



INSTITUTO NACIONAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

**LAS REGULACIONES DEL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA.  
DIMENSIONES CONCEPTUALES PARA EL ESTUDIO DE LA  
CAPACIDAD INSTITUCIONAL.**

**AUTOR**

**DR. GUILLERMO V. ALONSO**

**INVESTIGADOR ASISTENTE**

**LIC. MARTÍN LANGSAM**

**ASISTENTE TÉCNICO**

**DARÍO IMPALA**

**Serie III. Políticas Públicas. Documento nro. 41**

**DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTUDIOS Y DOCUMENTACIÓN  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN**

**BUENOS AIRES 1999**

---

**INDICE**

<b>Introducción</b>	<b>3</b>
<b>I. Las reformas de los sistemas de salud. Escenarios y tendencias</b>	<b>3</b>
I.1. Contexto y lógica de las actuales reformas	3
I.2. Las características del mercado de salud	4
I.3. La intervención estatal y la búsqueda de la equidad	8
I.4. Modalidades de intervención estatal	9

I.5. La reforma del sector salud en la Argentina	12
I.6. Un balance provisorio de la introducción de la “salida” en el sistema de obras sociales	24
<b>II. Elementos teórico-metodológicos para el análisis de las capacidades regulatorias estatales</b>	<b>31</b>
II.1. Esquema conceptual	31
II.1.1. Los prerequisites para desarrollar poder regulatorio estatal: autonomía y capacidades institucionales	31
II.2. La identificación de brechas de capacidad y su respectivo nivel de análisis	35
II.2.1. Tipos de brechas de capacidad. Su conceptualización	36
<b>Bibliografía</b>	<b>40</b>

## **Introducción**

Este documento de trabajo constituye un informe de avance de la investigación: “La reforma de los sistemas de prestaciones sociales. Análisis de su regulación y control estatal”, que cuenta con un subsidio del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (PIP 0143/98).

En la primera etapa del proyecto se estudia el caso de la reforma del sistema de salud argentino, en especial las capacidades regulatorias estatales disponibles en el sector y su institucionalización en la Superintendencia de Servicios de Salud.

En este documento presentamos los lineamientos conceptuales y metodológicos que orientan la investigación. En la primera parte, analizamos los escenarios y tendencias más generales que caracterizan a los procesos de reforma de los sistemas de salud, especialmente los nuevos roles regulatorios estatales. Luego, presentamos un marco teórico-metodológico para el análisis de capacidades institucionales. El desarrollo de éstas es considerado el requisito indispensable para el sostenimiento de la regulación estatal en ésta y otras áreas de política pública, de ahí la relevancia de su estudio particularizado.

Elaborados los insumos teórico-metodológicos básicos, la investigación continuará mediante la aplicación de éstos al análisis de las capacidades institucionales de la Superintendencia de Servicios de Salud.

## **I. Las Reformas de los Sistemas de Salud. Escenarios y Tendencias.**

### **I. 1. Contexto y lógica de las actuales reformas.**

En años recientes distintos países latinoamericanos, acompañando una más amplia tendencia internacional, han promovido procesos de reforma de los sistemas de salud. Nuestro país no ha escapado a esta tendencia. Sin duda, los cambios en el ámbito de la salud se vinculan al contexto mayor de la crisis y la transformación de los sistemas de políticas sociales, así como a los reajustes que exigen los cambios estructurales desencadenados por el impacto de la economía globalizada. De retorno de las posiciones más polarizadas que cifraban en la “retirada” del estado toda la solución, y más allá de los paradigmas que encontraban en la omnipotencia estatal la respuesta a todos los problemas, hacia finales de los noventa ha sonado la hora de “una reinención de los servicios sociales” (Cunill Grau, 1999).

El rediseño de los sistemas de prestaciones sociales debe ser entendido como tributario de un proceso de construcción de ciudadanía, que garantice el acceso equitativo a los bienes y servicios cuyo disfrute constituye una precondition básica para participar como miembro pleno de la comunidad política. A diferencia de perspectivas unilaterales que enfatizaban exclusivamente la dimensión de los derechos ejercidos por un ciudadano pasivo, la cuestión también debe comprometer la corresponsabilidad entre el ciudadano y el estado. Esta es la clave para el desarrollo de servicios sociales equitativos pero también eficientes y fiscalmente viables. El pleno reconocimiento por parte del estado de los derechos de ciudadanía, que deben ser apuntalados por las reformas de los siste-

mas de prestaciones sociales, no puede dejar de apelar, al mismo tiempo, a la responsabilidad fiscal y pública del ciudadano, no sólo en tanto usuario de los servicios sino sobre todo en un esfuerzo contributivo que sea proporcional al nivel de ingreso y del patrimonio.

En el caso específico de las reformas de los sistemas de salud han tendido a homogeneizarse ciertas definiciones comunes para la identificación de estos procesos. La amplitud, el alcance y la profundidad de las iniciativas, mediante la transformación de las estructuras institucionales y organizacionales de los sistemas, parecen ser los requisitos necesarios de un proceso de reforma. En este sentido, Knowles y otros (1997) proponen una definición básica y suficientemente abarcativa del proceso de reforma del sistema de salud, pues entienden a éste como “un proceso que aspira cambiar de manera significativa las políticas, programas y procedimientos nacionales a través del cambio de las prioridades, leyes, reglamentos, estructura administrativa y organizativa y ordenación financiera del sector salud. Las metas centrales a menudo buscan mejorar el acceso, la equidad, la calidad, la eficiencia y/o la sustentabilidad del sector” (pag. 2).

En cuanto a los objetivos sustantivos de las reformas, la experiencia internacional reciente muestra diversas estrategias hacia la reformulación de las funciones estatales en salud, tendientes a redefinir un nuevo *mix* público-privado. Por ejemplo, a partir de las reformas introducidas en el *National Health Service* inglés se ha venido observando una tendencia a la disociación entre las funciones de financiamiento y provisión. De acuerdo a este nuevo esquema el estado se concentra en la función de compra y contratación de servicios a los prestadores, sean públicos o privados. Otra característica que prevalece en las estrategias reformistas es la búsqueda de que el financiamiento acompañe la opción del paciente, mediante el subsidio a la demanda antes que a la oferta. En este nuevo contexto el Estado asume una función más cercana a la de asegurador y regulador que a la de prestador. En otros esquemas de reforma se favorece una apertura hacia la expansión de los mercados en la esfera del aseguramiento.

## **I. 2. Las características del mercado de la salud.**

El mercado de la salud no responde a los supuestos de los mercados competitivos, pues se caracteriza por elementos de información y competencia imperfectas. El mercado de la salud no cumple con los supuestos de homogeneidad del producto, presencia de múltiples oferentes e información perfecta del consumidor, quien en los mercados competitivos, además, es el pagador de la totalidad del precio (Stiglitz, 1992).

En el campo de la salud el consumidor actúa bajo condiciones de información incompleta, lo que dificulta una correcta asignación de sus recursos cuando enfrenta la toma de decisiones. El usuario carece de información perfecta respecto del conjunto de dimensiones que inciden de distinto modo en su estado de salud. Actualmente la medicina considera que las condiciones de vida y hábitos cotidianos tienen un impacto sobre la salud y la esperanza de vida que difícilmente pueda ser subestimado. Pero es poco probable que la persona promedio conozca con exactitud qué tipo de hábito y en qué grado puede afectar su salud. Asimismo, las (des)mejoras en los niveles de salud de la población pueden depender de factores -ambientales, de saneamiento básico, educacionales, urbanísticos- que no están directamente relacionados con la atención médica y los servicios de salud. Esto se vincula con la existencia de externalidades, tanto positivas como negativas, que no pueden ser valoradas con precisión ni evaluadas desde el punto

de vista económico por el agente individual.

Las limitaciones de información que afectan al paciente ocasionan que sus demandas de atención médica sean de tipo predominantemente curativo o restauratorio: es decir, se activan una vez que ha sobrevenido la enfermedad, en lugar de la demanda de acciones preventivas. Este es otro factor que provoca, por el lado de la demanda, problemas de solución subóptima desde el punto de vista asignativo, con un importante impacto a nivel de costos (Katz y Muñoz, 1988).

Los problemas de información incompleta también pueden afectar al profesional de la salud en diversas situaciones. Obviamente, esto ocurre en un grado menor que en el paciente, y de ahí la relación desigual que se establece entre éste y el médico. En la atención médica hay serias limitaciones a la “soberanía del consumidor”, ya que el profesional de la salud dispone de un fuerte control asimétrico de la información sobre los diagnósticos y terapias más adecuadas, mientras que el paciente debe confiar en el acierto del médico. Ello convierte a los médicos en agentes hegemónicos en el proceso de producción de salud (Miranda Radic, 1993), y la asignación de recursos obedece sobre todo a las decisiones de la oferta (Katz y Muñoz, 1988). La asimetría de información entre un profesional que detenta el conocimiento experto y un paciente que desconoce las causas de su enfermedad, así como los medios más adecuados para tratarla, reduce muy significativamente la capacidad de decisión del usuario del servicio de salud.

En la atención médica el paciente compra fundamentalmente las habilidades y el conocimiento del médico, pero la valoración de estos aspectos por parte del consumidor es de una complejidad notablemente mayor que con otro tipo de bienes. La heterogeneidad característica de los servicios de salud vuelve muy complejo las comparaciones en términos de precio y calidad. Desde el punto de vista del paciente es incierto distinguir si la disminución de aranceles por parte de determinado médico no es más que un intento de éste para revertir una baja en la demanda de sus servicios como consecuencia de impericia profesional. Asimismo, un precio más alto no es necesariamente un indicador de mejor prestación por parte de un médico, ya que para evaluarla debe conocerse con exactitud qué servicios fueron prestados. Las recomendaciones interpersonales sobre los servicios de un médico no aportan mejor información para decidir, pues un tratamiento oportuno y exitoso para un paciente no garantiza que también resulte adecuado frente a otro paciente afectado por un problema de salud diferente (Stiglitz, 1992).

Otra característica central del mercado de salud es el amplio desarrollo de los seguros, como consecuencia de la incertidumbre que enfrentan las personas y de los elevados costos de las prestaciones médicas. Se introduce entonces el fenómeno del *tercer pagador*, mediante el cual gran parte o la mayoría de lo que se consume en salud no es pagado directamente por los consumidores. Este es otro factor de desestímulo para que el usuario, que ya enfrenta con incertidumbre la opción por los honorarios más bajos, tienda a buscar al profesional o servicio menos costoso (Stiglitz, 1992). En sistemas de pago “por acto médico” el mecanismo de *tercer pagador* tiende a promover situaciones de sobreconsumo, y cuando se busca contrarrestar a través del pago “por cápita” el riesgo posible es la subprestación.

La colegiación profesional y las regulaciones corporativas que de ella se derivan funcionan como otra traba para la competencia en términos de precio. Los colegios profesionales suelen regular los aranceles que deben cobrar su afiliados y parte de los requi-

sitos habilitantes para el ejercicio profesional. De hecho, los profesionales disponen de sanciones para aplicar a los colegas que se aparten de la regulación corporativa. Estos arreglos institucionales favorecen *cartelizaciones* de facto entre oferentes de servicios de salud e instalan una notoria asimetría de “poder de mercado” entre proveedores y usuarios.

La estructura de mercado que tiende a configurarse es de tipo oligopólico, con el desarrollo de estrategias de diferenciación de servicios. Mediante mecanismos de “packaging” o similares el proveedor presenta un producto idéntico pero con distintas formas, induciendo al consumidor a pagar un precio distinto al considerarlo como un producto diferente. Esto obedece a una estrategia de segmentación de mercados, en cada uno de los cuales el proveedor maximiza con un precio diferente y obtiene una ganancia superior.

Con el desarrollo de las instituciones de la seguridad social, que funcionan como grandes compradores de servicios de salud, se fue constituyendo una situación de oligopolio bilateral. Ello tendió a generar una lógica de formación de precios que, en lugar de reflejar el costo competitivo de producción, refleja fundamentalmente el poder relativo de negociación y la capacidad de posicionarse en la puja distributiva por parte de los grandes grupos de oferentes y demandantes de servicios (Katz y Muñoz, 1988).

La expansión de los mercados de seguros en salud enfrenta algunos problemas que le son inherentes a sus características. Entre estos sobresalen los problemas de selección adversa. En un contexto de afiliación abierta los seguros competitivos desarrollarán estrategias de “descreme”, tendientes a captar a los menores riesgos, tanto por status de salud como por edad, y a los ingresos altos. Este problema podría ser contrarrestado mediante mecanismos de subsidios ajustados por riesgos de salud. La selección adversa también podría deparar que aseguradores eficientes, no obstante, sean desplazados del mercado por otros menos eficientes pero que han seleccionado una población de menor riesgo. El asegurador que “descrema” no hace más que desplazar costos hacia otros aseguradores o al sistema público de salud. De este modo, el resultado agregado no representa ganancias en términos de bienestar social. Un sistema de seguros de salud competitivos depende fundamentalmente de la capacidad efectiva de evitar las estrategias de selección adversa (Bertranou, 1999).

Otro importante factor que podría bloquear la competencia es el fenómeno de la “persistencia” en un plan de salud por parte de los afiliados, aun en condiciones de libre elección del seguro. El presupuesto fundamental para que los seguros se comprometan en la competencia por precio y se generen dinámicas eficientizadoras es la existencia de consumidores sensibles a las diferencias en el valor de las primas y dispuestos a cambiar de asegurador. La decisión de cambiar de asegurador conlleva costos para el asegurado en términos de alterar relaciones médico-institución-paciente, cuya continuidad puede ser más valorada por el paciente que las ganancias monetarias derivadas de un cambio. Si no opera el mecanismo del “voto con los pies” queda bloqueada la competencia y el ciclo eficientizador supuesto en los incentivos de mercado.<sup>1</sup> El cambio de seguro también repre-

---

<sup>1</sup> En este punto es conveniente recordar lo que advierte Le Grand (1998) sobre algunos de los nuevos mecanismos tendientes a introducir incentivos de mercado en los servicios sociales. Estos mecanismos, al igual que muchos de las concepciones que sostenían al Estado de Bienestar tradicional, probablemente se basen en supuestos demasiado simples sobre la motivación y conducta humana.

senta costos de información para el usuario, quien deberá informarse acerca de las distintas opciones, conocer y comprender los contenidos de los nuevos planes (Bertranou, 1999).<sup>2</sup>

La introducción de mecanismos de competencia en los sistemas de salud no producirían los efectos esperados de acuerdo a la lógica de los mercados en general. En algunas de las reformas recientes se observa que el elemento “purificador” de ineficiencias que lograría la dinámica competitiva no se cumple necesariamente en el mercado de la salud. Debido a la naturaleza no opcional que tiene el consumo del bien salud, es probable que los agentes “ganadores” en el mercado puedan sobrecargarse, deteriorando su nivel de eficiencia, mientras que los “perdedores” logren igualmente permanecer en el mercado, operando con capacidad ociosa pero con los mismos costos fijos, elevándose los costos del sistema (Lobato, 1997; citado en Cunill Grau, 1999).<sup>3</sup>

Además, otro efecto inesperado de las reformas que introducen mecanismos de mercado en el campo de la salud podría ser el incremento de la burocratización. Este factor se observa, por ejemplo, en la reforma británica, con el reforzado peso de la burocracia de los administradores y en el incremento del gasto administrativo.<sup>4</sup> Estos aspectos contrarían uno de los objetivos más proclamados de una reforma que se postulaba tendiente a atacar los problemas de un sistema ya muy burocratizado. A su vez, el peso creciente de los administradores ha introducido nuevas tensiones dentro del sistema, configuradas por los criterios disímiles entre éstos y los médicos (Gladstone y Goldsmith, 1995).

