogeneidad característica del sistema de obras sociales que se manifestaba en las dimensiones de la cartera de beneficiarios, en los recursos disponibles por beneficiario, en la estructura de servicios ofrecida, en el perfil de consumo por afiliado, en las condiciones de accesibilidad determinadas por la diferente incidencia de copagos, en la estructura de costos y en el modelo de organización de la atención médica desarrollado. De ello resultó un sistema conformado por un mosaico de distintas situaciones regionales y productivas.

Tras la puesta en marcha del modelo se sucedieron diversos intentos de reformulación. Las reformas propuestas tendían, por un lado, a asegurar un mejor uso de los recursos recaudados y una mayor igualdad en la distribución de los beneficios; por el otro, a retirar a los sindicatos el control de las obras sociales que paulatinamente se convirtieron en fuente de poder político y económico para esas organizaciones.

Tales intentos -producidos en 1973, 1978 y 1985- fracasaron ante la cerrada oposición de la CGT. En 1989, con la sanción de las

leyes 23.660 y 23.661 se modificó la normativa que regula el sistema, aunque su organización fragmentada permaneció sin cambios. Por entonces, el déficit financiero que afectaba a las obras sociales les dificultaba seriamente cumplir con su actividad; situación que -en diferentes oportunidades- se intentó atenuar aumentando los aportes y las contribuciones. La ley 23.661 impuso en la conducción del sistema a un nuevo organismo dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social: la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), que reprodujo la inoperancia regulatoria de su antecesor, el INOS.

Economía y política en los años 80 y 90

Al igual que en el resto de Latinoamérica, en Argentina puede caracterizarse a los '80 en términos de *década perdida*, en tanto hubo una fuerte caída de los niveles de producción, aceleración de los procesos inflacionarios, drástica reducción de la actividad económica y desempleo.

A partir de 1991 y bajo el estímulo del éxito del Plan de Convertibilidad, la recuperación de la inversión interna y externa permitió una mayor flexibilización del gasto. Sin embargo, a fines de 1994 y como consecuencia del impacto de la crisis mexicana, se reitera la preocupación por la generación de déficit en las cuentas públicas nacional y provinciales. Por su parte, la crisis asiática afectó el flujo de capitales hacia Argentina y -a partir de los últimos meses de 1998- generó una recesión particularmente prolongada.

No obstante, las dos últimas décadas no pueden comprenderse sólo en términos de crecimiento o recesión. El balance de los años críticos registra cambios importantes en la conformación del aparato productivo y en las formas de organización social e institucional que configuran rasgos diferenciadores respecto a los dominantes en décadas anteriores.

Por su importancia para nuestro tema, deben señalarse entre esos cambios las grandes mutaciones en el mercado de trabajo con su fuerte incidencia en el empleo y el desempleo, la precarización de la relación laboral y el incremento del trabajo informal, la fragmentación del movimiento sindical y el retroceso en la producción de ciertos servicios públicos, en función de las nuevas estrategias de desregulación, privatización de empresas estatales y apertura de la economía, todo ello puesto en marcha fragmentaria y discontinuamente a partir de 1976 y de manera generalizadas en los '90.

Dinámica de la distribución del ingreso, el empleo y las condiciones de pobreza

Un artículo reciente de Altimir y Beccaría (2000) permite construir una aproximación sintética y disponer de una hipótesis interpretativa para la cuestión de la distribución del ingreso en Argentina en las últimas décadas. Para describir la dinámica de los últimos 25 años, los autores aplican coeficientes Gini a la información proveniente de la Encuesta Permanente de Hogares que semestralmente realiza el INDEC, diferenciando en el análisis los indicadores vinculados a ingreso de los hogares, ingreso de perceptores individuales y remuneraciones horarias. Los movimientos de más largo plazo requieren la compatibilización de diferentes mediciones, llegándose a algún consenso que permite formular una síntesis esquemática aplicable a las últimas seis décadas.

Como punto de partida puede tomarse el significativo aumento del 8 por ciento en la participación de los salarios sobre el ingreso total que se produjo en la segunda mitad de los años 40 y que se mantuvo hasta 1953. Entre ese año y 1961 la desigualdad a nivel nacional aumentó moderadamente (a nivel de un 0,05 del índice Gini). El indicador se estabilizó a lo largo de los '60 y comienzos de los '70; pero, a partir de 1974 se constituye en una evidencia adicional de la crisis de integración social que padece el país. En términos del coeficiente Gini aplicado al ingreso total del hogar, las diferencias se ubicarían entre un 0.356 para 1970 y 0.447 para 1999; respecto al ingreso *per cápita*, los coeficientes serían 0.343 para 1974 y 0.472 para 1999. (Altimir y Beccaría, 2000)

