

La desregulación de las Obras Sociales
Un episodio más de la reforma de salud en Argentina....
¿Qué vendrá luego?

André Médici

Banco Interamericano de Desarrollo

Washington, D. C.

Departamento de Desarrollo Sostenible

Andre Medici es Especialista en Desarrollo Social de la División de Programas Sociales (SDS/SOC) del Departamento de Desarrollo Sostenible. (SDS). Los puntos de vista e interpretaciones de este artículo son de total responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente las posiciones del Banco Interamericano de Desarrollo. El autor agradece los comentarios y aportes de Federico Tobar, del Ministerio de Salud de Argentina; de Ramiro Ruíz de Castillo, del Ministerio de Economía de Argentina; de Susana Belmartino, del CIESS en Rosario. También se reconoce la valiosa contribución de Elisa Fernández y de Martha Chávez en la revisión y edición del documento. Para obtener acceso electrónico a esta publicación u otras relacionadas al tema, consultar el website de sds/soc <http://www.iadb.org/sds/soc>.

Este informe se publica con el único objeto de contribuir al debate sobre un tema de importancia para los países de la región. Su publicación por este medio tiene como propósito generar comentarios y sugerencias de las personas interesadas en el tema. El informe no ha sido sometido a un proceso independiente de revisión ni ha sido estudiado por el Grupo gerencial del Departamento de Desarrollo Sostenible. Por lo tanto no representa la posición oficial del Banco Interamericano de Desarrollo.

*“En los velorios, el progreso de la corrupción hace
que el muerto recupere sus caras anteriores”*

Jorge Luis Borges
El Aleph (1949)

Índice

I.	
La novela y sus episodios	
1	
II.	
Un largo camino	
2	
III.	
Los primeros intentos de reforma	
4	
IV.	
La crisis del antiguo sistema	
5	
V.	
Los primeros pasos de la reforma	
8	
VI.	
El gran salto: marcha y contramarcha	
11	
VII.	
2001: Una odisea? En qué espacio?	
12	
Referencias bibliográficas	
16	

I. La novela y sus episodios

La reforma del sector salud en Argentina puede ser vista como una novela que se inicia en los años noventa y que aún no ha terminado. Una larga novela, que transcurre en diversos momentos y que puede ser dividida por lo menos en cinco episodios;

1. La larga marcha de la construcción y hegemonía del viejo sistema (hasta fines de los años setenta).
2. La crisis del antiguo sistema (desde el final de los setenta hasta el inicio de los noventa).
3. Los preparativos y primeros pasos de la reforma (1991-1997).
4. El gran salto “marcha y contramarcha” (1997-2000).
5. El reinicio del proceso (2001 a ?).

La particularidad de esta novela es que resulta difícil definir cuáles son sus personajes.

Aunque los actores se perciben claramente, no es tan fácil identificar sus papeles e intereses particulares ya que éstos parecen asumir diferentes actitudes y posiciones a medida que avanza la trama de la novela.

Si alguien quisiera contar la novela de forma resumida diría que hay dos grandes bandos. Por un lado, el de quienes quieren mejorar el antiguo sistema que a pesar de estar jurídicamente muerto, permanece con los mismos problemas: insuficiente cobertura, bajo grado de equidad, altos costos de transacción¹ y beneficios muy bajos - desproporcionados a los gastos. Por otro lado, están los interesados en resucitar al muerto o recuperar sus caras anteriores – cómo en el cuento de Borges – y sería a través de ellas que mantienen los privilegios de sus posiciones relativas. ¡Qué no son pocos!

¹ La corrupción es solamente una de las formas en que se manifiestan los altos costos de transacción en el sistema de salud, otras son los sucesivos y superpuestos contratos para la macro gestión del sistema y la existencia de diversos niveles intermedios de financiamiento y gestión.

II. Un largo camino

El principal escenario en el que se desarrolla la novela es el sistema de seguro social de salud denominado “Obras Sociales”(OS). Herederas del sistema de mutuales² e instituidas por el gobierno de Perón³, tal como ocurrió en Brasil durante el período de Vargas con los Institutos de Jubilaciones y Pensiones (los cuales incorporaban prestaciones de salud), constituyeron una de las estrategias del gobierno para perpetuarse en el poder a través de la cooptación de las burocracias sindicales y del respaldo de sus intereses en la administración pública. El peronismo manejaba directamente a los gremios y, por lo tanto, la dirección de las obras sociales. Sin embargo, la alianza del gobierno con el sindicalismo, a través de mecanismos de cooptación, fue también un recurso más que las

² Las mutuales fueron unas de las primeras formas de organización social del sector salud que nace en varios países de América Latina, como Uruguay, Argentina, Chile, y Brasil en la transición del siglo XIX al XX. Caracterizadas por la prestación de servicios sociales (previsión social, salud, asistencia social, recreación, etc.) por empresa, comunidades de inmigrantes, barrios u organizaciones religiosas, ellas fueron importantes formas de organización social espontánea antes que el Estado asumiera sus funciones básicas en el área social. Junto a ellas se destaca otra forma de organización colectiva que también emerge de la sociedad civil en torno a los hospitales de comunidad.

³ Las OS existían antes de Perón, se propagaron durante su segundo gobierno, pero sólo se consolidaron durante la revolución libertadora y el gobierno radical de Frondizi. Algunos defienden que durante los tres gobiernos de Perón se avanzó mucho más hacia el modelo Beveridge que hacia el esquema bismarckiano de protección social. Sobre este punto, es muy revelador leer los libros de Ramón Carrillo (ministro de salud del primer gobierno peronista) y también el segundo plan quinquenal.

dictaduras posteriores en los años setenta utilizaron para mantener la hegemonía del poder en estas instituciones.