La consideración de los problemas que caracterizan el funcionamiento de los mecanismos de mercado en el ámbito de la salud no implica negar la conveniencia de recurrir a ellos cuando sea posible en determinados casos, sino reconocer las especificidades del mercado de salud y la complejidad que plantea, tanto en la concepción como en la implementación, el diseño de los marcos institucionales más adecuados para incentivar ciertos comportamientos entre los agentes involucrados. Tanto la teoría como la experiencia internacional no parecen aconsejar una confianza excesiva en el recurso a los mecanismos de mercado para resolver los problemas que enfrentan los sistemas de

---

<sup>2</sup> Según un estudio de Schut y Hassink (1999) en el sistema de fondos de enfermedad holandés reformado se observaría baja propensión a cambiar de fondo por parte de los afiliados. En ausencia de consumidores interesados en la búsqueda de una cobertura más barata los fondos de salud carecen de incentivos para reducir precios. Cuando se compara con el sistema de seguros grupales de Estados Unidos se hace más evidente la baja propensión a buscar alternativas y cambiar de fondo por parte de los beneficiarios holandeses. En el sistema norteamericano quien realmente contrata con el seguro es el empleador en la mayoría de los casos, mientras que el trabajador ejerce su opción en base a la restringida preselección que le ofrece la empresa. En el sistema holandés reformado el afiliado puede ejercer su opción sobre el total de fondos existentes, lo que implica que su elección conllevaría más altos costos de información que si debiera elegir entre un número considerablemente acotado de opciones. Lo que marca esta diferencia es que la propensión para ejercer la “libre” elección se asocia con una fuerte restricción en su alcance y la existencia de un intermediario.

<sup>3</sup> La introducción de mecanismos de cuasi-mercado para mediar las relaciones entre compradores y proveedores también puede promover comportamientos de interacción no previstos desde el supuesto habitual de las situaciones de competencia. Como ilustra el caso británico, las relaciones entre éstos pueden organizarse de un modo más cooperativo tendiente a viabilizar acuerdos y contrataciones de largo duración, lo que podría atenuar las presiones para disminuir costos (Campos Braga Neto, 1998).

<sup>4</sup> Según Alan Maynard (1995) se calcula que en los primeros años de la reforma se dio un incremento del costo en recursos administrativos de alrededor de 1.000 millones de libras, sin que se conozca el costo-efectividad de este gasto adicional.

salud.<sup>5</sup>

### I. 3. La intervención estatal y la búsqueda de la equidad.

No sólo lo que habitualmente se conoce como *fallas de mercado* hace necesaria la intervención del Estado, también el problema de la desigualdad constituye un factor que justifica la intervención pública. Esto remite a la idea de la existencia de bienes y servicios, como los de atención sanitaria, cuyo acceso debe estar garantizado a las personas independientemente de su nivel de ingreso o condición social (Stiglitz, 1992). En razón de esto, los servicios de salud son caracterizados como *bienes meritorios*, pues los mecanismos de mercado no pueden garantizar el acceso universal y equitativo a ellos. Por ello, la intervención pública tiene que comprometerse en su financiamiento y establecer a través de la decisión política los criterios de distribución del bien salud en sustitución de la “soberanía del consumidor”.

La posición que sostiene que la provisión de los servicios de salud debe fundarse en el criterio de “igual acceso a igual necesidad” con independencia de su nivel de ingreso es conocida como *igualitarismo específico*. En la actualidad ha cobrado fuerza la idea de que el derecho de todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria debe estar garantizado mediante el acceso a un nivel básico de servicios y prestaciones (Stiglitz, 1992), aunque todavía no se ha alcanzado un consenso general sobre *qué* debe contener el “paquete” obligatorio.

En un contexto de austeridad fiscal parece atractiva la idea de promover la cobertura de salud a través del recurso a la expansión creciente de los seguros privados. Quienes tengan capacidad adquisitiva suficiente para trasladar demanda al mercado de los aseguradores privados podrían resolver su cobertura de salud en este ámbito. En teoría, este desplazamiento descomprimiría la presión sobre el financiamiento público, que podría concentrarse en la atención de los sectores de menores ingresos. Sin embargo, la expansión de los seguros privados conlleva serios riesgos que deben ser tomados en cuenta. Una de las consecuencias más generales que parece desprenderse de los esquemas duales es que “los servicios para pobres terminan siendo pobres servicios”. La contracara necesaria de esto es que probablemente la dualización entre una clientela para el Estado y otra para el mercado acentúe el potencial veto contributivo de los ciudadanos que al canalizar su demanda a través del sector privado recibirán cada vez menos prestaciones del Estado o de los seguros sociales. ¿Por qué contribuir a mantener aquello que atiende exclusivamente a otros?<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup>En ocasión de un seminario organizado por el Banco Mundial en 1990, y refiriéndose a los aspectos teóricos involucrados en la introducción de mecanismos de mercado en los sistemas de salud, William Hsiao sostuvo que: “Los países en desarrollo pueden aprender que el control de los gastos en salud al tiempo que se provee cobertura universal e igual acceso al cuidado de la salud no ha sido logrado a través de los mecanismos del mercado en los países más poderosos” (citado en OSDE-FADE, 1999).

<sup>6</sup> Refiriéndose a los problemas de las estrategias que excluyen a ciertos sectores del financiamiento público, el Banco Mundial (1993) advierte: “la política de exigir que los que pueden hacerlo sufragan la totalidad o una parte de sus gastos, si bien puede parecer sensata por razones de equidad, tiene también sus desventajas. Con frecuencia, los costos administrativos de orientar la atención de salud a beneficiarios específicos son elevados, y la exclusión de los grupos de población ricos y de ingresos medianos puede llevar a una erosión del respaldo político a la adopción del conjunto de servicios esenciales y a una disminución del financiamiento y la calidad de la atención”.

En los sistemas de seguros privados los aportes no son proporcionales al nivel de ingreso, las primas no sólo son elevadas sino que también son uniformes, además se agregan primas extras a medida que aumenta la carga familiar del asegurado (Abel-Smith, 1994). Estos factores limitan la posibilidad de una expansión creciente de la cobertura de los seguros privados, que seleccionan riesgos y buscan captar a los clientes potenciales de mayor ingreso y con menor carga familiar. Los seguros privados presentan elevados niveles de gasto administrativo, como consecuencia de las actividades de comercialización y publicidad en la que estos sistemas son intensivos.<sup>7</sup> Además, debe sumarse el costo adicional representado por las utilidades. Todos estos costos pueden trepar hasta un nivel equivalente a casi la mitad de la prima de las pólizas individuales (Abel-Smith, 1994). El resultado es, generalmente, un elevado gasto en salud, al mismo tiempo que importantes sectores sociales no son alcanzados por la cobertura de los seguros privados. Al quedar atado el nivel de acceso a la salud a la capacidad adquisitiva individual no hay presencia de mecanismos redistributivos. En los seguros públicos se garantiza, al menos de acuerdo a un estándar básico de prestaciones, igual acceso a todos los asegurados según igual necesidad, por eso se opera una redistribución desde los obligados con mayor ingreso hacia los de menor ingreso, además se evitan los copagos elevados.

Estos aspectos constituyen razones a favor de la intervención del Estado en el campo de la salud, pues existe amplio consenso en que el mercado no puede resolver las necesidades de acceso a la salud de las personas sin provocar grandes desigualdades y exclusiones. Aun desde una perspectiva estrictamente económica se admite que dada la interdependencia de las funciones de utilidad de las personas existe interés en las condiciones de bienestar del resto de la sociedad, lo que promueve mecanismos redistributivos en favor de los sectores con menor ingreso y mayor riesgo de salud (Miranda Radic, 1993).

#### **I. 4. Modalidades de intervención estatal.**

El conjunto de factores señalado en los dos apartados anteriores fundamenta la intervención del Estado en el sector salud, cuya amplitud y características dependerá de los arreglos institucionales que establezcan los equilibrios específicos entre las funciones aseguradoras, prestadoras y regulatorias. La experiencia internacional muestra diferentes modalidades organizativas de los sistemas de salud, que implican distintas formas de enfrentar problemas tales como las fallas de mercado, los problemas de desigualdad y el incremento del gasto. El abanico de soluciones puede abarcar desde sistemas de servicios o seguros nacionales de salud, con diverso grado de descentralización, sistemas de seguridad social y esquemas de competencia regulada con base en seguros privados.

El carácter público del financiamiento está determinado por la obligatoriedad del aseguramiento. Una primera cuestión referida a este punto se vincula con la financiación a través de impuestos generales o aportes y contribuciones sobre la nómina salarial. A excepción de los servicios nacionales de salud, habitualmente financiados por rentas generales, en muchos países tiende a prevalecer un *mix* en la estructura del financia-

---

<sup>7</sup> A modo de ejemplo puede citarse el caso del sistema de salud norteamericano, donde predominan los seguros privados: en los últimos años el peso del gasto administrativo en el gasto total se ha ubicado en alrededor del 25% (Waitzkin, 1997).

miento, pero con creciente peso relativo de los impuestos generales. Esto último parece ser lo aconsejable desde el punto de vista de la equidad, pero no todos los países están en condiciones de sustituir en lo inmediato una fuente de financiamiento por otra.

Además, la organización de la esfera del aseguramiento muestra también divergencias en la experiencia internacional: puede tratarse de un asegurador público monopolístico (sistemas de servicios o seguros nacionales), con escasas porciones de mercado para los seguros privados, o puede incorporarse competencia también en la esfera del aseguramiento. Esto último ocurre en las experiencias de reforma inspiradas en el paradigma de la competencia regulada (Holanda y Colombia), en esquemas de seguro obligatorio “mercantilizado” (Chile), así como en Estados Unidos, aunque en este caso se trata de un esquema de aseguramiento voluntario con predominio de seguros privados.

La introducción de mecanismos de mercado, ya sea en la esfera del aseguramiento y/o la provisión, está exigiendo un creciente desarrollo de funciones regulatorias por parte de los estados. La solución organizada en torno a la definición de un *paquete básico y común de prestaciones* para todos los beneficiarios exige mejor control y regulación pública antes que “menos” Estado.<sup>8</sup> Pues aunque quede en manos del individuo la elección del prestador directo, alguna entidad tendrá necesariamente que asumir las funciones de definir la composición de la canasta básica, negociar con los prestadores los valores de ese paquete universal, garantizar el acceso igualitario a todos los beneficiarios del sistema, distribuir información y vigilar por el mantenimiento de la calidad de los servicios. No parece haber candidato más adecuado para asumir estos roles que el propio Estado.

La intervención regulatoria busca contrarrestar las fallas de mercado, y abarca aspectos vinculados a la oferta, los procesos y los resultados de los sistemas de salud. Desde el punto de vista de la oferta, la experiencia internacional muestra regulaciones referidas a la formación de los recursos humanos, tanto cuantitativa como cualitativamente. Además de lo vinculado con la políticas universitarias, estos roles se cumplen mediante mecanismos de acreditación y recertificación periódica de médicos e instituciones. El desarrollo de dichas funciones se ha vinculado en los últimos años con la creciente importancia del factor *calidad* como criterio regulador de los sistemas de salud. La evolución histórica ha mostrado una transición que llevó desde las prácticas tradicionales para la evaluación del trabajo médico mediante los controles habituales de la vida hospitalaria, pasando por la formación de los mecanismos de las auditorías médicas, hasta la consagración de criterios más rigurosos para evaluar las prestaciones de salud en base al mejoramiento y garantía del factor calidad.

Esta nueva tendencia en el ámbito de los servicios de salud hace eco de la problemática sobre la *calidad total* emergente del mundo de la producción, que ha buscado expandir el proceso de control de calidad desde el producto final a todas las fases productivas, desde el diseño hasta la comercialización. El proceso de terciarización de las economías también favoreció la propagación del enfoque de *calidad total* hacia los servicios, entre los cuales se encuentran los de salud. Es decir que la convergencia de factores endógenos y exógenos al propio campo sanitario ha llevado a la constitución de una

---

<sup>8</sup> Para una aproximación conceptual al análisis de capacidades institucionales regulatorias por parte del estado ver la segunda parte de este trabajo.

auténtica *corriente de calidad* en el ámbito del sistema de salud (Arce, 1997).

El factor calidad como criterio para la regulación de los sistemas coloca en un lugar central a funciones específicas tales como categorización y certificación profesional. Así como la categorización de establecimientos públicos y privados, mediante la jerarquización de las instituciones según niveles de complejidad o por riesgos de las patologías que atienden, y de acreditación, a efectos de observar indicadores de calidad en términos de proceso y resultados a través de evaluaciones sustentadas en estándares conocidos (Arce, 1997).

Otro aspecto que requiere regulación estatal es la incorporación de tecnología y de medicamentos. Respecto a este último factor existe controversia entre la posición que aconseja regular mediante la determinación y operación en base a paquetes de productos “genéricos” en el mercado farmacéutico (Banco Mundial, 1993), por ejemplo, y la de quienes sostienen la inconveniencia de eliminar las rentas innovativas que este mecanismo supondría, pues ello desestimularía las actividades de investigación y desarrollo por parte de los agentes económicos, lo que limitaría la búsqueda de nuevos productos (Katz, 1995). Esta última posición recomienda, no obstante, un fuerte marco regulatorio que proteja el interés del usuario y a la vez no bloquee la acción innovativa.

Aun cuando los resultados en salud están influenciados por múltiples factores y no sólo por la atención médica, en los países desarrollados se recurre cada vez más a los indicadores de resultados en salud (cambios en morbilidad, fecundidad, etc.) de la población como medida de la calidad de la atención y de la performance general de sus sistemas de salud (Knowles y otros, 1997).<sup>9</sup>

En un marco regulatorio que introduce la competencia entre aseguradores y/o prestadores, éstos podrían competir, según algunas propuestas, no sobre la base de precio, cobertura de servicios o calidad, sino por los resultados de salud de las poblaciones bajo su cobertura (Tobar, 1999). Para que ello fuera posible los aseguradores recibirían cápitales ajustados por riesgo, de modo de contrarrestar la selección adversa, lo que debería ser diseñado y aplicado por la agencia regulatoria estatal. Además, los aseguradores y/o prestadores, serían incentivados por las mejoras epidemiológicas que logren en su población afiliada. Para poder efectivizar estos criterios de evaluación con fines regulatorios es necesario el desarrollo de complejos sistemas de producción y distribución de información sanitaria, atendiendo al monitoreo de los resultados en términos de perfiles epidemiológicos. Ello exigiría el fortalecimiento de capacidades técnicas y administrativas no sólo de la agencia regulatoria sino también de todas las agencias estatales involucradas en el sector salud.

---

<sup>9</sup> Debido a la extrema complejidad para establecer con precisión el impacto que la atención médica tiene en la determinación de los resultados en salud, ya que son múltiples los factores que tienen importante influencia, los países de la OCDE han comenzado a explorar la utilización de indicadores más adecuados para medir el rol de los sistemas en la producción de los resultados en salud. En vez de los indicadores tradicionales, como tasas de mortalidades y esperanza de vida, se atiende cada vez más a indicadores que captan mejor el vínculo entre las intervenciones sanitarias y los resultados en salud. Algunos de estos son: tasas de mortalidad y morbilidad evitables, tasas de sobrevivencia con posterioridad a una intervención o tratamiento determinado, tasas de ocurrencia de episodios directamente vinculados a intervenciones sanitarias, como infecciones hospitalarias o complicaciones en cirugías de rutina, etc. (Ver: OCDE, 1999: *Health Outcomes in OECD countries. A Framework of Health indicators for outcome-oriented policymaking*, *Labour market and Social policy-Occasional Papers*, N° 36.