Según la interpretación proporcionada en el citado estudio, la sostenida concentración del ingreso de los hogares en el largo plazo puede verse como el encadenamiento de resultados igualmente negativos en fases muy diferentes de un prolongado proceso de transformaciones. En la segunda mitad de los '70, el principal factor que llevó al aumento de la desigualdad -reconocido como el más intenso de los últimos 25 años- fue la contracción salarial, pieza central de la política de estabilización y liberalización de la economía que puso en marcha el gobierno militar (1976-83). En los '80, el deterioro distributivo habría estado más enraizado en la inflación y el desempleo que en cambios estructurales a nivel de la producción. A partir de 1991, en un contexto de estabilidad de precios y recuperación económica con cambio técnico, la principal responsabilidad en el aumento de la desigualdad se adjudica a la irrupción del desempleo estructural. En el período más reciente, en cambio, el incremento de la desigualdad se vincula a la diferenciación de ingresos por niveles educativos. Ese proceso se manifiesta desde 1994, cuando comienza a crecer la dispersión de las remuneraciones de los ocupados.

En cuanto a la desocupación, basta señalar que en ese año alcanzó un pico de 18,4%, que decae lentamente hasta 1998 (12,2%) y que al impulso de la recesión de los últimos años vuelve a crecer para ubicarse en mayo de 2000 en 15,4% y en octubre en 14,7%.

En este breve repaso del deterioro de la situación de población de menor ingreso debe consignarse la incidencia del trabajo en relación de dependencia no reconocido como tal, que supone la falta de cobertura social para el trabajador y su familia. Según la información disponible, un 72% de los empleos generados a lo largo de los '90 constituiría trabajo no registrado o *en negro*. La cuestión no es pacífica entre los especialistas, ya que algunos afirman que en ese porcentaje se incluye no sólo el trabajo no registrado, sino también a los cuentapropistas registrados que no cumplen sus obligaciones previsionales. De todos modos, aunque haya divergencias en la interpretación de las cifras, no existe disenso sobre la importancia del fenómeno: 3.5 millones de

trabajadores se desempeñarían en condiciones irregulares y, desde 1990 hasta la fecha, el porcentaje del empleo clandestino sobre el empleo asalariado total habría crecido en un 52.1% (Olivera, 2000).

En cuanto a la dimensión de la población en situación de pobreza, las formas usuales de medición han diferenciado a aquella con necesidades básicas insatisfechas (que identifica a los pobres estructurales) y la conformada por los hogares cuyos ingresos no cubren los costos de una canasta de bienes y servicios básicos (nuevos pobres) o de una canasta de alimentos en condiciones de proporcionar los nutrientes necesarios para una familia tipo (indigentes).

La primera modalidad de registro identifica a la pobreza que afecta a sectores sociales que históricamente vivieron en situaciones de carencia. El porcentaje de hogares afectados disminuyó desde 16.4% en 1980 a 12% en 1996. Según Repetto (2000) la mejora del indicador se vincularía con la inercia favorable de programas sociales de larga duración y con el impacto progresivo del gasto social en determinados sectores como la educación básica. Más allá de que esta mejora relativa no permite considerar superado el problema, algunos estudios de comienzos de los '90 sugerían que este tipo de pobreza disminuye su posición relativa en el total de la población al tiempo que aumenta en intensidad; es decir, aumenta el número de necesidades básicas sin satisfacer en el grupo poblacional involucrado (Repetto, 2000).

El segundo tipo de registro –que opera definiendo una *línea de pobreza*– identifica a los sectores recientemente pauperizados que, aunque satisfacen sus necesidades primarias, no cuentan con ingresos suficientes para adquirir la canasta básica de bienes y servicios. Así se expresa la situación de una cantidad significativa de hogares de clase media que vieron reducir sus ingresos hasta caer por debajo de esa línea. En quince años, el porcentaje de población afectada creció significativamente en aquellos centros urbanos donde se concentra la medición estadística (Capital Federal y Gran Buenos Aires) pasando de representar el 3.2% de la población a principios de los '80 a constituir el 19.6% de los hogares o el 27.6% de las personas en mayo de 1996.

En marzo del 2000 se conocieron las primeras cifras oficiales para todo el país: el 37% de la población (12 millones de personas, si se considera a las que viven en ciudades de más de cinco mil habitantes, y 14 millones, si se incluye la población rural y la asentada en aglomerados pequeños) carece del ingreso suficiente para comprar una canasta básica de bienes y servicios estimada para la Capital Federal en 490 pesos/dólares mensuales para una familia tipo conformada por un matrimonio con dos hijos. De ellas, casi cuatro millones de personas se ubicaban por debajo del nivel de indigencia, al no disponer de los 235 pesos mensuales que permitirían acceder a la canasta básica de alimentos (SIEMPRO, 2000).