Las Obras Sociales (OS) son una especie de autarquías⁴ destinadas a proveer acciones de salud y recreación a los empleados formales en la sociedad argentina. Son financiadas por contribuciones a la nómina de salarios de las empresas y de los trabajadores. Desde los años sesenta la afiliación es obligatoria para todos los trabajadores y también para los pensionados que contribuyen al INSSJP – una obra social exclusiva para jubilados, la cual es más conocida por la sigla que dio lugar a su primer Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) –. Dicha institución también se financia a través de una contribución adicional sobre la nómina salarial y de otra sobre los beneficios previsionales (jubilaciones) de los trabajadores pasivos⁵.

Durante la década del setenta ocurrieron transformaciones significativas en el sistema. Primero se avanzó hacia una efectiva expansión de cobertura. En 1967, las OS cubrían solamente al 35% de la población argentina. En los años setenta, la cobertura, antes restringida a los trabajadores, se extiende a sus cónyuges e hijos. El advenimiento de la afiliación obligatoria y su extensión a los grupos familiares, en una

⁴ En el modelo tradicional, las autarquías son organismos públicos autónomos. Las Obras Sociales Sindicales, a su vez, no surgen por ningún decreto del gobierno aunque su reglamentación y registro posterior las obliga a regirse por un modelo similar a éste.

⁵ La obligatoriedad de la contribución sobre la nómina salarial para la financiación del sistema de salud de los jubilados y pensionados fue establecida a través de la Ley 19032.

economía en la que la gran mayoría de los trabajadores se insertaban en el mercado formal de trabajo, elevó la cobertura de las Obras Sociales hasta el 75% en 1984. Así la Argentina fue uno de los países que más se aproximó a la universalización de la salud por la vía bismarckiana (a través del mercado formal de trabajo) en América Latina⁶.

Sin embargo, algunas de sus reglas de funcionamiento y la falta de una regulación efectiva empezaron a crear problemas de eficiencia y equidad financiera entre los participantes, tales como la doble o triple afiliación de algunas familias y la insuficiente contribución de las OS en los sectores que involucraban trabajadores con sueldos más bajos.

⁶ Desde sus orígenes, la oferta de servicios públicos en Argentina es amplia, integral, universal y gratuita. A pesar de ello, se puede afirmar que el país sigue teniendo un sistema fragmentado y poco equitativo, lo que es agravado por la crisis económica y social, así como por el aumento del desempleo y el trabajo informal en los años más recientes.

III. Los primeros intentos de reforma

En el comienzo de la década del setenta el sistema de Obras Sociales ya estaba consolidado y se podría afirmar que era hegemónico en términos de cobertura poblacional y de su participación en el financiamiento sectorial. Al mismo tiempo, las principales limitaciones de la respuesta organizada a los problemas de salud en Argentina comenzaban a resultar evidentes: la fragmentación del sistema en su conjunto, la heterogeneidad de la cobertura, la poca equidad en el acceso y el gasto y la insuficiente solidaridad en el financiamiento.

El primer intento de reforma del sistema apuntaba a una mayor integración y articulación entre los dos subsectores de salud que hasta entonces existían en Argentina: el de los servicios públicos y el de las obras sociales. El proyecto básico formulado en 1974 consistía en crear un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que establecía conexiones entre el sistema público y el de obras sociales, favoreciendo el intercambio de clientela y estimulando la solidaridad financiera entre ambos. Con el golpe militar de 1976 el avance en esa dirección fue revertido.

Luego de muchos años de funcionar sin ninguna regulación, la segunda transformación surge con la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS). Esta institución asumía la misión de regular las prestaciones, el financiamiento y establecer

mecanismos de solidaridad entre las distintas categorías profesionales. Como los salarios de las diferentes categorías profesionales eran muy dispares, el mercado tendía a aumentar la segmentación entre las OS de ricos y las de los pobres. En este contexto, muchas instituciones no alcanzaban a percibir los recursos suficientes como para garantizar prestaciones en calidad y cantidad adecuadas para sus afiliados. Estos últimos, cuando necesitaban servicios tendían a acabar en las puertas de los hospitales y centros ambulatorios públicos. Para resolver este problema, el gran cambio introducido por el INOS consistió en la incorporación de un fondo de solidaridad, al cual todas las obras sociales aportaban el equivalente al 10% de la suma de los ingresos percibidos. Los recursos del fondo eran distribuidos entre las Obras Sociales de menores ingresos con el fin de garantizar la cobertura de las necesidades de salud de sus afiliados. Aunque la constitución del fondo representaba *per se* un avance en las bases solidarias de la financiación del sistema de obras sociales, la reforma resultaba aún insuficiente. Por un lado, no se establecía un nivel mínimo de prestaciones para cubrir a los afiliados, de modo que se preservaban los niveles de acceso muy diferenciados. Por el otro, el mecanismo de asignación establecido quedaba librado al juicio discrecional de las autoridades del INOS.

IV. La crisis del antiguo sistema

Varios son los factores que llevaron al sistema de Obras Sociales a colapsar. Entre ellos se puede citar: (i) la naturaleza de su condición política y administrativa; (ii) la cautividad de la clientela de cada obra social y la falta de mecanismos de competencia que permitiesen la libre elección de los afiliados; (iii) la debilidad progresiva de los mecanismos de regulación; (iv) el desequilibrio en la regulación de la oferta provocado por el PAMI; (v) la heterogeneidad del sistema en el ámbito regional y provincial; (v) el alto costo y el desperdicio del sistema y (vi) el surgimiento de las instituciones privadas de asistencia médica gestionada, basadas en modelos de prepago, las cuales progresivamente fueron desarticulando a las OS de los grupos de asalariados y de dirección de empresas con mayores ingresos. Sigue una evaluación más detallada de cada uno de estos puntos.