Otra función regulatoria clave que debe cumplir el Estado es el suministro de información al usuario de los servicios de salud, de tal manera de contribuir a la superación de los problemas de asimetría de información. El asegurado debe recibir información que lo oriente en su decisión. Las agencias reguladoras deben generar y distribuir información sobre el desempeño de los prestadores, así como sobre la composición de las prestaciones obligatorias, los medicamentos y los costos y eficacia de los servicios. También debe difundirse información sobre los niveles de acreditación de los hospitales e instituciones prestadoras (Banco Mundial, 1993). El Estado debe tener a su cargo las campañas de promoción de nuevos estilos de vida favorables a una mejor salud, así como promover los modelos de medicina preventiva.

Si se trata de orientar la elección de asegurador por parte del usuario el Estado regulador debe fiscalizar el cumplimiento efectivo de los planes médico-asistenciales, facilitar el análisis de las distintas alternativas y garantizar el acceso a información adecuada sobre las condiciones de suscripción de los contratos. Dentro de los instrumentos regulatorios que deben incorporarse es necesario contar con una eficaz gestión estatal en actividades de control, tales como auditorías anuales de los seguros, controles financiero-contables periódicos y el establecimiento de requisitos de capital mínimo y reservas técnicas. Complementariamente a la protección al usuario ejercida por las agencias reguladoras también pueden desarrollarse entidades articuladoras de demanda o asociaciones de consumidores.<sup>10</sup>

Uno de los rasgos principales de las actuales reformas a los sistemas de salud son los procesos de descentralización. Este aspecto exige el desarrollo de políticas de coordinación, compensatorias y redistributivas entre regiones por parte de los niveles estatales centrales. Como consecuencia de los nuevos contextos, uno de los principales *bienes públicos* que debe producir el Estado es la elaboración de una política nacional de salud, que evite la desarticulación y fragmentación del sistema. Además de las estrategias encaminadas a lograr mayores niveles de coordinación entre entidades subnacionales, la política nacional también debería inducir la transformación de los modelos de gestión sanitaria, promoviendo la atención primaria y la medicina preventiva. Todo esto requeriría del diseño de ámbitos institucionalizados de negociación y toma de decisiones conjuntas entre la autoridad nacional y la estadual o provincial.

## **I. 5. La reforma del sector salud en la Argentina.**

El sistema de salud argentino se ha configurado a través del desarrollo de tres subsectores: uno público, otro comprendido dentro de la seguridad social y un tercer sector de

---

<sup>10</sup> Un antecedente importante de estas entidades apareció con la frustrada reforma del gobierno de Clinton al sistema de salud norteamericano. Por el lado de la demanda se promovía la creación de entidades compradoras de seguros conocidas como *Alianzas de Salud*. Estas entidades podían ser organizadas por los gobiernos estatales y serían representativas de grupos grandes de afiliados, reclutados entre los empleadores y trabajadores individuales. Desde el punto de vista de sus promotores, esta reorganización de la demanda permitiría contrapesar el poder de los aseguradores, forzándolos a competir por precios y calidades. Ello generaría una presión constante sobre las grandes compañías aseguradoras o las HMOs para bajar el valor de las primas, a su vez se establecería una dinámica de contención de costos mediante el disciplinamiento arancelario de profesionales y hospitales. Las Alianzas de Salud funcionarían como “consumidores informados”, que articularían el poder de compra de los beneficiarios individuales y tomarían decisiones sobre costos y calidad de los servicios que atenuarían las asimetrías de información (Díaz Muñoz, Levkovich, Lima Quintana y Ramos (1994).

seguros privados. El rasgo más evidente del sistema es la desarticulación entre los distintos subsectores que lo conforman y la fragmentación que tiende a manifestarse dentro de ellos. Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud (1998) los principales problemas que aquejan al sistema son: “la deficiente articulación de los subsectores, la desigualdad en los niveles de calidad de la atención de salud y el acceso limitado de algunos grupos poblacionales a los servicios” (pag. 1). También debería considerarse el bajo nivel de regulación con que se desarrollaron algunos subsectores, especialmente el de seguros privados.

Según datos de la Secretaría de Programación Económica, en 1995 el gasto total en salud fue de alrededor de 20.500 millones de dólares, lo que representó un nivel equivalente al 7,26% del PBI y un gasto per cápita de 590 dólares al año (Ver Cuadro 1). Comparado con países de análogo desarrollo y cobertura en salud la proporción de recursos es de magnitud muy significativa, e incluso de un nivel cercano al que se observa en países desarrollados que destinan una gran masa de recursos a la atención de salud. Sin embargo, cuando se compara con éstos en términos de valores absolutos de gasto per cápita la diferencia es notoria (de Flood, 1997).<sup>11</sup> Además, hay que diferenciar según la naturaleza de los distintos componentes del gasto. Sólo los gastos del subsector público y el de seguridad social cumplen funciones redistributivas, mientras que el componente del gasto privado (43,5% del total) no se articula a los fines de la política de salud. Es decir que el gasto solidario per cápita alcanzaría a alrededor de 335 dólares/año.

---

<sup>11</sup> Estados Unidos, Canadá y Alemania gastaban por habitante en 1990: 2.763, 1.945 y 1.511 dólares respectivamente.

## Cuadro 1

### Gasto en Salud. Año 1995

#### En millones de Pesos Corrientes

CONCEPTO	Montos	% PBI	%
<b>I. SUBSECTOR PÚBLICO</b>	4.654	1,66	22,8
- Gobiernos Nacionales (1)	694	0,25	3,4
- Min. Salud y Ac. Social y Min. de Educación y Cultura (2)	504	0,17	2,5
- Ministerio de Defensa y otros (3)	190	0,01	0,9
- Gobiernos Provinciales (4)	3.531	1,26	17,3
- Gobiernos Locales	428	0,15	2,1
<b>II. SUBSECTOR SEGURIDAD SOCIAL</b>	6.858	2,44	33,6
- Obras Sociales del ANSSAL y otras de nivel Nacional	3.056	1,09	15,0
- PAMI (INSSJP)	2.574	0,91	12,6
- Obras Sociales Provinciales	1.228	0,44	6,0
<b>III. GASTO DIRECTO FAMILIAS (estimación preliminar)</b>	8.888	3,16	43,5
- Cuotas pre-pagos y planes médicos	2.520	0,90	12,4
- Medicamentos	3.039	1,08	14,9
- Otros	3.329	1,18	16,2
<b>IV. TOTAL</b>	<b>20.399</b>	<b>7,26</b>	<b>100,00</b>

Fuente: DNP GS - SPE

Referencia: PBI - \$ 281.039 millones

(1) Para el cálculo del gasto se asignan las transferencias de fondos de la Nación a las provincias o a los organismos de la seguridad en estas últimas jurisdicciones y se restan del gobierno nacional. Ello significa que el Presupuesto de la Nación va a resultar superior de los montos señalados en los cuadros que se presentan y la diferencia va a ser el valor de las transferencias.

(2) Incluye los programas Ministerio de Salud y los hospitales-escuela dependientes de las Universidades Nacionales (Ministerio de Cultura y Educación), que realizan prestaciones para toda la prestación.

(3) Incluye los hospitales de las Fuerzas Armadas, Policía Federal, que proveen prestaciones limitadas sólo a sus miembros.

(4) Incluye Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires

Tomado de Flood (1997).

De acuerdo a lo establecido por algunas encuestas en 1995 los principales rubros del gasto privado, considerados en forma decreciente en importancia, eran: medicamentos, pago de seguros privados, consultas particulares a médicos, odontólogos y otros profesionales, y observándose una baja incidencia de los costos de internación (OPS, 1998).

Dado el fenómeno de la doble cobertura y de las superposiciones entre subsectores es complejo estimar con exactitud el alcance de la cobertura poblacional del sistema de salud. De acuerdo al Censo de Población de 1991 aproximadamente el 62,2% de la población tenía algún tipo de cobertura, pero observándose grandes diferencias entre jurisdicciones (79,5% en Capital Federal y 42,1% en Jujuy, por ejemplo).

## El subsector público

La prestación del subsistema público es teóricamente universal, pero en la práctica ha terminado siendo fundamentalmente el refugio de los sectores de menores ingresos que carecen de cobertura de seguridad social y de capacidad de gasto privado, así como de aquellas personas que enfrentan restricciones geográficas. Con el aumento de los problemas del mercado de trabajo (desocupación e informalización) la población que no puede acceder a la cobertura de la seguridad social ha aumentado y por lo tanto se ha incrementado aún más la demanda social sobre el subsector público, agravándose los problemas que lo aquejan (crisis fiscal, deterioro en la calidad de los servicios, etc).

Si de acuerdo al Censo del 91 había un 36,4% sin cobertura por algún tipo de seguro, y tomando en cuenta el efecto del crecimiento del desempleo durante los años noventa resulta razonable estimar por encima del 40% el total de población actualmente cubierta por el hospital público. Según datos de la *Encuesta de Condiciones de Vida*, que fuera elaborada en 1997 por el SIEMPRO y el INDEC, la carencia de cobertura se distribuye muy desigualmente según los distintos estratos sociales. Si tomamos los quintiles de ingreso de menor a mayor, los porcentajes de población sin cobertura por algún tipo de seguro evoluciona de la siguiente manera: 64,9; 37,9; 26,0; 16,3 y 9,01 (OSDE-FADE, 1999).

Como consecuencia de los procesos de descentralización casi toda la infraestructura hospitalaria del país está bajo jurisdicción provincial y en menor medida municipal. Los procesos de descentralización habrían respondido más al intento de reformular la relación financiera entre la Nación y los estados provinciales que a objetivos sanitarios coordinados nacionalmente (Bisang y Cetrángolo, 1997). Sostenido prioritariamente por esta racionalidad, no es seguro que los impactos del proceso descentralizador tiendan a contrarrestar los desequilibrios regionales que, habitualmente superpuestos a los factores de desigual acceso social a la cobertura, se manifiestan en el sector salud.

El financiamiento del subsector público proviene de rentas generales, pero desde abril de 1993, mediante el Decreto 578, se ha incorporado el sistema del *Hospital de autogestión* que busca obtener financiamiento complementario mediante el cobro a las obras sociales y empresas de medicina prepaga de los servicios prestados a afiliados que se atienden en el hospital público. Este cambio impacta sobre el sistema de obras sociales, pues se compromete al Fondo de Redistribución del sistema para el pago automático de las prestaciones que los hospitales inscriptos en el nuevo régimen de autogestión brinden a personas con cobertura de seguridad social. En 1998 ya se habían incorporado al nuevo régimen 1.082 hospitales públicos, es decir el 82% de la mayoría de las jurisdicciones (OPS, 1998).

El sistema del hospital de autogestión también busca promover un modelo de atención médica más concentrado en la estrategia de atención primaria y en acciones de prevención, docencia, investigación y educación para la salud.

Uno de los objetivos centrales de este nuevo modelo está dirigido a terminar con el subsidio encubierto que el subsector público pagaba al sector de la seguridad social, además habilita al hospital para competir por nuevas fuentes de financiamiento. No obstante, hasta el momento los montos de facturación en virtud del nuevo régimen no son muy sig-

nificativos en relación con el nivel total del gasto público en salud.<sup>12</sup> Debe considerarse que la posibilidad de realización efectiva de los objetivos del hospital de autogestión depende de la capacidad de implementar un empadronamiento único de los trabajadores formales y del registro de la población carenciada. Se han logrado avances con respecto al primer aspecto, aunque han surgido dificultades para trasladar los datos provenientes del sistema de identificación laboral (CUIL) a una tarjeta única de acreditación del beneficiario, que establezca la respectiva obra social que le brinda cobertura. Si no se implementa efectivamente este mecanismo, mediante la identificación del paciente y la responsabilidad por la cobertura de la respectiva obra social, será difícil reducir la posible evasión por parte de las obras sociales. Todo esto presupone también cambios en la institución hospitalaria, mediante el acondicionamiento de sus recursos organizacionales y humanos dirigido a la implementación de un sistema de facturación a terceros pagadores (Arce, 1997).

También debe considerarse que las restricciones para obtener financiamiento complementario por parte del hospital público obedece a problemas más estructurales. Por un lado, el hospital público capta crecientemente población desplazada de otros subsistemas y carente de toda forma de seguro. Por otro, dado que las obras sociales han preferido tradicionalmente la contratación con prestadores privados, para torcer esta persistente tendencia de largo plazo el hospital público debería renovar su infraestructura de servicios pero esto no es probable en un contexto de austeridad fiscal. Además, para evaluar las perspectivas a futuro de este modelo hospitalario debería considerarse que el riesgo subyacente en la competencia por financiamiento complementario proveniente de la seguridad social, al mismo tiempo que no se implementa un subsidio a la demanda para la población carenciada, es la posibilidad de que surjan estrategias de selección adversa por parte del hospital público autónomo respecto a quienes no tienen cobertura de obra social.

#### El subsector privado

Además del subsistema de seguridad social (*obras sociales*), cuyo desarrollo analizaremos más adelante, en los últimos años se ha configurado un subsector de seguros privados que encuentra su principal clientela en estratos medios y medios altos. Debido a la afiliación obligatoria a la obra social respectiva a cada rama de actividad, es posible que una parte significativa de la población cubierta por seguros privados mantenga el aporte a la obra social.

Este subsector reconoce antecedentes en alguna de las formas de prestación privada que se habían desarrollado históricamente en la Argentina, pero la rápida expansión observada en los últimos años se verifica en empresas que captan demanda de aseguramiento voluntario en el mercado. Dentro de este panorama el menú de alternativas es amplio: planes de salud ofrecidos por hospitales de comunidad o entidades con o sin fines de lucro, programas a cargo de asociaciones intermedias de prestadores o empresas, entre otras variantes; sin embargo, el desarrollo más importante ha correspondido a las empresas de medicina prepaga.

Es difícil estimar el universo de empresas que constituyen a este sector, pues sobre un número total que oscilaría de 138 a 300 sólo 70 están organizadas en cámaras (OSDEF-FADE, 1999). También es incierto la población total que tiene cobertura de seguros priva-

---

<sup>12</sup> Para 1999 se ha proyectado en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud una recaudación que oscilaría entre 70 y 100 millones de pesos.

dos. Las estimaciones abarcan desde 2.500.000 (González García y Tobar, 1997), pasando por 4.000.000 (Banco Mundial)<sup>13</sup> hasta alcanzar la cifra de 6.000.000 de personas (Censo 91). (Este último número parece exagerado y probablemente surgió de una aplicación laxa del concepto de seguro o plan médico).

En un comienzo la rápida expansión de este sector habría obedecido a las deficiencias que presentaban tanto el sector público como, especialmente, la seguridad social. En los últimos años cobró nuevo impulso como consecuencia de los contextos económicos nacionales e internacionales, que promovieron una fuerte entrada de capitales extranjeros en el sector mediante la compra de diversos prepagos nacionales.<sup>14</sup> La dinámica espontánea del mercado abrió un vasto frente para los negocios privados pero evidentemente resultó inadecuada para garantizar el alcance y la calidad de la cobertura a los afiliados a estos planes.