Estos datos ilustran por sí solos el deterioro de las condiciones de vida de los sectores más desprotegidos de la sociedad argentina. No se ha registrado un crecimiento en paralelo de los recursos afectados a solucionar sus problemas de salud/enfermedad; ya sea por una mayor asignación presupuestaria o por un manejo más eficiente de los disponibles. Los problemas asociados con la desocupación y la dispersión de las remuneraciones de los ocupados agravaron la crisis financiera preexistente en las obras sociales. El empobrecimiento relativo de la población con ese tipo de cobertura aumentó el flujo de demanda hacia el subsistema público que –al mismo tiempo– se vio afectado por las políticas de contención del desequilibrio fiscal. Este panorama debe conservarse como telón de fondo cuando se trata de evaluar en términos de equidad los resultados de las disposiciones de reforma del sistema de servicios de atención médica

Necesidades y recursos en el sector salud

Un diagnóstico somero de las necesidades en términos de morbimortalidad

Una evaluación rápida de la articulación entre necesidades y recursos en el interior del sector salud podría basarse en la consideración de los aspectos demográficos relevantes y las cuestiones de morbimortalidad de su población que esperan respuesta del sistema de servicios. Aunque las dimensiones de este trabajo impiden analizar detalladamente la evolución de esos indicadores en las últimas décadas, puede señalarse el consenso que existe en cuanto al pobre desempeño de un indicador habitualmente usado como síntesis del progreso sanitario de un país: la mortalidad infantil.

Si se comparan los avances realizados en Argentina con los de Chile, es fácil comprender esa valoración. Argentina es un país con mejores indicadores socioeconómicos que el país trasandino en cuanto al PBI per capita (8.514 dólares vs. 5.642) y al gasto en salud per capita (826 dólares vs. 350, que equivalen al 9,7 y 6,2% de los respectivos PBI); sin embargo, la tasa de mortalidad infantil en Argentina ronda el 22 por mil, mientras Chile logró reducirla al 13 por mil.

Lo que se caracterizó como el *fracaso sanitario argentino* (Giordano & Colina, 2000) se expresa con claridad en el reporte anual de la Organización Mundial de la Salud publicado en 2000. En el ranking que mide el desempeño de los sistemas de salud en 191 países del mundo, Argentina figura en la posición 75ª, muy por debajo de países latinoamericanos como Colombia, Chile, Costa Rica y Paraguay. Al contrario de lo que sucedió en otros países igualmente afectados por lo que se consideró una incorrecta metodología de evaluación, los responsables de la conducción política del sector en Argentina no reaccionaron. En este punto no se puede afirmar si esa mansedumbre se debió al desinterés por el tema o a la resignación ante el reconocimiento del fracaso.

Otro componente de un posible registro de necesidades, el perfil de morbilidad, es también problemático en Argentina, ya que los datos disponibles provienen de fuentes dispersas y focalizadas en las patologías de notificación obligatoria. En los últimos años, los principales motivos de preocupación fueron las enfermedades categorizadas como emergentes y re-emergentes. En relación al SIDA, los casos notificados desde el inicio de la epidemia hasta fines de 2000 serían 18.824. También se presenta como problemática la incidencia de la tuberculosis, cuyas tasas de morbimortalidad experimentaron muy pocos cambios en los últimos

años, manteniéndose alrededor de 40 por cien mil. La información disponible justifica una alerta sobre el aumento de las tasas de incidencia, la disminución de las medidas preventivas, el descenso de los porcentajes de diagnósticos bacteriológicos y el incremento de la resistencia a los medicamentos. Es igualmente motivo de alarma la asociación de tuberculosis y SIDA: en 1996 un 2.7 de los casos de tuberculosis denunciados se asociaban al SIDA, lo que significó que en el 17% de los casos de SIDA notificados se registraba la presencia de tuberculosis (Verdejo, 1998). Entre las patologías re-emergentes se registra la presencia del cólera, con 637 casos denunciados en 1997 (el pico de la incidencia se produjo en 1993, con 2.080 casos), la emergencia de los primeros casos de Hantavirus y la amenaza del dengue, sobre la provincia de Misiones poco después que se denunciaron casos en Brasil, Paraguay y Bolivia. En algunas regiones se detectó la presencia de *Aedes aegypti*, anunciando un retroceso en relación a 1965, fecha en que el país había sido declarado libre del vector.

La desnutrición infantil constituye otro flagelo asociado directamente con la extensión de las familias en situación de pobreza. Al respecto, sólo existen estudios parciales y limitados que dificultan la construcción de indicadores nacionales. En el grupo de 1 a 6 años se informaron deficiencias de yodo y especialmente de hierro, señalándose una prevalencia, según la jurisdicción, de 24% a 47% de niños con anemia por deficiencia de hierro fuertemente asociada al nivel socioeconómico. El trastorno nutricional más frecuente en preescolares y escolares es el retraso del crecimiento por desnutrición crónica, expresado como déficit de la talla para la edad. Las regiones donde se concentran estas deficiencias son el noroeste y el nordeste -áreas de menor desarrollo socioeconómico- y los cinturones de pobreza que rodean a las grandes ciudades (OPS/OMS, 1998).