1. **La conducción política y administrativa de las obras sociales sindicales**, en su mayoría en manos del sindicalismo peronista, fue en gran medida una fuente de poder y corrupción para un sector importante de la aristocracia sindical argentina. Al recibir una renta vitalicia sin mayores esfuerzos, no había incentivos para que las obras sociales brindasen un buen servicio o rindiesen cuentas a su clientela. Los beneficiarios insatisfechos no tenían a quién reclamar y, en general, recurrían en última instancia, a la opción de usar los servicios públicos como forma paliativa. Por otro lado, al no haber grandes requisitos de transparencia ni rendición de cuentas, no existían límites sobre las comisiones que los dirigentes de estas instituciones podían recibir en la compra de insumos y servicios, en inversiones, construcciones, etc. Por otro lado, en algunos casos, las obras sociales

actuaron como un importante mecanismo de financiación de campañas de los partidos políticos y muchos de sus dirigentes fueron apadrinados políticos de importantes personalidades de los Poderes Ejecutivo y Legislativo.

2. Al tener una **clientela cautiva**, los afiliados de cada obra social no podían ejercer sus derechos como consumidores. Sólo podían cambiar de obra social si comenzaban a trabajar en empresas de otra rama de actividad económica o si se jubilaban, ingresando así como afiliados del PAMI. Ese tipo de comportamiento eliminaba todo incentivo para la competencia en el sector y no estimulaba a las OS a mejorar la calidad de los servicios de salud que ofrecían, puesto que no había por qué luchar para aumentar la clientela. En esta situación ni siquiera instituciones como el INOS podían hacer mucho para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos ni implantar incentivos para el control y reducción de los costos del sistema. Bajo este modelo cerrado, de clientela cautiva, la regulación se restringe a normas y, en el mejor de los casos, a controles del tipo de auditorías con alguna sanción eventual. Al mismo tiempo, mientras las propias OS funcionaban como un aparato político financiero, la autoridad política del ente regulador quedaba debilitada.
3. A pesar de sus esfuerzos, el INOS siempre sufrió cierta **debilidad en el proceso de regulación** de las OS. Aunque haya conseguido unificar los aranceles de contribución (que antes variaban según la categoría profesional) así como los precios de los servicios asegurados (a través de la creación de un nomenclador nacional), no con-

siguió frenar la tendencia creciente a la compra de servicios innecesarios (en las entidades de dirección o en las sindicales más ricas) o a no atender adecuadamente a los beneficiarios (en las más pobres). El propio Fondo de Solidaridad acababa apoyando a las más ricas, puesto que eran las más eficientes al planificar, prestar servicios y emitir facturas, demostrando al INOS la necesidad de recursos superiores a sus rentas líquidas. Las más pobres ni siquiera tenían la capacidad de planificar los instrumentos de oferta para la posterior rendición de cuentas al organismo regulador. La debilidad en la regulación también se debía al hecho de que el INOS no disponía de herramientas para regular la relación monopólica - monopsónica entre Obras Sociales y prestadores de servicios que se establecían en las provincias menores, aumentando libremente los precios pagados por los servicios sin ningún incentivo para su adecuada reducción y control.

4. La gran magnitud de la población cubierta por el PAMI, acababa imprimiendo a esa institución un fuerte peso en la **regulación de la oferta local de servicios de salud**, ya que esta institución definió nuevas modalidades de contrato, generando un gran número de prestadores privados (médicos y hospitales) en la base de contratos por capitación con reglas distintas de las operadas en el sistema de OS. Como quienes prestaban servicios para el PAMI también lo hacían para las demás entidades, se terminaba extendiendo las reglas y precios de la mayor obra social a todas las demás, especialmente en las provincias de menor porte.
5. La **heterogeneidad económica regional** argentina es responsable de la gran diversidad de modelos de organización del sector salud que responde a distintos procesos de estructuración del sis-

tema de obras sociales al nivel provincial. En las provincias más ricas, como Buenos Aires, con 40% de la población y 35% del PBI nacional, prevalece la cobertura de las Obras Sociales sindicales, pero existe internamente una gran heterogeneidad en las formas de organización. En el Conurbano de la Provincia, se fortaleció el papel de las empresas con servicios de prepago, con un gran número de médicos asalariados, las cuales pasaron a tener en la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires su principal agente de negociación de precios y cantidades de servicios con las OS. En provincias del interior como Neuquén y Salta, el papel de las Obras Sociales sindicales resulta menor mientras crece la relevancia de las Obras Sociales provinciales y del sector público. Sin embargo, el papel de los contratos capitados de PAMI monopoliza buena parte del mercado privado de prestadores. Esto fuerza a las OSP a complementarse con los servicios públicos a fines de brindar cobertura a su clientela⁷. Como esto ocurre sin un mecanismo de recuperación de costos en los servicios públicos, éstos acaban deteriorándose por su creciente debilidad de financiamiento, en parte originado por tener que dar cuenta de una demanda superior a la conformada por quienes carecen de cobertura de seguros. La clase médica es la mayor beneficiada por este proceso, pues a través del modelo del multiempleo multiplica el don de ubicuidad de los médicos, el cual no siempre es bueno para los pacientes pero trae grandes ventajas financiera para esta categoría profesional.

⁷ Tal hecho justificaría per se la unificación de estas entidades con los servicios públicos provinciales a través del establecimiento de seguros públicos provinciales de salud.