Este factor ha generado la necesidad de avanzar en la regulación y control del sector por parte del estado -hasta el momento escasa- y en la discusión acerca de la naturaleza específica de estas empresas. En el año 1993, la Superintendencia de Seguros de la Nación dio a conocer un anteproyecto que consideraba a las empresas de medicina prepaga como aseguradoras comerciales. Este proyecto fue descartado, pero instaló la cuestión en la agenda política y promovió una mayor atención sobre las características del sector. Con respecto a las aseguradoras de bienes comerciales tienen aspectos coincidentes y también evidentes diferencias: las prepagas no sólo cubren el riesgo de enfermarse (eventual siniestro), también brindan los servicios restauratorios de la salud, lo que las asemeja a empresas de servicios. No obstante, el modo en que buscan atenuar los riesgos financieros es análogo con los comportamientos de las aseguradoras comerciales: fijan períodos de carencia, no cubren patologías preexistentes, establecen topes de consumo para beneficiarios con alta propensión de gasto y excluyen a determinadas enfermedades o tratamientos (Arce, 1997). Estos aspectos, junto con la naturaleza del financiamiento privado, que no incorpora fines redistributivos, son los que señalan la mayor diferencia de las empresas de medicina prepaga con las obras sociales.

La política pública sobre el sector se ha desarrollado hacia un punto de convergencia entre la desregulación de las obras sociales y la regulación de las prepagas. Esto último ha sido visto como el paso necesario para que las empresas de medicina prepaga puedan competir en algún momento por el aporte obligatorio de la seguridad social. De continuarse con esta estrategia lo más adecuado sería que la regulación de las prepagas sea ejecutada por la misma agencia regulatoria que supervisa al sistema de obras sociales. En los últimos tiempos, la medida más destacada en la búsqueda de una convergencia entre los subsectores ha sido la obligatoriedad impuesta a las prepagas para que cumplan, igual que las obras sociales, con el Programa Médico Obligatorio. Hasta el momento no hay eviden-

---

<sup>13</sup> Dato proporcionado por Myrna Alexander en el segundo encuentro del Foro sobre *La problemática actual de la salud pública*, organizado por la Universidad Nacional de General Sarmiento, 5 de agosto de 1999.

<sup>14</sup> A modo de ejemplo puede considerarse, a mediados de los noventa, la adquisición de las empresas de medicina prepaga Galeno, Versalio, Salud y el sanatorio Trinidad por parte del grupo Exxel. También se darían inversiones por parte de la firma brasileña Amil y de empresas chilenas. Además, capitales de origen europeo comprarían la clínica Suizo-Argentina y la empresa de medicina prepaga CIM (Revista Fondos, octubre 1995, N° 27).

cia de que se controle el cumplimiento efectivo de esta medida. Por otra parte, esperan tratamiento y aprobación parlamentaria diversos proyectos dirigidos a la regulación del sector de medicina prepaga.

### El subsistema de obras sociales<sup>15</sup>

Si bien se han tomado iniciativas importantes que afectan al subsistema público de salud, tales como la descentralización hospitalaria y el régimen del hospital de autogestión, así como se ha dado los primeros pasos hacia la regulación de los prepagos, el foco principal de las iniciativas de reforma al sistema de salud argentino en los últimos años se ha concentrado en el subsistema de las obras sociales sindicales. Es decir que las principales acciones de reforma se han concentrado en un subsistema cuya cobertura alcanza a alrededor de 9 millones de beneficiarios, es decir al 25% de la población total de la Argentina aproximadamente. Esto demuestra que la dinámica política que ha llevado a priorizar a este subsector como ámbito de reforma no emerge necesariamente de la propia lógica del sistema de salud en su conjunto, que exigiría operar en simultáneo sobre varios frentes. Por un lado, las políticas tienden a sujetarse a las restricciones institucionales derivadas de la transferencia de los hospitales públicos a las provincias y por lo tanto el gobierno central prioriza acciones en la jurisdicción nacional. Por otro, para comprender esta política es necesario considerar el modo en que el sistema de obras sociales se constituyó en una cuestión central en la relación Estado-sindicatos. Al quedar colocada en el ámbito global de la política laboral y sindical, esta cuestión hace eco de conflictos extrasectoriales y se generan en torno a ella intercambios políticos y compensaciones cruzadas entre las diversas arenas en la que está implantado el actor sindical. Esta lógica marcó el ritmo de avance de la política que analizaremos.<sup>16</sup>

### Desarrollo y crisis del sistema de obras sociales. Sus rasgos principales.

El mayor número de las obras sociales de jurisdicción nacional se encuentran regidas por la Ley 23.660. Actualmente la agencia regulatoria que controla y fiscaliza a las obras sociales nacionales es la Superintendencia de Servicios de Salud, organismo que continúa a la ex Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) y al ex Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS).<sup>17</sup> Es un organismo descentralizado ubicado en la esfera de la Secretaría de Salud de la Nación. Junto a este sistema se agregan las obras sociales de jurisdicción provincial, municipal y las del poder judicial, legislativo y de las fuerzas armadas y de seguridad, que están reguladas por normas legales específicas.

El Cuadro 2 muestra el significativo descenso de la población cubierta por el sistema de obras sociales nacionales en los últimos años. Según los datos recogidos por el INDEC, entre 1993 y 1997 no sólo no se registró el incremento de cobertura asociado con

---

<sup>15</sup> Acompañando la lógica desplegada por la propia política, focalizaremos sobre las obras sociales sindicales, ya que fue sobre este subsector donde se concentraron las principales iniciativas. Por ello, no se analizan medidas que hayan involucrado al PAMI, aunque sin desconocer la importancia central que la obra social de los jubilados tiene en el sistema de salud argentino.

<sup>16</sup> Para un análisis del proceso político subyacente a la reforma del sistema de obras sociales ver: Alonso, Guillermo V. 1997, Cap. 4.

<sup>17</sup> Para un análisis del proceso administrativo de la fusión de los organismos ver Tesoro (1999).

el crecimiento poblacional, sino que ésta declinó en términos absolutos en alrededor de un 1.500.000 personas. El creciente desempleo e informalización del mercado de trabajo son los factores principales que explican este fenómeno.

En consideración al porcentaje que representan sobre el total de entidades (203 sobre 290; Superintendencia de Servicios de Salud, 1999) así como al porcentaje de la población que abarcan (Ver Cuadro 2), las obras sociales sindicales constituyen el sector predominante dentro del sistema de jurisdicción nacional. (Este último aspecto se destaca aun más si se excluye a la obra social de los jubilados, con alrededor de 4.000.000 afiliados y que de hecho constituye una problemática particular dentro del sistema). También debe considerarse que los institutos de administración mixta<sup>18</sup> tuvieron desde su origen un fuerte componente sindical, aspecto que hoy se destaca aun más pues la mayoría de ellos han devenido obras sociales exclusivamente sindicales. En el cuadro 2 se observa el notable descenso de población comprendida en la categoría de los institutos mixtos entre 1993 y 1997. Sin embargo, ello no fue compensado por un equivalente aumento en la cobertura de las sindicales, lo que mostraría el impacto del desempleo con la consiguiente caída de beneficiarios.

## Cuadro 2

### Obras sociales de jurisdicción nacional

#### Total del país. Años 1993/1997

Naturaleza de la obra social	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Total</b>	<b>17.369.191</b>	<b>16.401.408</b>	<b>16.270.660</b>	<b>15.553.577</b>	<b>15.842.245</b>
Sindicales	8.031.908	6.699.849	9.508.330	9.358.428	9.351.876
Estatales	225.042	133.354	118.184	89.566	85.571
Por convenio	88.609	53.12	72.711	80.26	149.507
Personal de dirección	965.431	1.146.629	1.154.407	1.138.527	1.285.342
Administración mixta (1)	7.933.218	8.291.224	5.284.278	4.018.917	4.018.917
Por adhesión (2)	47.795	29.639	51.057	36.765	32.605
Ley Nro. 21.476 (3)	42.505	4.267	36.476	3.880	3.759
De empresas (4)	29.862	30.505	23.611	22.735	26.728
Especiales (5)	4.821	6.175	7.249	804.499	767.78
Agentes seguro	0	6.646	14.357	0	17.237
De otra naturaleza	0	0	0	0	102.923

**Fuente: Administración Nacional del Seguro de Salud**

(1) Creadas por ley y cuya conducción es ejercida por un organismo integrado por empresas del Estado, beneficiarios y empleadores.

(2) Exceptuadas de la ley de Obras Sociales que no obstante se adhieren.

(3) De empresas estatales creadas por una disposición especial (Atanor, Papel Misionero, etc.)

(4) Se trata en realidad de una sola empresa

<sup>18</sup> El carácter mixto de estas entidades está dado porque en su administración además del sector sindical también participa en el estado y el sector empresario. Por lo general estas entidades obtenían algún tipo de financiamiento adicional en base a convenios con el sector privado.

(5) Autorizadas a funcionar por cumplir con los requisitos de la Ley de Obras Sociales Nro. 23.660 art.1 inc. h.

**Tomado de Anuario INDEC (1998)**

La sociedad argentina mantuvo tradicionalmente una elevada proporción de asalariados sobre el total de la población económicamente activa (PEA). Ello favoreció una amplia cobertura del seguro social de salud, más extendida que en otros países latinoamericanos con menor peso relativo del trabajo asalariado en sus estructuras socioocupacionales. Se ha estimado que en los años setenta el sistema de obras sociales había alcanzado a dar cobertura a aproximadamente dos tercios de la población total. Sin embargo, la estrecha relación entre trabajo asalariado y base contributiva de financiamiento le plantearon al sistema de obras sociales límites rígidos para extender su cobertura a la población que no está contenida en el mercado de trabajo formal.

Cada trabajador quedaba afiliado a la obra social correspondiente a su sindicato, a favor de la cual se destinaba los aportes obligatorios. El sistema de obras sociales se organizó siguiendo las líneas de rama de actividad, con lo cual reprodujo las segmentaciones de la estructura productiva pero con prestación homogénea dentro de cada obra social. Es decir, todo trabajador perteneciente a una rama de actividad recibe la misma prestación independientemente de su nivel de aporte. Al interior de cada obra social, la redistribución se opera desde los trabajadores con mayor salario hacia los de menor ingreso, y desde los que tienen menor riesgo hacia los que presentan mayor riesgo.

La afiliación obligatoria a la obra social correspondiente a cada rama de actividad dio lugar a “clientelas cautivas”, aspecto organizativo del sistema que se constituyó en el centro de los diagnósticos y críticas predominantes sobre el régimen. Según éstas, el flujo asegurado de recursos, que implica la afiliación obligatoria, y la ausencia de competencia hizo que las entidades no buscaran eficientizar el gasto ni mejorar la calidad de los servicios.

El sistema de obras sociales significó el logro de un seguro de salud para los trabajadores *formales*, lo que implicó un alto nivel de cobertura social mientras el mercado de trabajo presentó condiciones de pleno empleo y una alta tasa de asalarización. Pero la crisis del mercado de trabajo le planteó serios problemas de financiamiento y cobertura, ya que el sistema se financia con aportes del trabajador y contribuciones patronales sobre la nómina salarial. La tendencia a la fuerte caída del salario iniciada a mediados de los setenta es el principal factor que explica -por el lado del ingreso- los problemas de financiamiento que aquejan al sistema. Los problemas de desempleo creciente tienen un impacto sobre todo en disminución de la cobertura, mientras que sus efectos son más tenues en términos de financiamiento pues la caída de aportantes también implica disminución de beneficiarios, aunque este ajuste no es automático porque la obra social debe garantizar por un período de tres meses la prestación al desocupado.

Junto con el crecimiento del desempleo y la caída del salario real se agregó el problema de la alta evasión observada en la economía, aspecto que se encuentra vinculado a la creciente informalización del mercado de trabajo y que origina serios problemas en la recaudación de aportes y contribuciones. El impacto de los problemas de financiamiento ha sido muy disímil entre distintas obras sociales según la rama de actividad en que se ubiquen. Esto se debe a los variables niveles de salario medio entre ramas y a los diferentes niveles de evasión. El distinto nivel de ingreso medio implicó una distribución muy desigual del gasto per cápita por obra social. La desigualdad en la disponibilidad de recursos heterogeneizó en cantidad y calidad las prestaciones que recibían los beneficiarios del sistema.

El Fondo de Redistribución del sistema se creó con el propósito de otorgar subsidios inversamente proporcionales a los ingresos promedios por beneficiario. Sin embargo, este no fue el criterio que prevaleció en la práctica. El Fondo no cumplió con el objetivo redistributivo *entre* obras sociales, consolidándose la lógica de un sistema que muestra solidaridad plena dentro de cada rama pero con bajo nivel de solidaridad entre ramas de actividad.

En resumen, el sistema llegó a presentar problemas de eficiencia y de equidad, que son en parte consecuencia de su organización institucional, así como de problemas estructurales vinculados a la crisis del mercado de trabajo. Durante la década de los ochenta el sistema entró en una evidente crisis y ya no podía seguir reproduciéndose de acuerdo a los parámetros de funcionamiento originarios, por lo cual se volvía necesario establecer nuevos principios institucionales, o al menos una racionalización profunda. La política de reforma durante los años noventa ha promovido la introducción de nuevas reglas de juego (la *libre elección*) y la reconversión de las obras sociales.

#### Las principales medidas en el proceso de reforma.

En enero de 1993 el Poder Ejecutivo Nacional mediante el Decreto N° 9 estableció la desregulación del sistema de obras sociales. La nueva disposición tenía alcance sobre los trabajadores comprendidos por la Ley 23.660, pero a diferencia de una propuesta oficial del año anterior, la libre elección por parte del afiliado quedaba limitada al universo de las obras sociales y no eran incorporadas a la competencia las empresas de medicina prepaga. En abril del mismo año, se dictó un nuevo Decreto reglamentario (576/93) de la Ley 23.660, cuyo contenido buscaba armonizar con la nueva política desregulatoria inaugurada con el decreto 9/93.

Razones de contexto político, así como el reconocimiento por parte del Poder Ejecutivo de la necesidad de contar con un padrón actualizado de afiliados al sistema abrieron un impasse en el impulso desregulador a la espera de su efectiva implementación.<sup>19</sup> Desde entonces, predominó la percepción de que los *tiempos* de elaboración del padrón eran más políticos que técnicos, operando la demora de la desregulación como un intercambio político que permitía concertar con los sindicatos sobre ésta y otras políticas que los involucraban. Sin embargo, la persistente demora en contar con un padrón completo y confiable, tanto de titulares como de familiares, aún después de implantado el derecho de opción, podría mostrar que su elaboración también es afectada por dificultades técnicas y no sólo por el cálculo político.

Durante 1995 se reactivarían las iniciativas de política en el proceso de reforma del sistema de obras sociales. Primero, el Decreto 292/95 estableció el criterio de distribución automática de los subsidios per cápita del Fondo de Redistribución. Este decreto también eliminaba la doble cobertura producto del múltiple empleo y establecía la unificación de los aportes. Luego, el Decreto 495/95 estableció nuevas disposiciones que aceleraron el proceso de reforma. Por un lado, se atenuaba la reducción, establecida por el anterior de-

---

<sup>19</sup> En 1996 el gobierno informaba que además del padrón de titulares -confeccionado en base al padrón previsional- era necesario también un padrón de familiares a cargo, y que la confección de este último requeriría de una información que habría de obtenerse a través de las empresas.

creto, de los aportes patronales que contribuían a financiar el sistema: su alícuota sólo disminuiría en un punto, con lo cual quedaría en 5% sobre la nómina salarial. Por otro, la cápita por afiliado a compensar, que en el decreto anterior había sido fijada en 30 pesos, ahora sería elevada a 40 pesos. Además, se establecía un mecanismo de fusión de obras sociales para aquellas que no alcanzaran los diez mil afiliados o no pudieran cumplir con el paquete de prestaciones básicas comunes. El *Programa Médico Obligatorio* sería aprobado en mayo de 1996 por la Resolución 247 del Ministerio de Salud y Acción Social.