Monto y distribución del gasto en salud

Las variaciones en el gasto público en salud según jurisdicciones entre 1980 y 1997 reflejan la política de descentralización -desde el gobierno nacional a las provincias- iniciada a comienzos de los '90. Expresados en millones de pesos de 1997, los valores totales muestran un incremento notable del gasto nominal (79%), que pasa de 2.852 millones de pesos anuales para el quinquenio 1980-84 a 5.102 millones para 1994-97. Si se considera el porcentaje del PBI la diferencia no es tan importante, ya que se pasa de un 1,25% para 1980/84 a 1,69% para 1995/97, manteniéndose en sus niveles de variación históricos (Secretaría de Programación Económica y Regional, 1999).

Un resultado similar presenta el gasto de las obras sociales dependientes de la jurisdicción nacional y de los gobiernos provinciales. Nuevamente aquí se verifica un aumento de los montos nominales cuando se considera el total del gasto (5.743 millones de pesos de 1997 como promedio del quinquenio 1980/84 vs. 7.824 para los años 1995-97) y nula variación en el porcentaje del PBI respectivo (2,53% y 2,59%).

Discriminada por jurisdicción, se evidencia la heterogeneidad de situaciones. Mientras el gasto de las obras sociales nacionales se mantiene estable en valores nominales, se incrementan en torno al 100% los recursos destinados a cubrir la atención médica de jubilados y pensionados, y a las obras sociales provinciales. Este último caso expresa probablemente la indisciplina de los gobiernos provinciales que en los '90 rechazaron el ajuste en el gasto y la reducción del empleo estatal promovido por el gobierno nacional (Secretaría de Programación Económica y Regional, 1999).

La eficacia de las políticas de reforma

La diferencia de recursos destinados a la cobertura de los beneficiarios de obras sociales de diferentes jurisdicciones conduce a debatir dos problemáticas relativamente asociadas: la eficacia de las políticas de reforma y el mantenimiento de la fragmentación y heterogeneidad en la cobertura de diferentes poblaciones.

En un artículo reciente, uno de los miembros clave del equipo encargado de diseñar la política de reforma reconoció sus pobres resultados. Señalando al problema como parte del ya mencionado *fracaso sanitario de la Argentina* (Giordano & Colina, 2000), las causas del deficiente desempeño no se vinculan con las estrategias seleccionadas sino con los límites en su implementación. En paralelo, se rechaza el argumento que vincula el pobre desempeño sectorial con la situación económica del país, el desempleo, la informalidad y la política de reducción de las contribuciones patronales, sosteniendo que las causas de ese fracaso radican en la deficiente organización que continúa imperando en el sistema de salud. Es en este punto donde la tensión entre racionalidad técnica vs. imperativos políticos muestra su continua vigencia en la implementación de las políticas definidas para el sector.

Para disponer de un punto de comparación entre objetivos propuestos y resultados obtenidos por las políticas de reforma, conviene recuperar aquí los rasgos generales del diagnóstico elaborado por los reformadores y el derrotero de los cambios anunciados.

Para ese diagnóstico, el pobre desempeño del sistema de obras sociales se vincularía con la obligación impuesta a cada trabajador de canalizar sus contribuciones de seguridad social médica a la obra social correspondiente al respectivo sindicato. Por ese mecanismo se constituiría una población cautiva, no produciéndose -por tanto- incentivos para mejorar la calidad y cantidad de los servicios brindados ni para organizar una administración más eficiente de los respectivos recursos. En consecuencia, se considera que la generación de un cierto nivel de competencia entre las distintas organizaciones para captar beneficiarios podría -por un lado- estimularlas para buscar mayores niveles de eficacia y eficiencia en la gestión de los recursos a su cargo y -por otro- atenuar las grandes disparidades que existen en relación al número de beneficiarios y a la disponibilidad de recursos, en tanto elementos de la heterogeneidad del sistema recurrentemente alegados como causa de la disparidad de beneficios otorgados a la población a cargo.

Otro componente crítico del sistema se vinculaba con la creciente proporción de beneficiarios obligados a atenderse en los

servicios del subsector público. Esto se relaciona con las dificultades financieras que obligan a las obras sociales a establecer copagos para acceder a las diferentes prácticas. A ello se suma un pago adicional –denominado *plus*– que la gran mayoría de los profesionales reclaman al realizar la prestación. Estos gastos de bolsillo que deben efectuarse al solicitar la atención, limitan el acceso a los servicios financiados por las obras sociales de los beneficiarios con menores recursos que, por consiguiente, se ven obligada a acudir a las instituciones públicas.