6. Cuestiones como la falta de medios para regular la oferta, las relaciones monopólico-monopsónicas entre OS y prestadores y la cautividad de la clientela de las obras sociales establecieron un sistema poco eficiente en el cual los **costos y gastos** crecían sin parar. Por otro lado, a partir de la contribución de cada trabajador se brindaba cobertura a todo su grupo familiar. Si ambos cónyuges estaban incorporados al mercado formal de trabajo, la familia contaba con doble cobertura. Pero si además el hijo mayor del matrimonio comenzaba a trabajar e incluía a sus padres como dependientes, entonces la familia contaba con triple cobertura. Este hecho creaba una complicidad entre el sistema y sus beneficiarios, en un doble proceso de doble ventaja (*free riding*). Los usuarios disponiendo de más de una obra social, utilizaban selectivamente aquella que le brindaba mejor cobertura en cada modalidad. A su vez, las OS maximizaban su rendimiento al mismo tiempo que dividían sus costos de atención médica.
7. En muchos segmentos de altos ingresos la opción de algunas OS consistía en entregar toda o parte de su atención a las empresas de medicina prepaga o atención médica gestionada que comenzaron a florecer en Argentina desde fines de la década del setenta.

Frente a todas esas deficiencias y con el retorno de la democracia, el gobierno del presidente Raúl Alfonsín (1983-1989) in-

tentó restablecer mecanismos para evitar todos esos problemas, a través de la creación de un proyecto de Seguro Nacional de Salud. Ese proyecto reivindicaba el fortalecimiento del papel del Estado como conductor de la política de salud y proponía una estrategia conjunta con las obras sociales para fortalecer la cobertura de la población fuera del mercado formal de trabajo. Sin embargo, el proyecto enfrentó dura resistencia del sindicalismo de base peronista y acabó siendo archivado.

Pero ninguno de esos factores resultó decisivo para explicar la crisis del sistema de Obras Sociales, ya que todos ellos, a pesar de las deficiencias inherentes, podrían convivir en un clima de crecimiento económico y estabilidad. El estancamiento de la economía y la hiperinflación del final de los ochenta aumentaban fuertemente las tasas de desempleo y la informalidad del trabajo, afectando la base de financiamiento de las obras sociales. Sólo en la Provincia de Buenos Aires, la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI una medida del nivel de pobreza estructural utilizada en Argentina) aumentó desde el 25% al 45%. El número de personas cubiertas por el sistema de Obras Sociales se redujo en todo el país de 22,6 a 18.8 millones, entre 1984 y 1991. Esto significó una reducción de la cobertura desde el 75% al 58%. Por otro lado con el Plan Austral, al fortalecerse la moneda y mantener actualizado el valor de los pasivos de la OS, se pone en evidencia la dificultad de financiar la estructura de prestación de los servicios existentes.

V. Los primeros pasos de la reforma

La reforma de las Obras Sociales forma parte de un gran esfuerzo de cambio que se instituyó a partir de 1994 con el Plan de Convertibilidad – uno de los mayores y más ambiciosos programas de estabilización económica implementados en América Latina - el cual consiguió garantizar por largo tiempo la estabilidad y recuperación del crecimiento en el país⁸.

Por otro lado, como se ha visto anteriormente, la reforma de las OS nace de la conciencia de que el sistema, tal como estaba, no se sustentaría por mucho tiempo. Por un lado, la crisis del desempleo y del trabajo formal impulsó a la clase media a recurrir de forma creciente a los hospitales y servicios públicos. Las mismas Obras Sociales buscando racionalizar su oferta de servicios impulsaban a sus afiliados a buscar atención en los hospitales públicos.

En ese sentido, la desregulación de las Obras Sociales a inicios de los 90 es solamente la pieza de un engranaje más amplio de reforma, que intenta redefinir los espacios del sector público en salud, aumentar la eficiencia en el mercado de OS, y en ese intento, regular el mercado de seguros de salud privados basados en sistemas de prepagos. Sin embargo, es muy poco lo que se ha conseguido avanzar en ese último aspecto.

⁸ Mientras tanto, dicho esfuerzo no resistió a las presiones por una mayor flexibilidad del cambio a partir de la maxi-devaluación del Brasil en 1998. Dichas presiones, asociadas a la poca margen de maniobra para gestionar el déficit público y a sus impactos negativos en el nivel de empleo y en el crecimiento económico, llevaron a una crisis social, política e institucional de grandes proporciones a fines del 2001 y al consecuente deterioro de los términos de intercambio y de las finanzas públicas desde entonces.

La reforma del sector público se organizó sobre tres pilares: 1) la descentralización de los servicios públicos de salud hacia las provincias, 2) el modelo de autogestión en los hospitales públicos y 3) el fortalecimiento del modelo de atención primaria de la salud basado en estrategias de promoción y prevención de la salud, atención materno infantil, medicina familiar y vigilancia epidemiológica. Abajo se detalla en que consiste cada uno de estos pilares.

1. **La descentralización de los servicios públicos de salud** comienza a inicios de los años '90 con la transferencia de todos los hospitales nacionales y otros servicios de salud nacionales a las provincias.
2. **El modelo de autogestión de los hospitales públicos** se desarrolló inicialmente en la Provincia de Buenos Aires y en Mendoza, siendo posteriormente extendido a todo el país, a partir de la promulgación del Decreto 578 del año 1993⁹. Con este proceso, los hospitales públicos pueden facturar y cobrar a las OS el valor de los servicios prestados a la población que cuenta con cobertura de esas instituciones.
3. **El fortalecimiento de la atención primaria** se inicia en 1994 con el Programa de Atención Materno Infantil (PROMIN) a través del cual se fortalecen los establecimientos provinciales que ofrecen cuidados a las madres e niños, buscando reducir la mortalidad