Estas medidas se daban dentro de un nuevo contexto en el proceso de reforma, configurado a partir de la ejecución del *Programa de Apoyo a la Reforma del Sistema de Obras Sociales* (PARSOS), que cuenta con la asistencia financiera del Banco Mundial. Este programa tiene como objetivo principal brindar apoyo técnico-financiero dirigido a lograr la reconversión de las obras sociales, mejorando su eficiencia administrativa y de gestión para adecuarlas al nuevo marco normativo y regulatorio. Para atender a este objetivo se creó un Fondo de Reconversión de Obras Sociales (FROS), que prevé la adhesión voluntaria de las obras sociales.

Hacia fines de 1996 se dieron otros pasos fundamentales hacia la implementación efectiva de la libre elección. El Decreto 1.141 reglamentó el derecho de opción de cambio entre las obras sociales sindicales y el Decreto 1.615 creó la Superintendencia de Servicios de Salud.

Entre las principales funciones de la nueva Superintendencia se destacan:

- Fiscalización del Programa Médico Obligatorio, de las prestaciones para enfermos de SIDA y drogadependientes y de otros planes médico-asistenciales.
- Contralor del cumplimiento del Programa de Garantía de Calidad por parte de los prestadores y de los servicios brindados por ellos, y del requisito de su inscripción previa en un Registro Nacional.
- Supervisión del derecho a la libre opción de obra social por parte de los beneficiarios del sistema.
- Utilización, administración y actualización del padrón de beneficiarios.
- Control del cumplimiento del débito automático en relación al hospital público de autogestión.
- Fiscalización administrativa, financiera y contable de las obras sociales en todo el territorio nacional. (Control sobre las estructuras presupuesarias y sobre la relación entre gastos médicos y administrativos. Seguimiento sobre capitales mínimos, fondos de reserva y/o encajes técnicos).
- Atención al usuario en todo el país con instalación de servicios para ese objetivo. Producción de información, publicaciones, encuestas de satisfacción y audiencia pública anual.
- Desarrollo de programas actuariales y estadísticos.
- Capacitación del personal de acuerdo a los nuevos objetivos y tareas de la Superintendencia.

Los ejes de la reforma al sistema de obras sociales.

En la descripción de la crisis del sistema de obras sociales hemos observado la manifestación conjunta de problemas de eficiencia y equidad. Estas son características que también reflejan una tendencia general del sistema de salud argentino. En cierto modo, las políticas de reforma se plegaron a la lógica desarticulada y fragmentada del sistema, pues avanzaron predominantemente sobre uno de los subsistemas. A su vez, a lo largo de una línea de desarrollo no del todo coherente la política sobre las obras sociales ha enfatizado diagnósticos y desplegado estrategias considerablemente unilaterales. A partir de la correcta percepción de las distorsiones generadas por la cautividad tendió a definirse a ésta como el único punto de ataque de la política y, entonces, la “libre elección” se constituyó en el *alfa y omega* de la solución a los problemas del sistema. El diagnóstico privilegió el problema de eficiencia que, sin duda importante, no era el único; mientras que "el criterio de equidad es el resultado del esquema que permite introducir la libre elección" (Cetrángolo, 1994).

En un primer momento, en 1992, se propuso a través del mecanismo de la CUPAM<sup>20</sup> un subsidio a la demanda mediante una cápita de nivel uniforme para cada beneficiario. Esta era una solución que representaba un esquema fuertemente redistributivo, pero el proyecto finalmente fue descartado. A partir de los decretos de 1993 el tratamiento de la equidad se modificó: cada trabajador haría uso de la libre elección con el porcentaje de su salario sujeto a aporte. Esto significa que si los afiliados de ingresos altos deciden cambiar de obra social no desplazan hacia la nueva opción el aporte medio de su gremio de pertenencia sino su propio aporte. Si se generalizara la tendencia de que los aportes altos se desplazaran hacia las obras sociales con nivel de aporte medio más alto, la consecuencia sería una alta concentración en pocas entidades de los niveles salariales más altos y se profundizaría aún más el desfinanciamiento de las obras sociales más pobres. Por el contrario, si fueran los trabajadores con menor nivel de aporte los que se desplazaran hacia una obra social en mejores condiciones, lo más probable es que esa opción sea afectada por mecanismos de selección adversa por parte de la obra social elegida. El Decreto 504/98 habilita a las obras sociales a contraprestar a los nuevos afiliados solamente un PMO, aun cuando ésta sea una cobertura que se ubique por debajo de la que brinda a sus afiliados. Es decir que la lógica en desarrollo de la política puede llevar, aunque no en forma inmediata, a la profundización de los elementos de fragmentación y desigualdad del sistema, pues ahora, mediante la práctica de los planes diferenciales, estos factores se introducen también dentro de cada obra social, y tiende a quebrarse la solidaridad intrarrama característica del subsistema.

La institución del PMO buscó contrarrestar estas tendencias, pues representa el propósito de garantizar a todos los beneficiarios (titulares y familiares) un paquete obligatorio de prestaciones. El Decreto 495/95 estableció la cápita básica de \$40 que el Estado se obliga a compensar en caso que el aporte del trabajador se ubique por debajo de este valor. Pero al ser planteado de este modo el mecanismo de compensación se gene-

---

<sup>20</sup> Según el proyecto oficial de 1992, la CUPAM consistía en la cuota parte dineraria correspondiente a cada beneficiario del nuevo sistema a crear, con la cual se garantizaría el financiamiento de la cobertura prevista en un régimen de atención básica. La CUPAM se calcularía a través del cociente entre el total de recursos provenientes de los aportes y contribuciones y el total de beneficiarios del sistema (titulares y grupo familiar primario). El valor resultante de dicho cálculo, la CUPAM, sería único e igual para todos los beneficiarios del sistema incluidos en un mismo grupo etáreo.

ran incentivos para que las obras sociales hagan selección adversa según tamaño del grupo familiar

En torno al PMO pueden desplegarse distintas percepciones. Para algunos consiste en un amplio y numeroso listado de prestaciones al que tendrán acceso igualitario todos los afiliados al sistema. El alto número de prestaciones cubiertas y el acceso igualitario demostrarían que no se trata de un *paquete mínimo*, y lo convierte en un instrumento potencialmente idóneo para superar las desiguales y heterogéneas prestaciones en que se fragmentaba el sistema, estableciendo un nivel solidario de acceso. Dados estos supuestos, el principal desafío a la capacidad regulatoria del Estado para hacer cumplir el programa no estaría dada por el control sobre la homogeneidad cuantitativa, sino por la capacidad de garantizar la homogeneidad *cualitativa* del PMO, lo que asegurará el efectivo acceso equitativo a la prestación de salud del conjunto de los afiliados. El cumplimiento efectivo en este sentido permitiría contrarrestar las múltiples estrategias de selección adversa que se despliegan mediante la proliferación de planes diferenciales, que tienden a devaluar cualitativamente el PMO para captar los mejores aportes hacia los planes más caros. Pero en tanto el piso común de acceso se defina en base a un programa estándar, mientras que los afiliados con más ingreso propendan a comprar coberturas más caras con el total de su aporte, la tendencia llevaría inevitablemente a la dualización del sistema y al quiebre, aun, del esquema de solidaridad segmentada propia del seguro social. Los gastos que se ubiquen por encima del nivel establecido por el paquete obligatorio deberán ser financiados por el gasto de bolsillo de cada beneficiario. Por todo ello, según algunos análisis el establecimiento del paquete obligatorio define un “estándar mínimo” antes que “igualitario” (OSDE-FADE, 1999). La única manera que el esquema de libre elección permita expandir criterios de mayor equidad sería mediante el diseño de una cápita ajustada por riesgo, de tal modo de contrarrestar los mecanismos de selección adversa.

## **I. 6. Un balance provisorio de la introducción de la “salida” en el sistema de obras sociales.**

Albert Hirschman (1977) ha definido dos respuestas posibles de los clientes o de los miembros frente al deterioro de la calidad de los bienes o servicios que reciben de las empresas a las que compran, o de las organizaciones a las que pertenecen. Una opción posible es la *salida*, por la cual los miembros/clientes, ante el deterioro creciente de lo que reciben o compran, abandonan la pertenencia a la organización o la preferencia por el producto. La otra alternativa es la *voz*, por la cual los miembros/clientes en vez de optar por el abandono expresan su disconformidad directamente a la dirección de la organización. Ambas opciones deben ser entendidas como mecanismos de recuperación o de eficientización de las organizaciones, pues ambas informan a quienes dirigen la organización del deterioro de los servicios y, por ende, los inducen, o deberían hacerlo, a responder a la insatisfacción de los miembros/clientes modificando las causas del malestar. Si la situación de equilibrio se ha perdido, la salida y la voz son mecanismos tendientes a restablecerlo pues alertan de sus déficits a la organización.

La salida constituye una típica solución de mercado. Es la decisión privada del cliente que individualmente opta por dejar de comprar un determinado bien. La voz, en cambio, remite al intento del miembro/cliente por modificar las acciones, políticas y servicios de la organización. Su ejercicio puede ser individual o colectivo.

Nuestra intención es interpretar, a partir de los sugestivos mecanismos de recu-

peración propuestos por Hirschman, algunos de los rasgos organizativos del sistema de obras sociales, de las conductas que impuso o indujo en sus beneficiarios, y de las posibles opciones de éstos ante un cambio de las reglas de juego.

El sistema se organizó sobre la base de la afiliación obligatoria del trabajador a la obra social perteneciente al sindicato de su rama de actividad. En gran medida, este diseño del seguro social de salud sería una prolongación del modelo de personería gremial que otorga el monopolio de representación a un único sindicato por rama de actividad. Por definición quedaba descartada la posibilidad de la salida. Dadas estas condiciones, era esperable una activación de la voz como mecanismo tendiente a informar a la organización sobre sus posibles fallas. Sin embargo, como veremos, ni la salida estaba tan absolutamente proscripta, ni la voz pudo ser del todo efectiva. La organización del sistema no se ha desarrollado sobre la base de uno de los mecanismos con exclusión del otro, más bien ha consistido en una relación no excluyente entre ambos.

Tal vez el modo más correcto de definir la lógica de funcionamiento del sistema de obras sociales argentino sea el de considerarlo un *monopolio imperfecto*, pues de hecho existía una aparente "salida". Si bien no podían disponer del aporte, los beneficiarios de obras sociales cuyos servicios disminuían en forma cualitativa o cuantitativa optaban, de acuerdo a su nivel de ingreso, por complementar o desplazar su demanda trasladándola al hospital público o bien al sector privado. Como observa Hirschman (1977), estas situaciones que llamamos de monopolio imperfecto tienden a bloquear el funcionamiento de mecanismos recuperadores, pues al existir un sustituto relativamente fácil no se vigoriza a la voz en el reclamo por mejorar el servicio. La organización se ve privada de un canal de información que podría operar en plenitud si los miembros estuvieran *totalmente* cautivos. En especial, la organización se aliena del ejercicio de la voz de aquellos miembros más exigentes con respecto a la calidad, y que, por eso mismo, son los primeros en recurrir a la virtual salida.<sup>21</sup>

Otro aspecto del diseño organizativo del sistema que, al mismo tiempo que ha permitido su ejercicio, atenúa los efectos de la voz ha sido la progresiva evolución de las obras sociales como financiadoras en detrimento del original perfil de prestadoras directas de los servicios. Cuando el afiliado se enfrenta al problema de la prestación deficiente o a alguna alteración de las pautas establecidas, el ejercicio de su voz *individual* se aplica como protesta ante el prestador directo antes que impactar directamente sobre la obra social. Múltiples y dispersas voces individuales se desplazan hacia, y se descomprimen ante, un interlocutor que no puede activar soluciones.

La fuerte implantación sindical en el sistema de obras sociales ha implicado también consecuencias ambiguas para el ejercicio de la voz como mecanismo de recuperación. Los servicios que ofrecen las obras sociales han constituido uno de los principales mecanismos de legitimación de las conducciones sindicales. Aun con todas las restricciones a la democracia interna que pudieran presentar los gremios argentinos, las elecciones sindicales son una expresión, aunque limitada y seguramente condicionada, de la opinión de los afiliados y de la evaluación que ellos hacen, por ejemplo, de los servicios que les ofrece el *tandem* sindicato-obra social.

---

<sup>21</sup> Esta apreciación es válida fundamentalmente para aquellos miembros que por nivel de ingreso podían sustituir o complementar en base a gasto privado.

Al mismo tiempo, el control sindical sobre las obras sociales también ha servido para bloquear la expresión de la voz. El proyecto original del Seguro Nacional de Salud (1985) hacía una clara opción por la voz, pues propiciaba que las obras sociales fueran conducidas por autoridades elegidas por el voto de los afiliados, en elecciones propias e independientes de las efectuadas por los sindicatos. Sin embargo, los sindicatos rechazaron esta propuesta que quizás hubiera permitido más canales para la expresión de la voz. Las conducciones sindicales han evitado exponerse a otras pruebas electorales en ámbitos sobre los cuales no pueden ejercer el mismo férreo control que mantienen sobre el aparato específicamente sindical. La virtual fusión entre sindicato y obra social no habría permitido, entonces, la diversificación de canales para expresar la voz o en todo caso la evaluación que hacen los afiliados debe comprender globalmente al *tandem* organizacional.

Ante la crisis del sistema, en los últimos años han prevalecido los análisis y los lineamientos de política dirigidos a establecer la libre elección entre obras sociales, es decir, poner a disposición de los afiliados el mecanismo de la *salida* para eficientizar el funcionamiento de las entidades. Esta estrategia tiene antecedentes en la ley 22.269 de 1980 sancionada en la última dictadura, que establecía la libre afiliación. Sin embargo, en esa oportunidad no se observó ningún movimiento importante de afiliados que optaran por cambiar de obra social, y la casi totalidad optó por permanecer en la entidad de pertenencia sindical.<sup>22</sup> De algún modo, triunfó la tercer alternativa contemplada por Hirschman, esto es, la *lealtad* a la organización.

¿Ocurrirá lo mismo esta vez? El punto de maduración de la crisis alcanzado por el sistema de obras sociales en el último tiempo inclinó a la mayoría de los analistas a suponer que la introducción de la libre elección necesariamente terminará con la vinculación entre obra social y sindicato de rama, y promoverá un masivo desplazamiento de beneficiarios.