Esta circunstancia, reconocida generalizadamente, fundamenta la idea de poner en marcha mecanismos que permitan a los hospitales y centros de salud cobrar sus prestaciones y, así, allegar nuevos recursos que alivien su crónico desfinanciamiento y deterioro.

La posibilidad de establecer contratos entre el subsector público y las obras sociales constituye, por consiguiente, uno de los estímulos subyacentes a la política de descentralización hospitalaria, unida a la expectativa de aumentar, por esa vía, la eficiencia en la utilización de los recursos asignados por los respectivos presupuestos.

Más allá de ese diagnóstico formulado sobre algunas distorsiones reconocidas en el sistema de servicios y la confianza en la competencia como mecanismo adecuado para superarlas, los objetivos de cambio de los reformadores fueron expresados en términos muy generales que, sin embargo, indicaban la orientación que se procuraba imprimirles. En primer lugar, sería necesario señalar que no buscaban transformar al sistema con una orientación universalista. No hay mucho para reprochar a esa actitud: todos los intentos anteriores en ese sentido habían fracasado, el último de ellos el proyecto de seguro nacional de salud propuesto en los primeros años del gobierno del presidente Alfonsín. Tampoco se explicita en este caso, una preocupación por la equidad, la integralidad de la atención o el acceso igualitario. Los reformadores de los '90 tenían objetivos más limitados; sus metas eran:

- Ordenar el sistema para hacer más eficiente la utilización de los recursos existentes.
- Conservar los rasgos solidarios que permitieran conformar fondos de enfermedad con un adecuado pool de riesgo.
- Estimular en su interior la existencia de subsidios cruzados para evitar la selección de riesgo.
- Garantizar una cobertura mínima a la totalidad de la población.
- Promover la competencia entre aseguradoras para captar la demanda de cobertura.
- Promover la competencia entre proveedores para lograr los contratos de provisión de servicios (Giordano, 1993).

Aunque menos reconocido, también es indudable que los reformadores no confiaban en dejar la regulación del sistema en manos del mercado. Si bien la opción por la competencia se esgrimía como estrategia para racionalizar la cobertura de la obras sociales y la relación entre éstas y los proveedores directos, esa demostración de confianza en las reglas del mercado no se defiende en oposición a la acción reguladora del estado, sino como mecanismo para superar el control en manos de sindicatos y corporaciones profesionales. La libertad de elección y contratación se definen en oposición al oligopolio corporativo. La perspectiva del equipo que inicia la reforma desde el Ministerio de Economía radica en ordenar el sistema desde una dinámica de competencia; sin embargo, no dejan de considerar las especificidades del mercado de salud que tornan indispensable la acción correctora del Estado. Esta actividad reguladora debía centrarse en algunos puntos clave:

- Mantener la obligatoriedad del aporte.
- Efectivizar el principio solidario para permitir la cobertura de la población de menores recursos.
- Definir un paquete básico de servicios garantizados a todos los beneficiarios.
- Controlar el cumplimiento de las normas relativas a la solvencia económica y la calidad del servicio ofrecido por las entidades financiadoras (Giordano, 1993).

El interés por regular la actividad de las instituciones financiadoras no estuvo acompañado por una preocupación equivalente respecto a la oferta de atención médica. El supuesto que orienta la reforma en esta área es la generación de una competencia entre proveedores definida por calidad y precio que garantizara un adecuado *value for money* en la aplicación de los recursos del sistema. En este caso, la acción del Estado se limitaría a acreditar y categorizar los servicios de atención. Tampoco se dio suficiente importancia a las limitaciones que enfrenta el consumidor para realizar opciones adecuadamente informadas en el mercado de la atención médica (Belmartino, 2000).

Las dimensiones de este trabajo impiden describir completamente los instrumentos aplicados a la reforma. En términos muy generales debería señalarse que la desregulación de las obras sociales se produjo de manera incompleta y tardía, mientras la vigencia de la libertad de contratación entre entidades financiadoras y proveedores se impuso rápidamente y modificó significativamente la estructura y organización de la oferta de servicios. Independientemente del fracaso de la desregulación y la introducción de mecanismos de competencia, la preocupación por mejorar la gestión de las obras sociales tuvo un respaldo importante del Banco Mundial (BM) que otorgó créditos en condiciones muy favorables a las entidades que aceptaban participar de

su programa reconversor. En lo referido al sector público, la transformación del hospital tras su incorporación al régimen de autogestión tuvo efectos limitados. La captación de nuevos recursos no fue significativa, algunas jurisdicciones canalizaron su preocupación por la eficiencia en el fortalecimiento de la atención primaria, la heterogeneidad de situaciones siguió siendo la regla que reprodujo la lógica de particularismo propia del desarrollo histórico del sistema.

A continuación, para recuperar el objetivo inicial de este trabajo, se intentará evaluar algunos resultados que pueden leerse en términos de realización de las transformaciones esperadas y, accesoriamente, de mayor o menor equidad presente en la organización del sistema.