⁹ En realidad se inició primero en Mendoza y luego en la Provincia de Buenos Aires. Algunas provincias establecieron sus propias leyes de descentralización. Otras simplemente se adhirieron al decreto 578 de Nación.

materna y mejorar los patrones de atención a la salud infantil, especialmente en la primera infancia. Una medida posterior, ya en 1998, es la incorporación del Plan de Atención Primaria para el hospital de autogestión por Área Tipo y en 1999, el programa de Atención Primaria de Salud (PROAPS), donde se define que cada hospital funcionaría como la cabeza de una red donde prevalecerían estrategias de atención primaria y de fortalecimiento del primer y segundo nivel de atención. Al mismo tiempo se define la implantación del sistema de atención primaria en las provincias. En la misma época se desarrolla el programa Nacional de Vigilancia Sanitaria (VIGIA) que permite aumentar e integrar al nivel provincial, los esfuerzos de la vigilancia epidemiológica.

Las estrategias definidas en el campo de la reforma del sector público estaban, en gran medida, coordinadas con la desregulación de las OS. La instancia más inmediata de esa coordinación fue un proyecto que no llegó a constituirse en ley denominado *Organización Solidaria de la Asistencia Médica*. Ese proyecto tenía como base tres pilares: la libertad de afiliación y la pluralidad institucional del sistema de Obras Sociales, la creación de un nuevo marco financiero para el sistema y la progresiva universalización de la cobertura.

En 1991, con la desregulación económica (Decretos 2284 y 2741), los aportes para las Obras Sociales dejan de ir para el INOS y pasan a ser dirigidos hacia la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). Esta última se encarga de organizar las transferencias de recursos hacia las distintas OS. En 1993, esos recursos son canalizados hacia la Dirección General Impositiva (DGI), hoy transformada en Administración de Finanzas e Ingresos Públicos (AFIP). De esta forma se genera una base económica e institucional para el

proceso de desregulación de OS centrada en la separación de funciones de regulación, financiamiento y provisión de servicios. Ese proceso comienza efectivamente con el Decreto 9 de 1993, el cual pasa a tener básicamente los siguientes dispositivos:

1. Los beneficiarios del sistema de OS en cualquiera de sus modalidades podrán elegir la Obra Social de su preferencia.
2. Son eliminadas las restricciones que limitan la libertad de contratación así como las que regulan las listas de precios de servicios.
3. Se crea una diferenciación entre empresas o entidades de prestación de servicios y asociaciones profesionales, impidiendo que las OS contraten a estas últimas como prestadoras de servicios de cualquier naturaleza.
4. Es ratificada la recuperación de costos de los hospitales públicos, obligando a las OS a reembolsar cualquier uso que se realice de los primeros.
5. Obliga a las OS a contratar solamente prestadores de servicios debidamente acreditados por mecanismos vigentes en el mercado, tendiendo a mejorar la calidad de las prestaciones.
6. Se permite la fusión y la unión de OS.
7. Se prohíbe la gestión y cobro centralizado de contratos.
8. Se establece un Paquete Básico Mínimo Obligatorio de Servicios (PMO), definido y regulado por el Ministerio de Salud, el cual deberá ser garantizado a los afiliados de las OS.
9. El INOS se transforma en Administración Nacional de Seguro Social (ANSSAL), asumiendo la responsabilidad de compensar las diferencias eventuales entre los aportes recibidos y las necesidades de cobertura de las prestaciones incluidas en el PMO a los afiliados.

A diferencia de las reformas de los años '80, que tuvieron el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, las reformas de salud de los años '90 contaron con el apoyo de organismos multilaterales de crédito, especialmente del Banco Mundial, el cual financió parte de las investigaciones para la aplicación del Programa de Hospitales de Autogestión (PRESSAL), del Programa de Atención Materno Infantil (PROMIN), del Programa de Reforma de Obras Sociales (PROS) y del Programa de Vigilancia Sanitaria y Epidemiológica (VIGIA). El Banco Interamericano de Desarrollo, apoyó la preparación del Programa de Atención Primaria de la Salud (PROAPS), el cual fue reformulado a partir del 2002 en función de las necesidades impuestas por el programa de emergencia social, pasando a enfatizar la distribución de medicamentos básicos a la población de bajo ingreso mediante su entrega a través de servicios provinciales de atención primaria de salud. Asimismo se mantuvo la implantación del programa original con pocos cambios en la Provincia de Córdoba.

Entre los años 1993 y 1997, son promulgadas medidas complementarias a esta legislación, cabe destacar el Decreto 576/93, que define los alcances de este paquete de medidas, las normativas que reglamentan la reducción de las contribuciones patronales, rebajándolas de 6% a 5% y el decreto

292/95, que modifica las funciones de repartición del fondo solidario de distribución de ANSSAL, otorgándole carácter automático para complementar el fondo mínimo para la cobertura del PMO, eliminando la duplicidad de cobertura de las Obras Sociales y extendiendo el régimen de libre elección para los jubilados y pensionados afiliados a PAMI. Poco tiempo después, otro Decreto, de número 492/95, aumenta nuevamente los aranceles de contribución de los empleadores a 6%.

La reglamentación del PMO de las Obras Sociales se inicia en 1996 (Decreto 247). El proceso de libre elección de las OS es reglamentado por el Decreto 1141 de 1996 y su aplicación se inicia en 1997, con una única restricción: las personas sólo podrán cambiar de Obra Social una vez por año (Decreto 84 de 1997).

En Diciembre de 1996 el ANSSAL es convertido en Superintendencia de Seguros de Salud (SSS), anticipando que las funciones de regulación del sector podrían ampliarse, incorporando los seguros privados correspondientes. Entre las nuevas funciones de la SSS pasan a figurar la fiscalización y cumplimiento del PMO, la supervisión del proceso de recuperación de costos de hospitales de autogestión y el cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de Calidad.