Sin embargo, a dos años de implantada la libre elección el número de trabajadores que han pedido cambio de obra social representa un bajo porcentaje del padrón total. En 1997, durante el período habilitado para ejercer la opción, el número de traspasos fue de 143.701 titulares, mientras que en 1998 fueron alrededor de 240.000 titulares los que solicitaron el cambio de obra social (Superintendencia de Servicios de Salud, 1999). Si calculamos los porcentajes sobre el total de afiliados titulares del padrón, los cambios representarían a un 3% y un 5% para cada año respectivamente. Aun si se sumaran ambos años (380.000 traspasos), sin considerar que en algunos casos pudiera tratarse de los mismos afiliados que repitieron la opción de cambio después de un año, el porcentaje sobre el total de titulares es de solo el 8%.<sup>23</sup>

Aun con la cautela que aconseja el hecho de que el sistema no demuestra todavía suficiente fluidez y precisión en la producción de información, la impresión obvia que generan estos datos es que el impacto de la desregulación hasta el momento ha estado muy lejos de producir el pronosticado movimiento masivo de afiliados, siendo conside-

---

<sup>22</sup> Debe aclararse también, y reconociendo la incidencia que podría haber tenido en el resultado observado, que la ley 22269 finalmente no fue reglamentada.

<sup>23</sup> El cálculo del porcentaje de traspasos debe efectuarse sobre el padrón de titulares, pues la afiliación al sistema recae sobre ellos y son quienes están autorizados para efectuar la opción de cambio.

rablemente pocos<sup>24</sup> los que optaron por la “salida” de su obra social de origen.

En principio, es conveniente aclarar que no toda la población afiliada está habilitada para ejercer la opción: sólo pueden hacerlo aquellos cuyo salario esté por encima de \$240-. No obstante, si consideramos que las obras sociales cubren a trabajadores incorporados al mercado de trabajo formal, donde no predominarían ingresos tan bajos, y aun cuando muchos de estos asalariados podrían recibir parte de su remuneración en negro -que incrementaría en los registros el número de los bajos salarios-, el porcentaje de quienes se ubican por debajo de \$240- entre los afiliados a obras sociales no parece disminuir significativamente el total de la población habilitada para hacer uso de la opción de cambio<sup>25</sup>.

No puede descartarse la incidencia de restricciones políticas para explicar este resultado relativamente inesperado de la desregulación. Cuando comenzó a implementarse la *libre elección* en 1997 se observó una escasa difusión oficial sobre las nuevas reglas que imperaban, lo que se habría traducido en un escaso conocimiento público (Clarín, 18-1-97). Es probable que esto obedeciera a parte de la estrategia del *ala política* tendiente a buscar un acuerdo con los sindicatos, lo que llevó al *sector técnico* (Ministerios de Economía y en ese entonces también Trabajo), partidario de implementar la desregulación total del sistema, y de mantener la ofensiva antisindical sobre el conjunto de la reforma laboral, a reclamar y obtener una prolongación del plazo para ejercer la opción<sup>26</sup>. Los empresarios, a su vez, no dudaron en denunciar un pacto entre el ala política y los sindicatos para bloquear las reformas laborales. El Ministerio de Salud no había implementado más que, según esta visión, una desregulación teórica del seguro social de salud (Clarín, 18-1-97).

Ya puesto en marcha el proceso de desregulación no faltarían visiones opuestas: se aludiría a la existencia de presiones claramente favorables a la “libre elección”. Para José Luis Lingieri, Superintendente de Servicios de Salud, durante 1997 se habían observado presiones por parte del “empleador o por empresas de medicina prepaga” para inducir a los trabajadores a ejercer la opción (Consultor de Salud, N° 196, mayo de

---

<sup>24</sup> Esta es una evaluación atenta a las expectativas previas que había con respecto al sector, pues es probable que un bajo nivel de cambios sea lo normal, como alguna experiencia internacional ya está mostrando. Ver nota 2.

<sup>25</sup> Como no se cuenta con datos del propio sistema sobre la cantidad de trabajadores afiliados por debajo de \$240-, podríamos extrapolar estimaciones a partir de los datos sobre la recaudación de los aportes previsionales a cargo de la AFIP. (Ambas poblaciones son considerablemente homogéneas, pues son trabajadores formales con cobertura de seguridad social). Según datos a junio de 1997 (Anuario INDEC, 1998), sobre un total de 3.563.476 asalariados que aportan al sistema previsional 458.158 ganan menos de \$300-. Los 458.158 aportantes se ubicarían entre el valor del salario mínimo legal, \$200-, y el tope de \$300-. Podríamos suponer que el 40% de este rango cae debajo de \$240-, es decir, 183.262 trabajadores, lo que representa un 5% del total. Si consideramos que entre los aportantes al sistema previsional habría aumentado el peso relativo del segmento de los trabajadores de menor ingreso, pues en los últimos años se produjo la absorción de los sistemas jubilatorios provinciales, es posible suponer que ese porcentaje sería todavía menor entre los afiliados a las obras sociales sindicales.

<sup>26</sup> El período habilitado para hacer uso de la opción de cambio se extendió a cuatro meses.

1998).

En torno al mecanismo de los traspasos durante 1998 se desplegaron diversas cuestiones. El Decreto 504 estableció nuevas disposiciones sobre el derecho a cambiar de obra social. En principio, el gobierno estableció que a partir del 26 de mayo los traspasos dejarían de efectivizarse ante la ANSES y se podrían efectuar ante la obra social elegida por el afiliado. Este cambio respondió parcialmente a las presiones de la CGT, pues el gobierno también incluyó en el mismo decreto la extensión a todo el año del plazo para hacer uso de la opción, lo que representaba una medida claramente favorable a la libre elección. Además, no suspendió el sistema de traspasos hasta el funcionamiento del nuevo mecanismo, como lo había pedido la CGT.

La creación de una Comisión Consultiva conformada por representantes de varias obras sociales, que se encargaría de recomendar la aprobación o el rechazo de las solicitudes de traspasos, concitó la inmediata prevención de distintos actores que percibieron en ésta una oportunidad para que los sindicatos trabaran los cambios entre obras sociales. El Banco Mundial, al mismo tiempo que apoyó la extensión del plazo para ejercer la opción pues permitía un “perfeccionamiento de la libre elección”, recomendó que “sería de suma importancia quitar discrecionalidad a las recomendaciones de la Comisión” y que éstas quedaran limitadas a detectar “irregularidades en los procedimientos” (Clarín, 26/5/98). No obstante, según la información oficial de la Superintendencia los traspasos no aprobados hasta ahora sólo han alcanzado a 3.710 hasta febrero de 1999 (Informe de la Superintendencia de Servicios de Salud, vol.1, junio 1999), lo que no representa un porcentaje importante del total de traspasos efectuados<sup>27</sup>.

Pero la principal acción de presión que los sindicatos ejercieron en la coyuntura estuvo dirigida a lograr la revisión de los traspasos -44.000- efectuados durante el período que medió entre el anterior sistema y el que se implementaría ante cada obra social. Esta cuestión tensionó la relación entre gobierno y sindicatos durante junio y julio. Los sindicalistas sostenían que muchos de los traspasos realizados entre el 4 y el 22 de mayo, cuando todavía se efectuaban ante el ANSES, habían sido inducidos por publicidad engañosa por parte de prepagas y en algunos casos forzados “en bloque” por los empleadores sin acuerdo de los empleados (Clarín, 23/7/98). Finalmente, en agosto el gobierno desestimó los reclamos sindicales y el Ministerio de Salud mantuvo la vigencia de los cuestionados traspasos.

A partir de la vigencia del nuevo mecanismo de traspasos hubo obras sociales que comenzaron a retener las solicitudes y demoraron su presentación ante la Superintendencia. Esto obedecía al riesgo de desfinanciamiento que el sentido de los traspasos ocasionaba a ciertas obras sociales. Si por un lado algunas perdían los mejores aportes, que emigraban hacia obras sociales asociadas con prepagas, por otro recibían solicitudes de aportantes de bajos salarios y grupo familiar numeroso. La CGT reclamaría entonces un nuevo criterio de distribución de los subsidios del Fondo de Redistribución. El gobierno finalmente aceptó, con la coincidencia del Banco Mundial, que los subsidios se distribuyeran por grupo familiar y no por afiliado de tal modo de compensar a las obras sociales que afiliaran trabajadores de bajos salarios y grupo familiar numeroso. Luego

---

<sup>27</sup> Según información reciente de la Superintendencia los traspasos rechazados por la comisión sólo representan el 1% de los traspasos totales (Audiencia pública, 30-11-99).

de esta modificación las obras sociales incrementaron la presentación de las solicitudes de traspaso.

Llegados a este punto en la descripción de los acontecimientos, la conclusión más sustentable que se desprende es que las presiones sectoriales no impusieron un bloqueo político efectivo a la implementación del sistema de traspasos entre obras sociales. Probablemente haya que buscar razones algo más profundas por las cuales la libre elección finalmente depare la sorpresa de un predominante triunfo de la "lealtad".

Lo primero que puede concluirse es que la percepción de la mayoría de los beneficiarios sobre sus obras sociales no sería tan negativa como muchas veces se ha supuesto<sup>28</sup>. Además, debe considerarse que los que optaron por cambiar de obra social fueron, en la mayoría de los casos, afiliados ubicados en niveles de aporte más elevados con respecto a los promedios del sistema (Clarín, 9-5-99). Estos canalizaron su mayor capacidad adquisitiva hacia obras sociales medianas o pequeñas que ofrecían, en convenio con seguros privados, planes de prestaciones superiores. En los hechos, la "libre elección" no parece estar efectivamente disponible para todos los beneficiarios, y la mayor frecuencia de su ejercicio parece estar asociado al mayor nivel de ingreso. Esto demostraría que cuando la lógica de la competencia es introducida en un esquema de seguro de salud lo que más se activa es la presión de la oferta, que gravita sobre los beneficiarios con más aporte y menor riesgo, antes que la decisión autónoma de la demanda.

Para comprender la renuencia a hacer uso de la salida entre la mayoría de los beneficiarios del sistema de obras sociales también hay que considerar la naturaleza específica y compleja de la decisión sobre salud, que no siempre es captada cuando se postula que la introducción de la *salida* -es decir, la solución de mercado- será un óptimo mecanismo eficientizador. En salud, el usuario enfrenta insuperables asimetrías de información y una alta incertidumbre en la toma de decisiones. Quizás el recurso a la *lealtad* pueda funcionar como un mecanismo idóneo para reducir incertidumbre, ya que al mantenerse la pertenencia a la obra social de origen se sigue inscripto en una red de relaciones formales e informales que permitirían "reducir complejidad" e incluso disminuir costos de transacción, facilitando y orientando mejor las decisiones sobre atención médica.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Al comienzo del proceso desregulatorio se conocieron encuestas en las que sobresale una baja predisposición a cambiar de obra social entre los beneficiarios del sistema. Al mismo tiempo que el 73% de los entrevistados consideraba beneficioso el derecho de elegir obra social el 38,8% se declaraba nada predisuesto a dejar su obra social, mientras que un 18,7% se consideraba poco predisuesto (Clarín, 18-1-97). Estos resultados eran congruentes con los obtenidos en una encuesta realizada por el Banco Mundial en 1995, según la cual entre el 65% y 75% de los trabajadores no mostraban interés en cambiar de obra social (Página 12, 19-8-95). En la misma encuesta citada por el diario Clarín (18-1-97), aparece que el 58,3% de los encuestados considera que su obra social funciona bien o muy bien, mientras que sólo un 12,1% considera que su obra social funciona mal o muy mal. Es más, la encuesta muestra que los trabajadores con mayor edad, y por lo tanto con mayor tasa de utilización de los servicios, tienen una mejor imagen de su obra social que los miembros más jóvenes y con menor tasa de utilización. A mayor conocimiento directo de la calidad de los servicios mayor imagen positiva.

<sup>29</sup> Aquí hay que recordar el fenómeno de la "persistencia" explicado en el punto 2 del trabajo.

Obviamente, la permanencia en la obra social no necesariamente implica conformidad plena con los servicios, ni la funcionalidad de la lealtad se agota en lo que hemos dicho, pues también debería implicar, ya que se desecha la alternativa de la salida, una apuesta por la vigorización de la voz que permita "desde adentro" exigir la superación de las fallas que se perciben. El triunfo de la opción de permanencia conllevaría el cálculo de que mediante el recurso a la voz se podría mejorar el funcionamiento de la organización. Pero, en este nuevo ciclo organizacional, la voz sería fortalecida, pues ahora, al disponerse de la opción de salida, existiría la amenaza potencial de abandonar la organización y la exigencia de los miembros por ser "escuchados" ganaría en eficacia <sup>30</sup>. Esta nueva relación entre voz y salida en el sistema de obras sociales podría gravitar en función de la construcción institucional de canales de participación de los miembros y de expresión de la "voz" <sup>31</sup>. Aquí también podrían operar las consecuencias de la fusión entre obra social y sindicato mediante la expansión de procesos de activación de la voz hacia el conjunto organizacional.

De cumplirse alguna de estas conjeturas, la introducción de la libre elección podría deparar sorpresas. La introducción de la salida, más que servir a los propósitos de crear un mercado, podría desencadenar procesos de fortalecimiento de la voz. Por ello, los diseños institucionales deberían atender a la configuración de incentivos más atentos a la activación de la voz. El fortalecimiento de instancias de participación de los beneficiarios, la posible evolución de las obras sociales como articuladoras de demanda, junto con la progresiva transparentación del sistema a través de la mayor producción de información, son factores que podrían incrementar los niveles de *accountability* del sistema. Pero estos son caminos que nos llevarían más hacia la figura del ciudadano antes que del consumidor.

---

<sup>30</sup> Recordemos en este punto lo señalado más arriba: según algunas encuestas, al mismo tiempo que se declara baja o nula predisposición para abandonar su obra social, el 73% de los encuestados considera beneficioso poder elegir obra social.

<sup>31</sup> Recordemos en este punto la definición de Hirschman (1977) sobre la voz: "el desarrollo de la "voz" dentro de un organismo corresponde a la historia del control democrático mediante la articulación y agregación de opiniones e intereses" (pag. 59).

## **II. Elementos Teórico-Metodológicos para el Análisis de las Capacidades Regulatorias Estatales.**

### **II. 1. Esquema conceptual.**

Hacia finales de los noventa, el proceso de las reformas orientadas al mercado parece haber alcanzado un punto sin retorno en la redefinición de una nueva frontera entre Estado y mercado. Completado en gran medida el proceso de las principales reformas, lo que se destaca ahora, una vez lograda la redelimitación entre lo público y lo privado, es una demanda por nuevas funciones del Estado; fundamentalmente, el desarrollo de roles regulatorios.

No sólo en el ámbito de los servicios públicos privatizados se hace manifiesta esta necesidad; también, y quizás en mayor medida por la misma naturaleza de las prestaciones en juego, resulta imprescindible el desarrollo de un eficaz estado regulador en el sistema de salud en vías de reforma. Pero el mismo no se conformará por la simple invocación voluntarista, sino que resultará del desarrollo de capacidades institucionales y de la suficiente autonomía estatal para definir sus propios objetivos regulatorios. Por ello, aunque en esta investigación tomaremos como estudio de caso el sistema de seguro de salud en vías de reforma, con el objetivo de observar la agencia y las acciones regulatorias estatales en el área, resulta necesario presentar un marco conceptual para el análisis de capacidades institucionales, cuya aplicabilidad es pertinente a diversos ámbitos gubernamentales además del caso seleccionado.

#### **II.1.1. Los prerequisites para desarrollar poder regulatorio estatal: autonomía y capacidades institucionales.**

Cuando los estados son concebidos como *actores*, y no sólo como espacios donde meramente se reflejan las demandas e intereses de los agentes socioeconómicos, deben gozar de la suficiente autonomía para definir sus propios objetivos. Por ejemplo, esto debería observarse en la definición de los marcos e instrumentos regulatorios con los que determinadas políticas buscan introducir mecanismos de competencia o proteger los derechos de los usuarios/beneficiarios en distintas áreas.