Resultados de la reforma: La situación de las obras sociales

Puede proponerse una evaluación del impacto de las políticas de reforma en la estructura del sistema de obras sociales a partir de la información estadística contenida en una publicación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) que permite formular un diagnóstico general de la distribución de beneficiarios y recursos, y la utilización de atención médica (SSS, 1999).

La primera observación que surge del análisis de esa información es la perduración de la heterogeneidad en la distribución de recursos y beneficiarios por obra social. Si la desregulación fracasó como instrumento racionalizador de las obras sociales, es evidente que también fracasaron los incentivos presentes en los acuerdos con el BM y la política de seguimiento y control a cargo de la SSS, organismo creado por recomendación del Banco como instancia técnica de supervisión, fiscalización y control de los agentes que operan en el sistema.

Conforme a los datos de la SSS, el número de obras sociales habría disminuído de las 361 registradas en 1994, a las 290 que había en febrero de 1999. Por diferentes razones –datos muy incompletos, instituciones que no registran beneficiarios a cargo y otras situaciones particulares– el siguiente análisis se limita a 257 obras sociales.

En el interior de ese grupo es necesario diferenciar entre las 234 obras sociales sindicales que agrupan a un universo de trabajadores con un rango bastante amplio de remuneraciones, nivel de instrucción y capacidad de consumo; y las 23 instituciones que agrupan al personal de dirección de empresas. Con 10 millones de beneficiarios, el primer grupo maneja 3.200 millones de pesos; por su parte, el segundo nuclea a algo más de 1,3 millones de beneficiarios y sus recursos se acercan a los 1.300 millones de pesos.

Interesa destacar aquí la gran dispersión de beneficiarios entre las obras sociales sindicales que sigue reproduciendo la estructura anterior a la reforma: un 10% de ellas cuenta con más de 100 mil beneficiarios, mientras el 56% tiene menos de 10 mil. Ante la contundencia de las cifras es innecesario subrayar las diferencias resultantes en capacidad de gestión de riesgo.

Sin embargo, el agrupamiento de las obras sociales según su número de beneficiarios oculta la disparidad de recursos interna al sistema: el rango de ingreso por individuo protegido se ubica en un registro relativamente estrecho: desde 45 a 29 pesos mensuales por beneficiario, generando la apariencia de un sistema relativamente igualitario. El problema aparece con otros matices si las obras sociales se agrupan según el ingreso por beneficiario. Esa estrategia de análisis muestra una estratificación neta según niveles de ingreso:

- El primer nivel corresponde a las obras sociales con ingresos superiores a los 40 pesos mensuales por beneficiario. Éstas atienden al 16,6% de los beneficiarios y recibe el 35,45% de los recursos del sistema. En el interior del nivel se detectan dos subconjuntos: el que agrupa a las 23 obras sociales para personal de dirección de empresas y el que nuclea a las 74 obras sociales sindicales para el personal de las áreas mejor remuneradas. Respectivamente, reciben 79 y 69 pesos mensuales por beneficiario. Pero la dispersión interna es muy amplia, ya que se registran valores extremos 40,5 y 287,1 pesos mensuales por beneficiario.
- El segundo nivel abarca al conjunto definido por un ingreso mensual promedio entre 20 y 40 pesos por beneficiario, que cubre al 30,92% de los beneficiarios y recibe el 26,63% de los recursos del sistema. Lo integran 99 obras sociales, con un rango de ingresos promedio de 29 pesos por beneficiario.
- El tercer nivel incluye a 44 obras sociales cuyos recursos por beneficiario se ubican entre 10 y 20 pesos mensuales. Con serias dificultades para alcanzar una cobertura suficiente, este nivel abarca al 20,56% de los beneficiarios y recibe el 10,56% de los recursos del sistema. Tiene un ingreso promedio algo menor a 16 pesos mensuales por beneficiario.
- El cuarto nivel expresa condiciones de carencia, haciéndose difícil imaginar cómo esta población podría obtener la cobertura de atención médica para la cual aporta un porcentaje de su salario. Reúne a 16 obras sociales con un ingreso menor a diez pesos mensuales por beneficiario, con un promedio de poco más de seis pesos mensuales por beneficiario. Porcentualmente representan una porción ínfima del sistema en cuanto a los beneficiarios, el 1,03%, y desdeñable en cuanto al monto de recursos involucrados, el 0,18%. Se trata sin embargo, de poco más de 170.000 seres humanos que seguramente viven en condiciones de carencia, pese a tener un empleo en regla y realizar los aportes requeridos para tener derecho a la protección del sistema.

Aunque en algún modo representan un avance significativo –es la primera vez que Argentina cuenta con información detallada sobre la totalidad del sistema de obras sociales–, las cifras reflejan con claridad los límites de la solidaridad grupal como mecanismo apto para construir un sistema que garantice un acceso igualitario a la cobertura de atención médica.