VI. El gran salto: marcha y contramarcha

El proceso de libre elección de las Obras Sociales, entre 1997 y 2000, tuvo algunos efectos esperados y otros no esperados. Uno de los efectos esperados fue la concentración del mercado, a partir de la reducción del número de instituciones. De hecho, de las 360 OS existentes en el inicio de los '90, quedaron poco más de 200 en el giro del milenio. Y todo indica que ese proceso de concentración va a continuar, o que podrá tener efectos positivos en la mejora de la eficiencia del mercado.

Los efectos inesperados están en el llamado “descreme del mercado”. Algunas Obras Sociales – en general las mayores y con más solvencia financiera – con o sin acuerdo con las empresas de atención médica administrada, pasaron a captar el “cuerpo a cuerpo” de los usuarios de mayor aporte contributivo, aumentando el riesgo sistémico de las demás OS.

Por todo esto, los sindicatos que administran las Obras Sociales ofrecieron una fuerte resistencia a la reforma, interviniendo permanentemente y obstaculizando el pro-

ceso de libre elección de los usuarios. El número de personas que cambió de Obra Social entre abril de 1997 y octubre de 2000 no pasó de 570 mil personas, entre los 19 millones de asociados, o sea, menos de 3% de la población incorporada del sistema.

Durante este período, la resistencia al proceso fue creciente y se intensificó con el empobrecimiento de la economía argentina, al final de los años noventa y con los esfuerzos de la campaña electoral. El gran salto hacia adelante terminó convirtiéndose en un gran salto para atrás. El sindicalismo demostró una vez más su fuerza y, aliado a los intereses de médicos y funcionarios públicos, fortalecieron las críticas y el carácter no solidario del sistema y los riesgos de privatización e internacionalización del sector salud. Para garantizar el apoyo de la base del sindicalismo justicialista en las elecciones presidenciales, el gobierno, en el final de 1999, fue obligado a retroceder y suspender el proceso de libre elección de las OS, postergando su discusión a una fecha posterior a las elecciones.

VII. 2001: ¿Una odisea? ¿En qué espacio?

No queda duda que la reforma de las Obras Sociales en Argentina es un proceso necesario, no solamente por cuestiones de eficiencia, control y reducción de costos del sistema de salud, pero principalmente por cuestiones de equidad y justicia social¹⁰. Pero un proyecto de esta naturaleza no es trivial y su aplicación exige gobernabilidad, gradualismo y análisis de alternativas de factibilidad, factores que pueden ser casi tan o más importantes en la realización de las reformas que la perfección del diseño técnico de las mismas.

Al inicio del año 2000, el gobierno de Fernando De La Rúa, asumió la conducción del país en medio de una grave crisis económica y social, iniciada con la desvalorización de la moneda de Brasil, principal socio comercial de Argentina, y también caracterizada por eventos externos desfavorables, como la apreciación del dólar, el deterioro de los términos de intercambio y una mayor dificultad de acceso a los mercados de capitales por los países en desarrollo. Las perspectivas de recuperación de la economía se perdieron en medio de altas tasas de desempleo y un riesgoso programa de ajuste fiscal, apoyado por el apoyo del Fondo Monetario Internacional (FMI) y de las instituciones multilaterales de crédito.

Al mismo tiempo, al gobierno le fue imposible mantener intacta la coalición política entre radicales y frepasistas que derrotó al justicialismo menemista en las elecciones de 1999, en medio de un torbellino de crí-

¹⁰ Sin embargo, las Obras Sociales no constituyen la única o quizás la más importante reforma a hacer en este momento en el sector salud. El gran desafío que surge con el aumento del desempleo y de la informalidad en el mercado laboral, es la mejoría de la cobertura y efectividad del sector público.

ticas internas y externas, y el empobrecimiento de la relación entre el Ejecutivo y el Legislativo. Las sucesivas reformas ministeriales del gobierno no lograron aplastar la crisis política, no solamente al interior del Poder Ejecutivo, pero también entre el ejecutivo y legislativo. La renuncia del Vicepresidente de la república, Chacho Alvarez, como respuesta a los escándalos asociados a la compra de votos en el Senado para la aprobación de la reforma laboral, aumentó el calor y la presión de la crisis política del gobierno de coalición, empobreciendo la confiabilidad interna y externa y aumentando el riesgo del país en los mercados internacionales de crédito.

Para intentar revertir esta situación, la principal estrategia de sustentación económica del gobierno de De La Rúa fue empachada al final del año 2000 junto al FMI y al sistema bancario internacional. El llamado “blindaje económico” – un paquete de crédito de casi US\$ 40 billones – permitiría garantizar el cierre del déficit público y el pago de las cuentas internas y externas. El mes de enero de 2001 mostró algunas señales positivas del blindaje en la recuperación de la imagen interna y externa del país. Tal hecho fue todavía favorecido por la baja de las tasas de interés internacional y por la recuperación de la economía brasileña, con efectos en las perspectivas de aumento de las inversiones externas. Pero el deterioro de las condiciones políticas y la falta creciente de confianza en los rumbos del gobierno no permitieron que el blindaje revertiera las expectativas de riesgo elevado del país, evitando el avance hacia una estrategia de recuperación económica.

Al mismo tiempo, todos sabían que era imposible definir una estrategia de esta

naturaleza sin tomar en cuenta su dependencia de la continuidad del proceso de reformas estructurales que no se completó en la década pasada. Entre las reformas pendientes, las más importantes son las que apuntan a la reducción del déficit público y al aumento de la competitividad, tales como concluir las reformas laboral (donde los aciertos básicos fueron dados recientemente), de la previsión social pública y del sistema de pensiones privadas, la modernización de las instituciones de la administración pública y de la reforma de los sectores sociales, donde se destaca el sector salud.