Pero la posibilidad de las agencias estatales de definir objetivos propios está estrechamente vinculada a la capacidad del Estado para realizarlos. Si en un contexto socioeconómico donde el estado debiera ejercer control regulatorio sobre poderosos actores privados no dispusiera de sólidas capacidades administrativas, la definición de objetivos propios se volvería una cuestión meramente voluntarista. Es por eso que, por un lado, resulta necesario analizar en profundidad y particularizadamente las capacidades del Estado para realizar los objetivos de sus políticas e iniciativas. Por otro, la posible brecha entre objetivos y capacidades nos alerta sobre la necesidad de incorporar el análisis político como componente indispensable para el análisis de capacidades estatales (Palermo, 1998). A través de éste se obtendrá información acerca del entorno institucional y organizacional sobre el que se operará y con el cual se interactuará. Distinguiendo básicamente entre las fases de formulación e implementación, el análisis de la política pública implicada en el nuevo diseño institucional proveerá información, por ejemplo, sobre la detección del problema que se constituirá en objetivo de desarrollo institucional y la determinación de la agencia estatal prioritariamente involucrada en

cada etapa. Además, al mismo tiempo que proveerá información sobre la distribución diferencial de oportunidades de veto e influencia entre los actores involucrados en la cuestión, contribuirá a definir los principales núcleos favorables al cambio sobre los cuales movilizar energía política.

Para el análisis de capacidades estatales deben considerarse dos dimensiones que éstas presentan: por un lado, lo que hace a las capacidades técnico-administrativas, por otro, una dimensión *relacional* que se refiere a la relación del Estado con el entorno socioeconómico. Desde la primera perspectiva, el análisis de capacidades priorizará un mirada *desde adentro* del aparato estatal, mientras que la dimensión relacional pondrá el foco en el nexo estado-sociedad.

En primer lugar, resulta fundamental la existencia de un funcionariado altamente calificado, que detente conocimientos pertinentes en las agencias más especializadas y que se caracterice por la probidad administrativa. El desarrollo de estas capacidades requiere de una organización estatal capaz de ofrecer incentivos para captar y retener a los funcionarios más capacitados, así como de la conformación de un *ethos* profesional que promueva el prestigio de la carrera en el sector público. Además, cuando se considera esta dimensión debe atenderse a las relaciones interinstitucionales, y de los niveles técnicos con los de decisión política, que promuevan la coherencia interna del aparato estatal, de modo que no aparezcan puntos de veto a disposición de los actores no estatales.

La dimensión relacional requiere el análisis de la relación de las agencias estatales con los determinados contextos socioeconómicos que deben enfrentar, y que están conformados por actores que encarnan distintos intereses y disponen de diversos recursos de poder. Esta dimensión remite al interrogante sobre la capacidad del Estado para inducir cambios en la conducta de los actores sociales o evitar los bloqueos a sus políticas. La respuesta no puede encontrarse solamente en el interior de las estructuras estatales, sino sobre todo en los cambiantes equilibrios entre los recursos de poder que puedan movilizar en cada situación el Estado y los actores privados. Esto exige para el análisis completo de la acción estatal en una determinada área investigar también la organización y los intereses de los actores no estatales involucrados, así como detenerse en la observación del carácter conflictivo o cooperativo de las relaciones entre éstos y el Estado (Skocpol, 1985). Este foco analítico resulta el más adecuado para observar el modo que el sendero histórico de desarrollo de un determinada arena política condiciona el proceso de cambio institucional, pues ilumina los arreglos institucionales preexistentes y cuánta capacidad mantienen éstos, aun en condiciones de crisis y desarticulación, para adaptarse, bloquear o interactuar con el establecimiento de nuevas reglas.

La relación entre el poder del Estado y el de los actores sociales no debe ser entendida como un juego de suma cero. Sin duda, la existencia de un aparato burocrático relativamente aislado y autónomo es una precondition básica para la realización de las capacidades estatales. Pero también es necesario para una efectiva intervención que el Estado se encuentre imbricado en una red de relaciones con importantes grupos sociales. El logro de un equilibrio entre las lógicas de estos dos planos es lo que se ha llamado *autonomía enraizada* (embedded) (Evans, 1992).

El desarrollo de capacidades administrativas, el logro de una adecuada coherencia interna del aparato estatal y la inducción de comportamientos entre los actores del

entorno socioeconómico, que permitan cristalizar en “enraizamientos” sinérgicos de largo plazo, implica el desarrollo de incentivos que estructuran la interacción entre los diversos actores y ámbitos. Esto alude a la construcción y al desarrollo de instituciones, entendidas como las *reglas de juego* formales e informales que darán forma a la interacción. Las instituciones configuran códigos de resolución de complejidad por parte de los actores del juego y permiten reducir incertidumbre, del tal modo de hacer posible la interacción bajo el supuesto de las expectativas recíprocas entre los jugadores de sujetarse a las reglas en el proceso de intercambio (North, 1993).

Es necesario distinguir conceptualmente entre las reglas y los actores que intervendrán en el juego de acuerdo a las reglas establecidas, maximizando las oportunidades que éstas brinden. El cambio institucional resulta de la interacción dinámica entre las organizaciones configuradas por los incentivos del marco institucional vigente, y al mismo tiempo por el modo en que éstas buscan influir sobre la evolución de la reglas de juego. En el análisis de un cambio institucional el foco debe recaer sobre la interacción entre instituciones y organizaciones, entendidas estas últimas como los actores de cambio, cuando se encarnan en “jugadores” que buscan instituir nuevas reglas de juego para mejorar su posición relativa. Esta lógica de acción, a su vez, define dinámicas conflictivas con los “jugadores” de organizaciones que maximizan su interés tratando de estabilizar las reglas de juego vigentes.

Al considerar este plano es cuando se articulan el análisis institucional y el análisis político, pues el marco institucional distribuye los puntos de veto y define la estructura de oportunidades que disponen los distintos actores para ejercer influencia y presión en determinada arena política. Las reglas, instituciones y prácticas que intermedian entre Estado y sociedad pueden ser vistas como “infrarrecursos”, es decir aquellos recursos que funcionan como condición de posibilidad para que los actores puedan hacer uso de los recursos de poder “instrumentales” (ej. *lobby*, *veto*, *etc*). Los infrarrecursos pueden funcionar como facilitadores o a manera de restricción para que los actores persigan sus intereses; por lo tanto, pueden influir o modificar los resultados de política, pueden fortalecer o atenuar el peso de estas fuerzas causales.

Las instituciones, al menos las formales, no surgen espontáneamente ni necesariamente para alcanzar un nivel más alto de eficiencia social. Se configuran en gran medida a través de la realización de intereses de aquellos con suficiente poder de negociación para reformular el marco institucional vigente e introducir nuevas reglas de juego. A veces, los objetivos particulares de quienes detentan el poder de negociación suficiente pueden generar cambios institucionales que realizan o facilitan la evolución hacia soluciones socialmente más eficientes (North, 1993). Esta racionalidad del cambio institucional es la que define su dimensión propiamente *política*, y fortalece por tanto la necesidad del análisis político como aspecto consustancial al estudio de capacidades institucionales. La construcción institucional debe ser entendida, más que como campo de acción alternativo, como parte inherente, distinguible sólo analíticamente, de un proceso político multidimensional. Sin duda, la creación de instituciones resulta y requiere de la *ingeniería institucional*, pero al mismo tiempo es un emergente del conflicto de intereses y aun de la construcción de identidades. En resumen, de dinámicas políticas y relaciones de poder que están en la base de la definición de las reglas de juego.

Nuestro propósito no es elaborar una teoría general de las relaciones entre Estado

y sociedad, sino abordar el problema de la regulación estatal desde una teoría de “alcance medio” que permita un análisis históricamente situado de los procesos regulatorios que se desarrollan en el ámbito del seguro de salud argentino. Para cumplir con ese propósito resulta necesario una breve referencia a ciertas tendencias que modelan el contexto más general.

Al igual que en otros casos latinoamericanos, en la Argentina el modo en que se estructuró la relación Estado-sociedad durante el modelo sustitutivo desde la posguerra llevó a que el Estado se constituyera como arena de conflicto antes que como actor. La vasta intervención estatal en la economía, y en la sociedad civil en general, llevó al movimiento inversamente recíproco por el cual el Estado resultó fuertemente penetrado por los actores socioeconómicos y tendió a fragmentarse en múltiples agencias *capturadas* o en espacios de apropiación corporativa que virtualmente diluían la distinción entre lo público y lo privado. Más que una “originalidad” latinoamericana o argentina, esta subsumición de esferas representó una forma particularmente acentuada de la *politización* de la economía que caracterizara al keynesianismo; y que, en la contradictoria secuencia de un ciclo histórico, favoreciera tanto el fortalecimiento inicial del poder y autonomía del Estado, desde los años treinta, como, posteriormente, el debilitamiento y la progresiva parálisis de las capacidades estatales desde las décadas del sesenta y setenta (Offe, 1990; Przeworski, 1990).

Frente a las reformas orientadas al mercado, que cierran el ciclo histórico del modelo de centralidad estatal, encontramos un supuesto general: la nueva relación entre Estado y mercado implica el desalojo de los intereses sectoriales del propio aparato estatal y la posibilidad de éste de recuperar autonomía y ganar en coherencia interna (Heredia, 1989; Torre, 1997; Roxborough, 1997). Supuestas estas condiciones, la nueva función regulatoria que se le exige al Estado podría desarrollarse a partir de los prerequisites necesarios de mayor autonomía y de fortalecimiento de las capacidades propias. Surgirá, entonces, un nuevo actor estatal crecientemente autónomo con capacidad para arbitrar “desde arriba” y a distancia de las presiones sectoriales.

Es probable, sin embargo, que dicha hipótesis considere que el poder de los actores socioeconómicos frente al Estado sólo es función de la penetración corporativa que permite “apropiarse” de porciones de autoridad pública, y subestime que la redistribución de poder implicada en el movimiento hacia el mercado ha incrementado notablemente el impacto de los recursos de poder que pueden movilizar los actores económicos en ciertos procesos regulatorios.

Pero la solución a los dilemas teóricos sólo puede darse por vía de la evidencia empírica, lo que exigiría la elaboración de un conjunto de estudios de caso que analicen la estructura y funcionamiento de distintas agencias estatales de control y regulación. La pertinencia de una estrategia de estudios de caso no sólo responde a un imperativo metodológico sino también a razones teórico-sustantivas. Ni la autonomía ni las capacidades institucionales son atributos o variables que puedan predicarse sobre el conjunto del aparato estatal. Es posible que un Estado pueda realizar eficazmente una política regulatoria en un área y ser totalmente impotente en otra, avanzar exitosamente en la reforma de determinado sistema de prestaciones sociales y ser totalmente vulnerable al veto de los actores socioeconómicos en otro ámbito. Sólo a través de distintos estudios de caso podrá configurarse un “mapa” que distribuya los puntos fuertes y débiles del aparato

estatal para la realización de sus propios objetivos. Se impone la necesidad de elaborar análisis de capacidades institucionales desagregados por agencia estatal y su respectivo ámbito de política.

## **II. 2. La identificación de brechas de capacidad y su respectivo nivel de análisis.**

De acuerdo con el marco conceptual propuesto se planteará un primer momento en que el análisis buscará identificar brechas de capacidades institucionales, considerando los procesos que se desarrollan en el interior del aparato estatal. Luego, se pondrá el foco sobre el nexo en la relación Estado-sociedad, atendiendo al conjunto de actores con los que está relacionada la agencia estatal y el repertorio de recursos de poder que disponen en el proceso de interacción. Este es el nivel que incorpora fundamentalmente las herramientas conceptuales del análisis de políticas públicas.

Para abordar el análisis de capacidades se presupone que para la realización de los objetivos de una política pública debe identificarse claramente el universo institucional encargado de la implementación. Luego, debe evaluarse las capacidades de ese universo institucional, para establecer si éstas son o no suficientes para lograr los objetivos. Alcanzado un diagnóstico en este último sentido, el siguiente paso consistirá en establecer si la brecha podrá ser superada mediante un ajuste de los objetivos a las capacidades, lo que en los hechos representa un cambio total o parcial de los objetivos de política, o bien un incremento en las capacidades hasta alcanzar el nivel requerido para la realización de los objetivos predeterminados.

La política de desarrollo institucional que se objetiva en determinada agencia estatal debe ser desagregada en dos niveles de análisis: por un lado, un nivel analítico que la coloque en su respectivo entorno macro-institucional, atendiendo al entramado de reglas de juego formales e informales que regulan su accionar, o cuya construcción debe operar como la condición de posibilidad para su funcionamiento de acuerdo a los objetivos establecidos. Aquí, quizás, lo central del análisis puede ser la detección de la ausencia total o parcial de la trama institucional necesaria. Por otra parte, es necesario un nivel de análisis micro-institucional, que atienda a la dimensión de las capacidades organizacionales necesarias para alcanzar los objetivos prefijados.

Cabe destacar la preeminencia del primer nivel de análisis, pues la estructura institucional genera los incentivos que inducen determinados comportamientos (estrategias, competencias y conocimientos) por parte de los “jugadores”/organizaciones y el modo en que éstos serán recompensados en el “juego”. Cuando se percibe la capacidad estatal como un problema puramente organizacional se descuida el hecho de que sin una adecuada estructura de incentivos las mejoras en términos de tecnologías administrativas pueden ser contraproducentes para la propia agencia, pues el marco institucional vigente puede conducir a una vía muerta el recurso a nuevas habilidades y competencias.

A partir de la desagregación conceptual en dos grandes dimensiones de análisis avanzamos hacia la definición de las características de cada tipo de brecha que puede definirse dentro de los respectivos niveles.

## II.2.1. Tipos de brechas de capacidad. Su conceptualización.<sup>32</sup>

### Entorno macro-institucional

#### a) Brechas político-institucionales.

Dentro de este tipo podemos señalar las vinculadas a: régimen de gobierno, constitución, legislación y marcos regulatorios, así como las reglas de juego informales, que basadas en rasgos culturales pueden funcionar como restricciones o facilitadoras, según el caso, de determinadas rutas de cambio institucional. Todas estas variables deben ser analizadas con la máxima profundidad posible, pues constituyen la trama institucional a través de la cual se persigue la realización de los objetivos de la política que busca implementarse.

Aquí debe atenderse, dando por descontado la vigencia del régimen democrático de gobierno, a las características del proceso de toma de decisiones. Debe analizarse el modo en que los estilos decisionales vigentes, el monto de capital político disponible por parte del gobierno en determinada coyuntura, o bien las particularidades de la política que busca viabilizarse requieren de un determinado grado de participación de los actores políticos y sociales en el proceso de formulación e implementación de la política pública. También debe considerarse la distribución de costos que implique la política, al igual que los márgenes existentes para establecer compensaciones.

Entre las brechas de capacidades de nivel macro-político debe considerarse también a las restricciones que puede plantear la organización constitucional. En el proceso de implementación de determinada política puede descubrirse, por ejemplo, que la conveniencia de ampliar la competencia de una agencia estatal o los alcances de un proceso de reforma de un sistema de servicios sociales no se compadece con disposiciones establecidas en la organización constitucional del país y, sobre todo, con el modo que esta estructura institucional distribuye puntos de veto entre múltiples actores.

Otro aspecto importante en esta dimensión analítica se refiere a la identificación de brechas en términos del marco normativo y regulatorio. Los objetivos de desarrollo institucional que introducen innovaciones pueden haber sido establecidos presuponiendo una legislación general o un marco regulatorio específico inexistentes. Este punto hace evidente la necesidad de efectuar análisis de capacidades institucionales *ex ante*, que permitan identificar brechas en torno a objetivos de política que implican una norma inexistente, insuficiente o confusa en cuanto a la regulación que exija el caso. Puede darse que la legislación exista pero que no se traduzca en reglamentaciones precisas y consistentes que establezcan de modo unívoco el modo de aplicación de la ley.

También debe considerarse situaciones en que la legislación general plantee restricciones insalvables sobre la realización de determinadas actividades involucradas en el desarrollo institucional de una agencia estatal, o bien, cuando la legislación general y sectorial no armonizan en función de la realización de los objetivos de la política. El análisis previo de estos factores lograría evitar la atribución de roles y tareas a distintas agencias cuando no existen las bases normativas que hagan viable su ejecución. Si se tratara de un análisis *ex post* permitiría efectuar los ajustes necesarios durante el proceso

---

<sup>32</sup>Este apartado ha sido elaborado en base a Tobelem (1992a y b), Palermo (1998) y López, Felder y otros (1998).

de implementación.

b) Brechas identificables a nivel de las relaciones interinstitucionales.

Puede darse que en la elección del universo institucional encargado de implementar una política se descuide una clara distribución de responsabilidades entre todas las agencias involucradas. Esto puede generar problemas de coordinación en el desarrollo de la política. También puede observarse problemas de superposición de funciones entre diversas agencias, lo que se agrava si éstas trabajan desconociéndose mutuamente. En ocasiones, cuando uno de los organismos involucrados en una política está recibiendo asistencia técnico-financiera es probable que la agencia que no reciba igual trato se convierta en opositora al desarrollo del programa, sobre todo si los criterios de elegibilidad para acceder a la asistencia no resultan transparentes.

La delimitación del universo institucional puede obedecer prioritariamente a una lógica política antes que técnica. Esto puede ocasionar ganancias en términos de viabilidad política pero al mismo tiempo no favorece la superación de una brecha institucional. La asignación de responsabilidades de implementación se puede hacer sin ajustarse a las responsabilidades funcionales realmente existentes en el universo institucional involucrado en la política.

Las fallas de articulación en las redes interorganizacionales involucradas en la implementación de una política implican, además de un ineficiente uso de los recursos, situaciones de bloqueo en el desarrollo de las actividades, pues no queda claro cuáles son los productos a cargo de cada agencia que pudieran ser aprovechados como insumos por otra. Estas situaciones son de difícil superación, pues no siempre existen entre los distintos organismos los acuerdos formales o informales que permitan establecer mecanismos de resolución de conflictos o que regularicen las interconexiones.

Para tratar este tipo de brecha el análisis de capacidades institucionales debe estar dirigido a la identificación del “mapa” de relaciones interinstitucionales vitales para la realización de los objetivos de la política, considerando si existen las reglas de juego formales e informales para que las agencias funcionen orientadas hacia la realización coordinada de los objetivos.

c) Brechas vinculadas a la carrera en la función pública.

El desarrollo de las administraciones públicas, en especial la consolidación de un funcionariado estable competente, suele verse afectado por problemas vinculados a la falta de continuidad política y de incentivos apropiados. No son infrecuentes los casos en que los cambios de gobierno o aun de gestión ministerial promueven un recambio casi automático de los elencos de funcionarios. Esto constituye en sí mismo una brecha de capacidad, pues las agencias gubernamentales carecen de memoria institucional, encarnada en *staffs* experimentados, y se dificulta el aprendizaje organizacional.

A veces, los cambios de política o los nuevos proyectos de desarrollo institucional son llevados adelante por *change teams* conformados por técnicos y consultores externos a los planteles permanentes de funcionarios públicos. Pero aun cuando esta intervención pueda resultar efectiva para lanzar nuevas políticas no garantiza el desarrollo de capacidades estatales en el largo plazo. Tampoco los “escalafones paralelos” en que estas situaciones suelen decantar, con prestigio y sobre todo con retribuciones fuertemente diferenciales, promueven las acciones coordinadas con un funcionariado de

carrera que percibe en esto una discriminación.

La ausencia de incentivos adecuados que estimulen la carrera en la función pública, entre los cuales la falta de competitividad de los salarios del sector público respecto del privado no es el menor, dificulta que el aparato estatal pueda atraer y retener a los funcionarios más competentes. La ausencia de incentivos adecuados y el efecto “arrastre” de los cambios de gestión, además de la falta de normas restrictivas explícitas, pueden promover una constante circulación de técnicos y profesionales entre las oportunidades laborales que ofrecen, por ejemplo, la agencia reguladora estatal y los regulados en determinado ámbito. La conformación de estos mercados profesionales, en los que no operarían restricciones normativas que impidan que, en breve plazo, alguien se encuentre del “lado” del regulador o del regulado, no parecen ser las vías más adecuadas para que las agencias estatales desarrollen capacidades institucionales autónomas; además, al diluir una nítida frontera entre lo público y lo privado podrían tender a configurar un nuevo tipo de “anillos burocráticos” .

#### Entorno micro-institucional.

##### a) Brechas referidas a organización interna.

Esta dimensión incorpora como capacidad todos los factores que están bajo directo control de la propia agencia. Una vez que los niveles de decisión política facultan al organismo con roles funcionales y le imputan los recursos necesarios, éste debe alcanzar el modo de organizarse más eficientemente para realizar sus objetivos. Pero dentro de la organización pueden observarse brechas de capacidad que dificulten el logro de los resultados.

Desde el punto de vista del análisis organizacional, una de las principales brechas posibles se manifiesta a través de la distancia creciente entre la organización formal, estructurada por el organigrama, y la red de relaciones informales, que pueden ser los canales más habituales en el proceso de toma de decisiones. Bajo el supuesto, no necesariamente real, que el organigrama establece la mejor distribución de funciones internas y las interrelaciones más adecuadas y costo-efectivas entre las distintas subunidades, la superposición de una organización informal desfasada de la estructura formal puede plantear serias fallas en el funcionamiento de la entidad. Una tensión adicional puede agregarse cuando el organismo es facultado con una nueva función pero la estructura organizacional vigente revela brechas de capacidad para cumplir con el nuevo objetivo.

Algunos de los elementos de capacidad a considerar cuando se trata del análisis de la organización interna se refieren a la existencia de una clara distribución de funciones y delimitación de los flujos de información y decisión entre las distintas subunidades, atendiendo a si toda la estructuración de relaciones se halla formalizada en manuales administrativos y de procedimientos. La existencia de manuales técnicos, que contemplen de manera precisa y detallada las tareas permanentes que lleva adelante la organización, es uno de los modos más efectivos de comunicar con eficacia al personal los resultados específicos que se esperan alcanzar. En este análisis también debe considerarse la gravitación de los estilos y procedimientos de conducción, y el conjunto de reglas de juego formales e informales presentes en la organización que pueden funcionar como incentivos positivos o negativos para el personal en el proceso de implementación

de determinada política.

En general, los organismos públicos no tienen políticas de personal propias, pero cada agencia puede tener incidencia en el modo que recepta las reglas generales del servicio civil para estructurar incentivos entre su personal hacia la realización satisfactoria de las tareas previstas en un programa. La ausencia de este procesamiento por parte de la organización puede adicionarse como brecha a la ya proveniente de un entorno mayor.

Entre las brechas organizacionales más importantes debe considerarse los problemas vinculados a falta de capacidad financiera, así como lo referido a la disponibilidad de equipamiento o de espacio físico adecuados. Muchas veces dichas restricciones provienen de contextos que escapan al control de la propia organización y suelen tener el peso de lo inevitable, no obstante debe ser considerado como uno de los factores que más seriamente debilitan las capacidades de una entidad.

Entre otros factores que influyen sobre la capacidad de una organización pública debe considerarse el grado de legitimación del que disponga entre los involucrados por la política, así como la existencia o no de una cultura organizacional que estimule el sentido de pertenencia entre sus miembros.

La ausencia de una función de desarrollo institucional incorporada a la propia organización es otra importante brecha, pues esta función puede fortalecer la capacidad de la entidad mediante el monitoreo permanente del contexto interno y externo en los que impacta la implementación del programa.

b) Brechas referidas a habilidades y conocimientos:

En algunos casos pueden observarse situaciones en que parte del staff a cargo de la implementación, así como los destinatarios de determinada política carecen de la información, el conocimiento y las habilidades básicas necesarias para asumir las tareas que se les adjudiquen, o bien para enfrentar los reacomodos que las nuevas reglas de juego pueden exigir. El nivel de análisis de esta brecha no debe ser el individuo, pues el déficit en términos de habilidades debe ser evaluado a nivel de la organización en su conjunto. La falta de competencia individual para la realización de determinada actividad puede ser superada mediante la reasignación de tareas o el reentrenamiento, en cambio la falta del suficiente “capital” de habilidades por parte de la organización plantea brechas más estructurales que pueden debilitar seriamente la implementación de la política involucrada

Esta es una brecha que no sólo puede afectar a las agencias a cargo de la implementación, sino que puede abarcar también a otros ámbitos decisorios que intervienen en el proceso de formulación de la política. Estos factores tienden a configurar un entorno institucional hostil en el proceso de implementación de la política, pues no están disponibles las habilidades necesarias en términos de capacidad de gestión, toma de decisiones y competencias profesionales.

## Bibliografía

- Abel Smith, Brian, 1994: “Tendencias mundiales en el financiamiento de la salud”, en Miranda Radic, Ernesto: La salud en Chile, evolución y perspectivas, Santiago, Chile.
- Alonso, Guillermo V., 1997: “Estado, política y actores sociales en la reforma de la seguridad social argentina”, Tesis doctoral, FLACSO, México.
- Arce, Hugo E., 1997: Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina, CEPAL, Santiago de Chile.
- Banco Mundial, 1993: Invertir en Salud, Washington, D.C.
- Bertranou, Fabio, 1999: “Are market-oriented health insurance reforms possible in Latin America? The cases of Argentina, Chile and Colombia”, Health Policy N° 47.
- Bisang, Roberto y Oscar Cetrángolo, 1997: Descentralización de los servicios de salud en la Argentina, CEPAL, Santiago de Chile.
- Campos Braga Neto, Francisco, 1998: “La reforma de sistemas nacionales de salud en los años 90: un análisis del caso británico”, Cuadernos Médico Sociales N° 73, Rosario.
- Cetrángolo, Oscar, 1994, "Reformas en el sector salud", ponencia presentada ante las III Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, Asociación de Economía de la Salud, Buenos Aires.
- Cunill Grau, Nuria, 1999: “La reinención de los servicios sociales en América Latina. Algunas lecciones de la experiencia”, Reforma y Democracia, N° 13, febrero, Caracas.
- De Flood, Cristina, 1997: Gasto y financiamiento en salud en Argentina, CEPAL, Santiago de Chile.
- Díaz Muñoz, Ana, Mónica Levcovich, Laura Lima Quintana y Silvina Ramos, 1994: Sistemas de salud en proceso de reforma, OPS, Buenos Aires.
- Evans, Peter. 1992. "The State as Problem and Solution: Predation, Embedded Autonomy and Structural Change". In The Politics of Adjustment: International Constraints, Distributive Justice and the State, eds. Stephan Haggard and Robert Kaufman. Princeton: Princeton University Press.
- Gladstone, David y Michael Goldsmith, 1995: “Health Care Reform in the UK: Working for Patients?”, en D. Seedhouse (de.): Reforming Health Care: The Philosophy and Practice of International Health Reform, John Wiley and Sons.
- González García, Ginés y Federico Tobar, 1997: Más salud por el mismo dinero, Isalud, Buenos Aires.
- Heredia, Blanca, 1989: “The political economy of the Mexican crisis”, mimeo.
- Hirschman, Albert, 1977: Salida, voz y lealtad, FCE, México.
- Katz, Jorge y Muñoz, Alberto, 1988: Organización del sector salud: puja distributiva y equidad, CEPAL-CEAL, Buenos Aires.

- Katz, Jorge, 1995: “Salud, innovación tecnológica y marco regulatorio”, Desarrollo Económico N° 138, Buenos Aires.
- Knowles, James C., Charlotte Leighton y Wayne Stinson, 1997: Indicadores de medición del desempeño del sistema de salud, USAID-OPS.
- Le Grand, Julian, 1998: “¿Caballeros, pícaros o subordinados? Acerca del comportamiento humano y la política social”, Desarrollo Económico N° 151, Buenos Aires.
- López, Andrea, Ruth Felder y otros, 1998: Regulación de las Telecomunicaciones en Argentina, Algunos criterios conceptuales para su abordaje, INAP-UB, Buenos Aires.
- Maynard, Alan, 1995: “Reforming the NHS”, en Matthew Bishop y otros (eds.): The Regulatory Challenge, Oxford University Press.
- Miranda Radic, Ernesto, 1993: Sistemas de Salud en el Mundo, Centro de Estudios Públicos, Santiago, Chile.
- North, Douglas, 1993: Instituciones, cambio institucional y desempeño económico, Fondo de Cultura Económica, México, D.F.
- Offe, Claus, 1990: Contradicciones en el Estado de Bienestar, Alianza Editorial, Madrid.
- OPS, 1998: Argentina, perfil del sistema de servicios de salud.
- OSDE-FADE, 1999: El sistema de salud argentino, mimeo, Buenos Aires.
- Palermo, Vicente, 1998: Estudio sobre el estado del Estado en Argentina, mimeo, Buenos Aires.
- Przeworski, Adam, 1990: The State and the Economy under Capitalism, New York: Academic Publishers.
- Roxborough, Ian, 1997: “Citizenship and Social Movements under Neoliberalism”, en Williem C. Smith and Roberto Korzeniewicz: Politics, social change and economic restructuring in Latin America, North-South Center Press.
- Schut, Frederik T. y Wolter Hassink, 1999: “Price competition in social health insurance: evidence from the Netherlands”, Paper prepared for the second iHEA conference in Rotterdam, 6-9 de junio.
- Skocpol, Theda, 1985: “Bringing the State Back In: Strategies of Analysis in Current Research”, en Peter Evans, Rueschemeyer and Skocpol: Bringing the State Back in, Cambridge University Press, Cambridge.
- Stiglitz, Joseph, 1992: Economía del Sector Público, Antoni Bosch Editor, Barcelona.
- Tesoro, Jose Luis, 1999: Las fusiones en la Administración Pública Nacional: los casos de la ANSES, la AFIP, la SSS, el SEGEMAR y el SENASA, Instituto Nacional de la Administración Pública, Buenos Aires.
- Tobar, 1999: “Alternativas para la reforma del sistema de salud en Argentina”, mimeo, Buenos Aires.

- Tobelem, Alain, 1992a: Institutional Development in the Latin America and Caribbean Region: Lessons of Experience and Recommendations for Improvement, World Bank.
- Tobelem, Alain, 1992b: Institutional Capacity Analysis and Development System, World Bank.
- Torre, Juan Carlos, 1997: Las dimensiones políticas e institucionales de las reformas estructurales en América Latina, Serie Reformas de Política Pública, CEPAL.
- Waitzkin, 1997: “Challenges of managed care: its role in health system reforms in Latin America”, Informing & Reforming, Fundación Mexicana para la salud, México D. F.