Para completar este intento de aproximación a las condiciones de equidad vigentes en el sistema de seguridad social médica, puede ser útil mostrar las disparidades registradas en el uso de servicios entre beneficiarios de las obras sociales.

El cuadro siguiente registra dos distorsiones frecuentes en la compra de atención médica para sus beneficiarios por parte de las obras sociales. La primera es la subprestación que puede resultar de diferentes dificultades para que los beneficiarios accedan al sistema de servicios o de una estrategia de los proveedores para reducir el consumo de atención cuando el contrato con la institución financiadora se negocia sobre la base de un pago por cápita. La segunda es la sobreprestación, motivo reconocido de desfinanciación del sistema cuando los contratos se negocian a partir de la libre elección del médico por el usuario y el pago por prestación que recibe un estímulo adicional cuando se verifica un sobredimensionamiento de la oferta y profesionales disconformes con la remuneración que perciben.

En el cuadro se presentan las obras sociales según ingreso mensual por beneficiario y, dentro de cada categoría, se discrimina el número de beneficiarios según un indicador que procura medir diferentes niveles de utilización. Para elaborarlo, se definió como *Norma* un número entre tres y seis consultas por beneficiario/año; la subprestación estaría representada por menos de tres consultas beneficiario/año y la sobreprestación por más de seis. La definición de lo que sería utilización según *Norma* no es arbitraria, se basa en las estipulaciones más comunes de los contratos capitados, que establecen como uno de los criterios para evaluar utilización un promedio de 5 consultas por beneficiario año. Por consiguiente, puede considerarse que el cuadro se ha organizado sobre un criterio amplio de norma, que otorga mayor significación a los casos que se ubican fuera de ella.

Las conclusiones a extraer de la información presentada son relativamente simples: están afectados por una utilización de la atención médica por debajo de los promedios históricos utilizados para establecer los parámetros en contratos capitados un 63% de los beneficiarios de las obras sociales con ingresos promedio entre 20 y 40 pesos, un 70% de los beneficiarios de aquéllas que registran ingresos entre 10 y 20 pesos y un 93% de los beneficiarios de obras sociales con menos de 10 pesos mensuales por beneficiario. Esta aproximación elemental a los registros de utilización de servicios muestra los límites de la solidaridad grupal para garantizar el acceso a condiciones básicas de atención médica de los sectores de medianos y bajos recursos. Cuanto mayor sea la estratificación por ingreso de los grupos que colocan sus aportes en instituciones organizadas según ese principio, más distante se ubicará el resultado de condiciones asociadas con equidad en la relación necesidades recursos destinados a satisfacerlas.

Tanto las autoridades que llevaron adelante la reforma de comienzos de los '90, como aquéllas que ahora (enero de 2001) están programando una reformulación más solidaria del sistema de obras sociales, procuraron compensar ese déficit con una redistribución basada en los recursos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR), instituido por la ley 18.610/70 y manejado desde entonces en términos puramente políticos, sin llegar a cumplir la función que esa legislación le encomendaba: distribuir recursos desde las obras sociales con mayor ingreso por cápita hacia aquéllas en condiciones menos favorables.

En procura de revertir esa situación, en 1995 se dispuso utilizar los recursos del FSR, provenientes de un 10% de los aportes y contribuciones recaudados por la totalidad de las obras sociales, para garantizar al conjunto de beneficiarios del sistema un aporte mínimo de cuarenta pesos por grupo familiar. Dado que la dimensión promedio del grupo familiar en el conjunto de obras sociales era de 2,5 miembros, se estimaba un ingreso mínimo de aproximadamente 16 pesos por beneficiario. Las cifras presentadas de ingresos por beneficiario muestran que ese supuesto no se cumplió, al menos para aquellas instituciones que declaran un promedio de ingreso por beneficiario menor a diez pesos mensuales. Esa aparente inconsistencia puede explicarse por la presencia de trabajadores empleados a tiempo parcial o en actividades estacionales, que pueden tener ingresos provenientes de otra ocupación y la correspondiente cobertura.

La actual administración avanza sobre ese mecanismo solidario a partir de dos estrategias. La primera modifica el mecanismo de cálculo de las contribuciones al FSR, pasando de un aporte uniforme del 10% a un esquema de aporte según salario: hasta 700 pesos el aporte será del 10%, en un salario de 700 a 1500 llegará al 15% y aumentará a un 20% en los salarios superiores a 1500 pesos. La segunda deja de calcular la garantía de ingreso mínimo sobre el grupo familiar y pasa a fijarlo en 20 pesos por beneficiario.