El año 2001 fue una verdadera odisea para avanzar en el proceso de desregulación de las Obras Sociales, plasmada en un espacio de fuerte inestabilidad económica, social y política. El blindaje económico, negociado con los acreedores externos, se basó en condiciones relacionadas al progreso de las reformas, entre ellas la “Reforma Integral del Sistema de Seguro de Salud” que retomó la misma senda interrumpida durante la fase final del Gobierno de Menem. El Proyecto de Ley 1503/00, de diciembre de 2000, entró en vigencia el 1º de enero de 2001 con los siguientes dispositivos:

1. A diferencia con la legislación promulgada y suspendida en el Gobierno de Menem¹¹, el actual proyecto incorpora al sistema de Seguro de Salud, no solamente las OS nacionales (sindicales y de dirección), pero también las OS provinciales y las empresas de asistencia médica administrada, financiadas sobre la base de prepagos. Desaparece la diferencia entre las Obras Sociales de dirección y las sindicales, ya que las primeras serán obligadas a

aceptar afiliados con menores salarios de contribución;

2. Cada afiliado pasa a tener el derecho de opción y cambio de obra social una vez a cada año;
3. Todos los ciudadanos argentinos pasarán a tener un único número de registro en el sistema de salud (público o privado) de modo de facilitar los trámites del proceso de recuperación de costos y el traslado de un sistema a otro, además de contribuir a mejorar las estadísticas de salud del país y la gestión de las entidades que pertenecen al sistema;
4. Los desempleados continuarán recibiendo, durante tres meses después de su despido, las prestaciones del PMO por parte de la entidad a la cual están afiliados.
5. El Ministerio de Salud pasa a ser una instancia última de regulación y fiscalización del sistema, pasando a supervisar la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) y el PAMI. Tomará acciones para garantizar el cumplimiento de las prestaciones básicas existentes en el PMO y arbitrará las medidas necesarias para garantizar las prestaciones médicas de alta complejidad, alto costo y baja frecuencia de utilización. La SSS, órgano directo de regulación del sistema, será financiada con un aporte máximo equivalente al 3% de los recursos del fondo de redistribución.
6. Queda establecido un sistema solidario de financiamiento de seguro social, a través del cual todos pueden tener, en el interior de cada Obra Social, idéntica cobertura médica sin carencias ni exclusiones. En el sistema anterior, 10% de la prima de contribución (equivalente a 8% sobre la nomi-

¹¹ Estudio realizado por la Fundación Isalud, coordinado por Federico Tobar. Durante la gestión de Menem hubo 16 proyectos de regulación de prepagos pero sólo uno obtuvo media sanción en el Congreso, habiendo sido presentado por la Diputada Cristina Guevara.

na de salarios: 3% para empleados y 5% para empleadores), se destinaban al fondo de redistribución. En el nuevo sistema propuesto, para asegurar no solamente las prestaciones de alto costo, ningún asegurado tendrá derecho a menos de US\$ 20 mensuales de cobertura financiera para su plan de salud. Para tal, los que reciben salarios de hasta US\$ 700 por mes contribuirán con 10% de su prima de 8% para el fondo de redistribución. La contribución para este fondo aumentaría al 15% para quien gana entre US\$ 700 y US\$ 1500, y al 20% para quien gana más de US\$ 1500 mensuales. Además, el fondo de contribución contaría con aportes del Tesoro Nacional para cubrir eventuales insuficiencia de fondos.

7. Se mantiene el sistema de recuperación de costos de los Hospitales Públicos de Autogestión de los cuales se utiliza el sistema de OS.
8. Queda creado un sistema que obliga a los productores a utilizar el nombre de genérico equivalente en medicamentos comercializados en las farmacias del país, así como todos los médicos deben hacer sus prescripciones sobre la base del uso del nombre de estos mismos genéricos. La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) pasará a tener la obligación de fiscalizar esas disposiciones. El gobierno confeccionará, hasta marzo de 2001 un compendio ordenado por genéricos, con cada una de sus formas comerciales, el cual constituirá el *Vedemécum* Social de Genéricos.

Como puede verse, el proyecto representaría un avance en relación con el anteriormente existente antes de su suspensión por el Gobierno de Menem, ya que aumenta la escala de competitividad del nuevo siste-

ma, al incluir la posibilidad de que las empresas de seguro de salud privadas pasen a recibir directamente los recursos de las primas pagas por los trabajadores que las eligieron, con base en el mismo marco de regulación de las OS.

Por otro lado, habrá un nuevo impulso al proceso de concentración del sector, ya que como declaró el Ex Ministro de Economía José Luis Machinea, “el nuevo sistema fue diseñado para entidades que tengan la capacidad de manejar capitales de un millón de usuarios”. En este sentido, no se descarta la posibilidad de nuevas fusiones de OS o de ingreso de grandes empresas internacionales en el proceso de gestión de seguros de salud en Argentina. Lo que está en juego es un mercado que, contando los recursos administrados actualmente por las OSS, OSD, OSP, PAMI y aseguradoras privadas podrá llegar a facturar más de US\$ 10 billones anuales.

La posibilidad de concentración también podrá ser impulsada por el aumento de las barreras económicas a la entrada. Cualquier entidad que participe del nuevo sistema deberá contar con un patrimonio que contenga reservas líquidas de, como mínimo, US\$ 3 millones, si actúan al nivel nacional, US\$ 2 millones si actúan solamente en la Capital Federal y US\$ 1 millón, si actúan en apenas una provincia del interior. Además, todas las entidades deberán otorgar, por lo menos, un Plan Médico Asistencial que contenga las prestaciones incluidas en el PMO. Los planes adicionales ofrecidos (por precios más elevados) deberán contar con una aprobación de la SSS, dado que el PMO tiene un valor anual de US\$ 240 por beneficiario.

Las críticas al proyecto de desregulación de las OS que postergan hasta hoy su efectiva implantación surgen de varias partes. Las Obras Sociales Directivas, por ejemplo, no aceptan la obligatoriedad de recibir clientes de más bajo poder adquisitivo y

administrar planes menos costosos como el PMO. Las empresas nacionales de asistencia médica gerenciada critican el plan, diciendo que fue diseñado para favorecer una internacionalización del mercado de seguro de salud. Las empresas internacionales, por su parte se niegan en participar del modelo en tanto no se definan claramente sus reglas de gestión. Con la crisis reciente, la posibilidad de participar en este mercado es cada vez más remota, en función del aumento del desempleo y de la informalidad en el mercado de trabajo que reducen más aún su capacidad de recaudación.

Adicionalmente, es necesario disciplinar el régimen fiscal de estas instituciones. Las empresas de asistencia médica gerenciada afirman que existe una inequidad de tratamiento entre éstas y las OS, ya que las últimas están exentas de pago de impuestos, lo que no sucede con las empresas de asistencia médica gerenciada.

Por otro lado, cerca del 14% de los recursos correspondientes al sistema no ingresan de las OS, por cuestiones de atraso en la recaudación o evasión fiscal¹². Según los dirigentes del sector privado, ninguna empresa podría participar del sistema con este grado de evasión de recursos. Además, las empresas esperarían, antes de ingresar al sistema, que se defina una legislación justa con relación al problema de las enfermedades preexistentes y se reduzca el riesgo para las empresas al asumir tratamiento de alto costo no cubiertos por el fondo solidario. Las Obras Sociales Sindicales, por su parte, movilizan sus bases gremiales para que se mantengan en el negocio y para que la libre elección sea implementada gradualmente.

Falta definir los espacios institucionales y la estrategia de implementación del proceso, los cuales, según el consenso de los actores, deberían ser realizados progresivamente en distintos segmentos del mercado. Falta definir, además, una solución para la reducción del espacio de las OS, las cuales pierden cada día miles de afiliados sucumbidos por el desempleo y por el aumento del trabajo informal.

Una solución que parece factible es la creación de seguros provinciales de salud, a través de la fusión de los servicios públicos con las Obras Sociales provinciales, que pasarían a tener nueva misión: la de brindar atención médica, además de a sus asegurados contributivos, a los grupos sin capacidad de pago a través de *capitas* que financiarían un PMO con recursos fiscales de las provincias transferidos a las OSP.

Por lo visto, el gobierno deberá enfrentar muchas marchas y contramarchas en los próximos años para finalizar la desregulación de las Obras Sociales. Mientras no se defina si la desregulación será total, parcial o si implicará una reforma más profunda que involucre la creación de seguros provinciales de salud, las expectativas de las empresas, de los sindicatos y del gobierno mantienen indefinido el nuevo proceso de micro regulación del sector. Hasta el momento, este proceso ha sido desgastante y lleno de frustraciones, como casi siempre se escucha en las letras de los tangos argentinos.

¹² La Fundación ISALUD realizó una investigación, coordinada por Federico Tobar sobre los pasivos y atrasos de las Obras Sociales que comprueban esta afirmación.

Referencias

- BERMÚDEZ, I., “Mercado Único para el Sistema de Salud, in Clarín.com – Periodismo en Internet, Suplemento Económico, Buenos Aires, domingo, 10 de diciembre de 2000.
- GARCIA, G.G., y Tobar, F., “Más salud por el mismo dinero: la reforma del sistema de salud en Argentina”, Ed. ISALUD/ Nuevo Hacer, Buenos Aires, 1997.
- GIORDANO, O. y Colina, J., “Economía Política de las Reformas” in “La hora de los usuarios: reflexiones sobre economía política de las reformas de salud”, Ed. BID y Centro de Estudios Salud y Futuro, Washington, 2000.
- KATZ, J., Arce, H. Y Muñoz, A., “El modelo organizacional vigente y sus orígenes históricas y constitucionales” in Katz, J. (organizador), “El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento”, Ed. Fondo de Cultura Económica, Serie de Economía, Buenos Aires, 1993.
- _____, “Morfología y comportamiento del sector salud en Argentina” in Katz, J. (organizador), op. cit.
- MEDICI, A.C., “A Economía Política das Reformas em Saúde”, Ed. IAHCS, Porto Alegre, 1997.
- MEDICI, A.C., “Las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe”, in Sánchez, H. y Zuleta, G. (editores) “La hora de los usuarios: reflexiones sobre economía política de las reformas de salud”, Ed. BID y Centro de Estudios Salud y Futuro, Washington, 2000.
- MERA, J.A. y Ruíz del Castillo, R., “La Reforma de Salud en el Tercer Milenio”, Editorial Dunkel, Buenos Aires, 2000.
- REPÚBLICA ARGENTINA, Senado de la Nación, “Proyecto de Ley No. S-00-1503, “Reforma Integral del Sistema de Seguro Salud”.
- TOBAR, F., “Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina”, Revista Énfasis Salud, Buenos Aires, Septiembre del 2000.
- _____, “El Futuro de la Salud en Argentina”, Versión electrónica en www.isalud.org.ar, Ed. ISALUD, Buenos Aires, 2001.
- _____ et alii, “Endeudamiento Sectorial”, Versión electrónica en www.isalud.org.ar, Ed. ISALUD, Buenos Aires, 2001.