Ambas políticas pueden interpretarse como intentos orientados a mejorar la equidad del sistema, superando los límites propios de los mecanismos de solidaridad grupal y garantizando un subsidio desde los grupos de mayor ingreso a aquéllos con recursos insuficientes para financiar una cobertura adecuada. Sin embargo, ambas tienen al menos dos limitaciones. En primer lugar, el subsidio no se establece por un cálculo de las necesidades de los usuarios -o de los costos previstos para su demanda de atención médica- sino en función de la posibilidad de recaudar nuevos recursos (imposición del IVA a los seguros privados) o de redistribuir de manera más progresiva los recursos existentes en el sistema; nada garantiza que los nuevos ingresos por beneficiario sean suficientes para brindar la cobertura necesaria. En segundo término: la regulación de la SSS se limita a las relaciones entre beneficiarios y obras sociales, no verificándose avances en la regulación de las relaciones entre financiadoras y proveedores, y menos aún de las establecidas entre proveedores y pacientes: no se ha avanzado con la categorización de los servicios largamente anunciada, no se ha regulado la incorporación y utilización de tecnología compleja, no se estimula la utilización de normas de gestión clínica, no existe ningún tipo de supervisión sobre el cumplimiento de los contratos firmados entre obras sociales y redes de proveedores en términos de la efectiva atención brindada.

Breve reflexión final

Parecer una tarea imposible buscar la equidad en relaciones sociales que nunca la identificaron como valor sustantivo. En sistemas como el argentino las tensiones entre universalidad/particularismo, ciudadanía/clientela, representación territorial/ corporativismo,

decisiones institucionales/puja distributiva; organizaciones de base popular/sindicatos controlados por cúpulas prebendarias, son las que verdaderamente importan en la definición del sistema de servicios de atención médica. Los referentes valóricos forman en general parte de un discurso basado en el deber ser tecnocrático y son rápidamente superados por la necesidad de responder a exigencias provenientes del sistema político. No toda la responsabilidad incumbe a los dirigentes; sin embargo, hay rasgos de la cultura política que seguramente inciden en la pasividad de los ciudadanos/beneficiarios. Por motivos aún no suficientemente explicados la apelación a la ciudadanía no ha incorporado nunca como ingrediente sustantivo la demanda de servicios de salud. El acceso a la atención médica se percibe como una cuestión privada, la relación con el médico lo es aún más, ningún dirigente – sindical o médico– ha reconocido nunca el carácter *público* del sistema de contribuciones obligatorias, rechazando el derecho del Estado para intervenir en su funcionamiento.

La perspectiva patrimonialista que domina en el sistema explica la aceptación de la lógica de solidaridad grupal utilizada para organizar sus instituciones de cobertura. Los lazos integradores, nunca demasiado fuertes, se debilitan progresivamente, dando paso a una lógica de presiones particularizadas que constituye la principal fuerza de regulación del sistema.

Bibliografía

Altimir O, Beccaría L., 2000, "*La distribución del ingreso y el nuevo orden económico*", *Socialis* 2, págs. 53-81.

Argentina. Secretaría de Programación Económica y Regional. 1999. *Caracterización y Evolución del Gasto Público Social*. Buenos Aires: Publicación oficial.

Argentina. SIEMPRO. 2000. Información entregada a la Prensa, Ministerio de Desarrollo Social, marzo.

Argentina. Superintendencia de Servicios de Salud. Obras Sociales. 1999 *Información General del Sistema*, Volumen II.

Belmartino S. et a. 1987, "*Las instituciones de salud en la Argentina liberal. Desarrollo y crisis*" Buenos Aires, Ed. por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Nación.

Belmartino S et a. 1991, "*Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina, 1940-1960*" Buenos Aires, Publicación de la Oficina Panamericana de la Salud.

Belmartino S, Bloch C, 1994, "*El sector salud en Argentina: Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos, 1960-1985*". Buenos Aires, Publicación de la Oficina Panamericana de la Salud.

Belmartino S, 1996, "Las obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40" en Lobato MZ. (ed.), *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en Argentina*, Buenos Aires, Ed. Biblos, Universidad Nacional de Mar del Plata, págs. 211-246

Belmartino S, 2000, *Nuevas reglas de juego para la atención médica en Argentina. ¿Quién será el árbitro?*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

Giordano O., 1993, "La desregulación y el rol del Estado" en *Medicina y Sociedad* 16 4 págs. 2-10

Giordano O, Colina J., 2000, "*Las reformas al sistema de salud ¿El camino hacia un sistema universal, equitativo y eficiente?*" Serie Documentos Nº 15, Buenos Aires: Fundación Novum Millenium.

Olivera F., 2000, "El empleo nuevo es, en su mayoría, clandestino" en *La Nación*, 29/6/2000.

Repetto F., 2000, "Gestión pública, actores e institucionalidad: Las políticas frente a la pobreza en los '90". *Desarrollo Económico* Nº 39 156: 597-618.

Verdejo, G., 1988, "*Argentina. Situación de salud y tendencias 1986-1995*". Washington, OPS/OMS

(*) Docente e investigadora de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Investigadora del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario.