

# ORGANIZACION DEL SECTOR SALUD: PUJA DISTRIBUTIVA Y EQUIDAD

JORGE KATZ

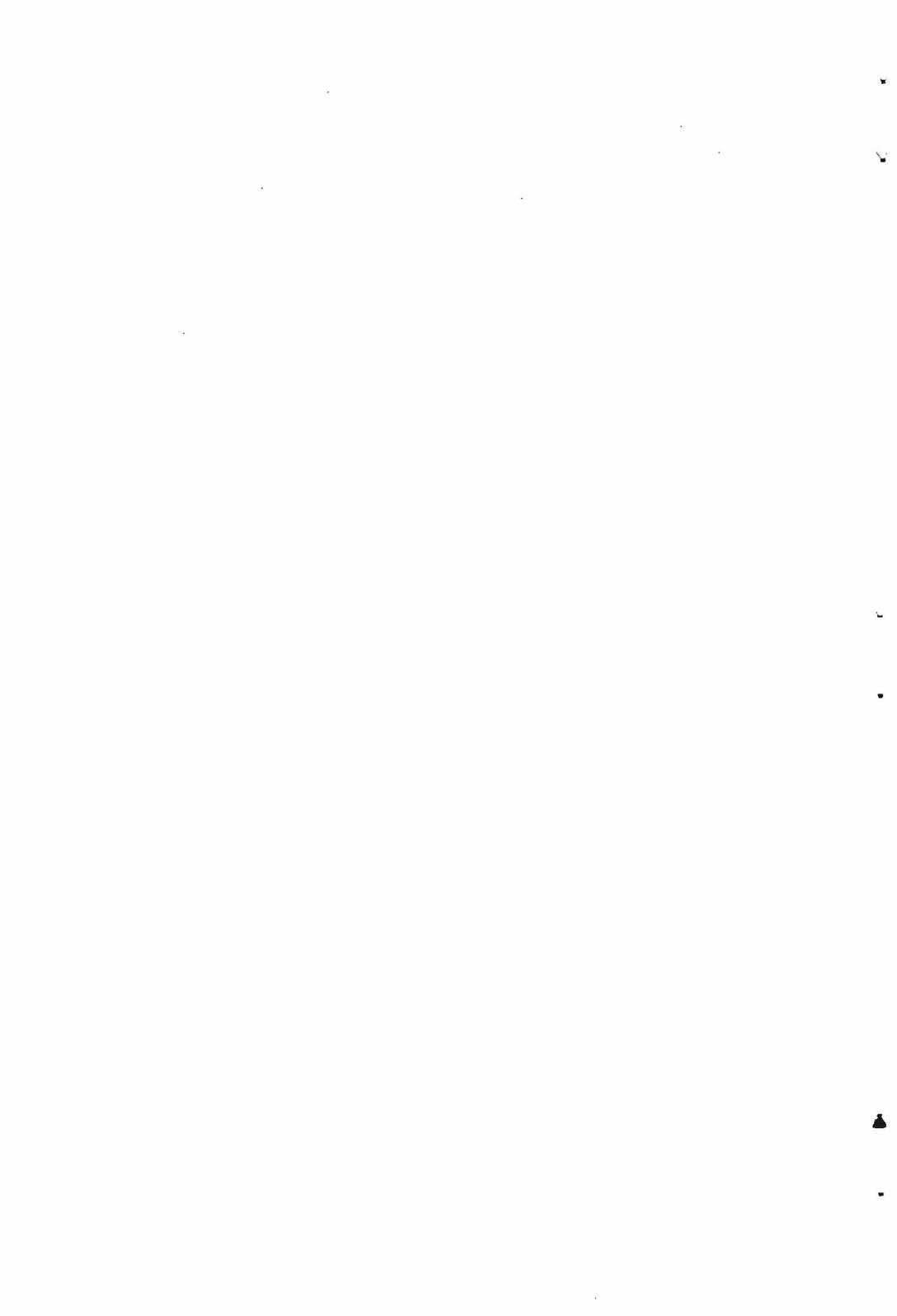
ALBERTO MUÑOZ

BIBLIOTECAS  
UNIVERSITARIAS  
Centro Editor  
de América Latina



**CEPAL**  
BUENOS AIRES

Comisión Económica para  
América Latina y el Caribe



# **ORGANIZACION DEL SECTOR SALUD: PUJA DISTRIBUTIVA Y EQUIDAD**

Centro Editor de América Latina  
**Dirección:** Amanda Toubes  
**Secretaría de redacción:** Alberto Bernades  
**Asesoramiento artístico:** Oscar Díaz  
**Diseño de tapa:** Oscar Díaz  
**Diagramación:** Gustavo Valdés, Oscar Sammartino  
**Coordinación y producción:** Natalio Lukawewcki, Fermín Márquez

CEPAL Buenos Aires  
**Director:** José María Puppo  
**Revisión del original:** Luciana Daelli y Teresa Cillo  
**Cuidado de edición:** Luciana Daelli

LC/Bue/G.102

© 1988 Centro Editor de América Latina  
Tucumán 1736, Buenos Aires  
CEPAL Buenos Aires  
Corrientes 2554, 5to. piso, Buenos Aires

Hecho el depósito de ley. Libro de edición argentina.  
Impreso en diciembre de 1988. Composición Cepal Buenos Aires y Estudio KLS, R. de Velasco 349, PB 1, Buenos Aires.  
Impreso en Litodar, Viel 1444, Buenos Aires. Encuadernación Cometa, Calle 22 N° 3841/51, San Martín, provincia de Buenos Aires.

ISBN: 950 25 1329 X

## Introducción

El presente trabajo está armado desde la óptica de la economía política. Pero, a diferencia de estudios anteriores realizados también por economistas (FIEL, 1986), el punto de partida de nuestro análisis está dado por la convicción de que en el campo de la salud el mecanismo de mercado encuentra fuertes dificultades para actuar como instrumento de regulación de la actividad económica. Por tal motivo la sociedad necesita recurrir a la implantación de un conjunto de normas que organicen el funcionamiento de los mercados aquí involucrados -el de servicios médicos, el de atención sanatorial, el de fármacos, etcétera.

Al caracterizar el fracaso parcial del mecanismo de mercado habremos de referirnos a las funciones de oferta y demanda de servicios e insumos para el cuidado y la restauración de la salud, tal como dichos conceptos son normalmente utilizados por el economista profesional. Desde la perspectiva del médico sanitarista o del sociólogo de la salud esos conceptos resultan demasiado estrechos y justifican un breve comentario aclaratorio como prólogo de lo que el lector encontrará en capítulos venideros. Tanto sanitaristas como sociólogos de la salud saben que en toda comunidad existen individuos que no llegan a demandar servicios de salud a pesar de formar parte de la población de riesgo y en estado de necesidad. *Ello ocurre por diversas razones, entre las que debemos incluir la falta de percepción por parte del individuo de dicho estado de necesidad -por ejemplo, una persona que debe usar anteojos o que padece de diabetes, pero que no llega a tomar conciencia de ello y a realizar explícitamente su demanda en el mercado-, la distancia y accesibilidad a los servicios, los recursos disponibles para afrontar su pago, etc.* Es más, la percepción de lo que es salud y lo que es enfermedad varía entre clases sociales y sectores de la comunidad. Por ello la demanda de servicios de salud *revelada* refleja fuertemente la posición social de cada individuo, pues aun frente a idénticas necesidades dos individuos exhiben distintas demandas de salud en función de su situación de clase.

De una manera u otra -por un problema de percepción o por la no concreción de la demanda, incluso cuando el individuo percibe la necesidad- lo cierto es que *la demanda revelada en el mercado* no siempre constituye un buen indicador de las necesidades reales de salud que tiene determinada comunidad. Esta diferencia de óptica entre economistas y otros profesionales que se

ocupan de la salud se acentúa frente al hecho de que en este campo la demanda suele tener carácter pasivo y está sobredeterminada por la figura del médico que diagnostica una enfermedad y decide un camino terapéutico para enfrentarla. En otros términos: lo que muchas veces observamos como "demanda" en el mercado de salud es un conjunto de decisiones de gasto efectuadas por el prestador último del servicio, es decir, el oferente.

Por estas razones -percepción, accesibilidad, etc.- y por el papel que la oferta cumple en este mercado al desdibujar la libre elección del consumidor, los enfoques convencionales de mercado provenientes de la economía política dejan más de una sombra de duda en otros investigadores sociales preocupados por los temas del complejo salud-enfermedad.

Las diferencias entre ambos enfoques se observan no sólo en el marco teórico con que se aborda el estudio de la problemática de salud, sino también en la agenda de medidas de política pública que unos y otros profesionales juzgan conveniente proponer a la hora de enumerar los temas centrales de acción gubernamental. Por un lado, los economistas piensan en acciones regulatorias para organizar el funcionamiento de los mercados, desarrollar la competencia entre efectores y fiscalizar las múltiples prácticas restrictivas que prosperan en este mercado. Por su parte, los médicos sanitaristas y los sociólogos de la salud se preocupan más por las necesidades de la población y por la percepción que los distintos sectores de la sociedad tienen de las mismas; trascienden así el plano de la regulación del mercado y reclaman que el gobierno incorpore acciones para mejorar la información y la percepción que los individuos tienen de sus necesidades y para desarrollar, simultáneamente, los mecanismos de participación comunitaria que lleven a dichos individuos a transformar sus necesidades de salud en demandas de mercado.

En este estudio intentaremos recoger algunas de estas inquietudes, sin abandonar por ello el marco de una investigación eminentemente económica, cuyo objetivo central es describir la morfología y el funcionamiento de los diversos mercados de salud que se pueden hallar en nuestra sociedad y la crisis estructural que contemporáneamente los afecta.

**Alberto Muñoz - Jorge Katz**  
CEPAL Buenos Aires, agosto de 1988

# I. Los temas centrales de esta investigación

Aun cuando la salud constituye un bien económico debemos admitir que, en muchos sentidos, se trata de un bien muy especial, distinto de las múltiples mercancías y servicios que el consumidor adquiere en el mercado.

Las diferencias que esta "mercancía" tiene con respecto a las otras hacen que los teoremas convencionales sobre el funcionamiento del mercado como mecanismo de regulación de la actividad económica fracasen en el área de la salud y que la "mano invisible" deba ser reemplazada por un conjunto de instituciones y normas regulatorias para que el sistema económico se acerque a una posición socialmente aceptable en cuanto a la equidad distributiva y a la eficiencia en la asignación de recursos. Como veremos a continuación, dichas diferencias actúan tanto del lado de la demanda como del de la oferta de servicios de salud.

Ante todo, comenzando por el lado de la demanda, éste es un sector en el que el principio de soberanía del consumidor, tal como se entiende en los libros de texto convencionales, resulta en gran medida irreal, por diversos motivos que pasamos a reseñar. Primero, es evidente que en materia de salud el consumidor opera con información imperfecta en diversos planos, hecho que lo lleva a asignar incorrectamente sus recursos a la hora de tener que tomar decisiones presentes y futuras en relación con el proceso salud-enfermedad.

Por un lado está la imperfecta información del consumidor sobre el conjunto de variables que afectan -positiva o negativamente- su estado de salud, y sobre el impacto particular que tiene cada una de ellas respecto de su esperanza de vida. Así, por ejemplo, no resulta obvio que el individuo promedio sepa cuál es el efecto que ejercen sobre su salud determinados hábitos de comida, de ejercitación, de descanso, de utilización de estimulantes como el cigarrillo y la bebida, etc. La medicina moderna enseña que el estado de conservación y la esperanza de vida del ser humano dependen de dichos hábitos, pero debemos reconocer que aún hoy la lista de variables, su interrelación mutua y el peso relativo que cada una de ellas tiene permanecen ignorados. En la jerga del economista, el *set* de posibilidades no está enteramente especificado, razón por la que se torna difícil sostener la libre elección del individuo y su soberanía como consumidor.

Por otro lado, la mejora en el nivel de salud y en la esperanza de vida de una comunidad determinada bien puede resultar de acciones que guardan po-

ca relación con la atención médica y con el sector salud propiamente dicho; por ejemplo, la mejora del sistema de carreteras o de acceso al agua potable de determinado núcleo humano. Aparecen aquí externalidades de distinto tipo que difícilmente el consumidor esté en condiciones de percibir y, menos aún, de evaluar económicamente, fenómeno que acentúa la dificultad del mercado para actuar como regulador de la conducta. Obviamente, así como existen externalidades de signo positivo también las hay de efecto negativo relacionadas, por ejemplo, con la destrucción de la ecología, la contaminación ambiental, etc., que, al igual que las anteriores, son difíciles de percibir y de descontar adecuadamente por la vía del sistema de precios.

Esa información imperfecta sobre el conjunto de variables que afectan a la salud de un individuo y sobre el impacto de las múltiples externalidades positivas y negativas existe no sólo en el nivel del consumidor final de servicios de salud, sino también -lo que es potencialmente más grave- en el nivel del médico que efectúa el diagnóstico de determinada enfermedad y que decide un camino terapéutico para enfrentarla, sustituyendo así al paciente como tomador de decisiones. Obviamente esa desinformación es menor en este caso, y esa diferencia informativa es, justamente, lo que hace tan desigual la relación médico paciente y lo que condiciona diversas formas de paternalismo y dependencia. Pero es razonable suponer que en muchas situaciones médicas ni siquiera el profesional goza de perfecta información acerca del cuadro clínico que enfrenta.

A las formas previamente mencionadas de imperfecta o incompleta información se suman tanto para el médico como para el paciente fenómenos de carácter intertemporal que agregan razones para esperar *a priori* que el mecanismo de mercado opere imperfectamente en este campo de la actividad económica.

Nos referimos al *trade-off* intertemporal que existe entre prevención y cura de determinada enfermedad. Debido a que el consumidor final carece de información correcta, la atención de salud demandada por los pacientes es, generalmente, de carácter restauratorio: tiende a iniciarse tras una pérdida parcial de la salud, en lugar de requerir, antes de dicha pérdida, acciones preventivas de tipo primario y resguardatorio. Aparece así un nuevo factor que, desde el lado de la demanda, introduce un elemento adicional de suboptimización en la asignación de recursos. A título de ejemplo: es posible que hoy estemos gastando de más en internaciones y costosos sistemas de rehabilitación -propios de una atención curativa y altamente medicalizada como la que se enseña en la mayor parte de las escuelas de medicina- por no haber tenido una eficaz estrategia de atención primaria -incentivada, por ejemplo, mediante aranceles adecuados- que ponga el acento sobre la prevención de la enfermedad y no sobre la restauración de la salud. Vacunación *versus* costos de rehabilitación podría constituir un ejemplo típico de esta clase de efecto intertemporal que el consumidor está en muy pocas condiciones de "descontar" a la hora de elegir determinado patrón de asignación de recursos.

Lo incompleto del set de posibilidades que enfrentan tanto los médicos como los pacientes y la imperfecta información sobre los efectos intertemporales que median entre atención primaria y medicina curativa no agotan el listado de razones concernientes a la demanda, por las que el mercado fracasa como agente de regulación de la actividad económica en el campo de la salud.

También existe aquí un fenómeno de "tercer pagador" en el que el economista debe sospechar *a priori* que en el mercado habrá un ingreso excesivo

de consumidores en relación con lo que sería la solución hipotética de equilibrio competitivo. Dado que el precio no iguala al costo marginal y que quien paga no es quien decide la compra del servicio (decide el médico responsable del paciente y pagan, total o parcialmente, los organismos de seguridad social o los seguros de prepago con que cuenta el consumidor), seguramente habrán de producirse situaciones de sobreconsumo difíciles de contrarrestar, incluso allí donde se introduzcan mecanismos de fiscalización del gasto.

Pasemos ahora a la esfera de la oferta de servicios de salud. También aquí son muchas las razones por las que el mercado fracasa y por las que se torna necesaria la intervención regulatoria de la autoridad pública. Ante los múltiples problemas derivados de la imperfecta información del consumidor, de la falta de percepción de su condición de riesgo, etc., la oferta de servicios de salud cumple un papel crucial en la conformación de los patrones de demanda del mercado.

La atención de la salud demanda bienes y servicios de diversos prestatarios: servicios médicos, servicios sanatoriales, fármacos, servicios odontológicos, etc. Cada uno de estos sectores prestatarios se caracteriza por tener una morfología de mercado altamente idiosincrática, originada en un complejo proceso histórico-evolutivo en el que han ido apareciendo cambios tecnológicos de origen exógeno y endógeno con respecto al campo de la medicina, formas particulares de organización y división social del trabajo, grupos económicos con distinta capacidad de presión y de *lobby* político, así como prácticas restrictivas diversas que llevan a que el oligopolio con diferenciación de producto y la formación de precios bajo condiciones de competencia imperfecta constituyan las tipologías de mercado que prevalecen.

En cada uno de estos mercados tendieron a aparecer Colegios Profesionales y Cámaras Empresariales que negocian, entre otros aspectos, precios y condiciones de acreditación y prestación de servicios, con las entidades públicas y privadas responsables de la provisión y del financiamiento de servicios de salud: las Obras Sociales (o el Instituto Nacional de Obras Sociales -INOS- que en el presente marco legal actúa como representante de éstas), el Estado en los niveles nacional, provincial y municipal, etc. Estas entidades adoptan la representación del consumidor final, cuya voz en el mercado de la salud sólo tiene una entrada indirecta.

Dada esta situación de oligoposonio, por el lado de la demanda, y de poderosos grupos oligopólicos, por el lado de la oferta de servicios e insumos para la atención de la salud -situación que exploraremos en detalle en sucesivos capítulos de este estudio-, debemos *a priori* esperar que los precios vigentes en este mercado sean el reflejo del poder relativo de negociación de grandes grupos prestadores *vis a vis* grandes grupos compradores de servicios de salud, más que la consecuencia del costo competitivo de producción de los distintos bienes y servicios involucrados en la atención de la misma.

El Nomenclador Arancelario que regula los precios y las condiciones generales de prestación de servicios de salud en el vasto sector del mercado cubierto por la seguridad social -que abarca aproximadamente tres puntos porcentuales del PBI, o sea, una masa de recursos cercana a los 2.000 millones de dólares anuales- tiene poco que ver con los costos de producción de los bienes y servicios involucrados. Es más bien expresión, por un lado, de las presiones políticoeconómicas que ejercen los sectores prestadores y, por otro, de la creciente limitación de recursos con que se mueve el sistema de Obras

Sociales. Esto último obliga a los entes de la seguridad social a fijar valores arancelarios sin tomar demasiado en cuenta el verdadero costo de producción de los servicios involucrados.

En resumen: en el campo de la atención de la salud el mercado fracasa por múltiples motivos, algunos provenientes del lado de la demanda, otros del lado de la oferta. Ahora bien, cuando ello ocurre y la "mano invisible" no actúa como se prevé en la teoría, la sociedad debe recurrir a la "mano visible" del Estado para instaurar un conjunto de instituciones y reglas de juego que aseguren un mínimo socialmente aceptable de equidad distributiva y de eficiencia en la asignación de recursos, en el presente e intertemporalmente.

En el caso particular del sector salud resulta claro que la intervención regulatoria del Estado debería ser capaz de:

- normatizar los servicios de atención médica en función del tipo de cobertura que se desea dar a la población, y de los distintos niveles de complejidad tecnológica de los mismos;
- establecer pautas de acreditación de proveedores de dichos servicios;
- llevar a cabo el control de gestión *ex post* de las condiciones de equidad y eficiencia con que los servicios se producen y distribuyen en el marco de la comunidad.

Si la autoridad regulatoria resulta capaz de elaborar e institucionalizar un conjunto de reglas que cubran los aspectos anteriores, y si el sistema prestador -médicos, sanatorios, industria farmacéutica, etc.- acepta operar sobre la base de dichas reglas, es dable esperar que la asignación de recursos tienda a acercarse razonablemente a un patrón socialmente aceptable de equidad distributiva y de eficiencia operativa en la producción y distribución de servicios de la salud.

Por el contrario, es posible anticipar que la puja distributiva entre actores llevará a una creciente irracionalidad global, tanto en el uso de los recursos como en la distribución social de los resultados, toda vez que confluyan: a) una autoridad regulatoria débil, es decir, incapaz de normatizar los servicios definiendo niveles deseados de cobertura, así como pautas de organización y división social del trabajo, criterios de acreditación y mecanismos de fiscalización y control de gestión, etc.; y b) un mercado imperfecto y proclive a las prácticas restrictivas, como el mercado de servicios de salud.

Esta es, en nuestra opinión, la génesis última de la situación de salud que actualmente vive la República Argentina. Los responsables básicos de la vasta crisis que enfrenta el sistema, hoy claramente sentida por oferentes y demandantes, son el fracaso del mecanismo de mercado, la creciente incapacidad del Estado para implantar y poner en práctica un mecanismo regulatorio adecuado y la restricción cada vez mayor de recursos con los que el sector viene operando a través del tiempo. Será necesario un profundo esfuerzo para reorganizarlo y reformarlo estructuralmente si se quieren mejorar los niveles de eficiencia y equidad prevalentes.

El propósito de este estudio es presentar un diagnóstico de la actual situación y mostrar cómo aspectos tecnológicos, organizacionales, políticos, económico-financieros y médico-sociales fueron incidiendo a través de los años en la conformación de una estructura de oferta y demanda de servicios de salud cargada de irracionalidades, injusticias distributivas e ineficiencias operativas.

La primera parte del trabajo describe el desarrollo histórico y la morfología de mercado, por un lado, de los principales sectores que actúan como proveedores de insumos y servicios en el campo de la salud y, por otro, de los entes de la seguridad social con los que dichos proveedores deben recurrentemente negociar los precios y las condiciones generales de prestación de sus servicios. Sólo una adecuada descripción de oferentes y demandantes permitirá reconstruir posteriormente las condiciones generales de funcionamiento del mercado.

El capítulo II presenta la reconstrucción sintética del desarrollo histórico y de la morfología del mercado médico, del de productos farmacéuticos y del de servicios sanatoriales, así como una descripción de su interacción. En conjunto, dichos sectores absorben más de dos tercios del gasto global que nuestra sociedad realiza en materia de salud.

El capítulo III encara el estudio del sistema de Obras Sociales, institución que actúa en este mercado en representación de la demanda colectiva de servicios de salud. Tanto las Obras Sociales individualmente como el organismo técnico que las reúne -el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS)- cumplen imperfectamente el papel de agentes de normatización y fiscalización de la atención médica, negociando precios y condiciones de prestación de servicios con los distintos grupos oferentes. Dicha negociación toma forma dentro de un marco legal e institucional -dado fundamentalmente por las leyes 18.610, de 1970, firmada durante el gobierno *de facto* del General Onganía, y la 22.269, de 1980, firmada durante el gobierno *de facto* del General Videla.

Para no agobiar al lector que ya conoce la historia institucional del sistema de Obras Sociales, hemos optado por dejar como parte del texto principal lo que podríamos denominar el "escenario contemporáneo" en esta materia -el que abarca las últimas tres décadas-, remitiendo a un Apéndice Histórico lo ocurrido en los orígenes del sistema, asociado al mutualismo de principios de siglo y a los inicios del movimiento sindical en los años 1930 y 1940.

El capítulo IV reúne lo atinente a la morfología de los mercados prestadores y al papel regulador del INOS y del sistema de Obras Sociales, en un análisis del comportamiento del mercado de salud en su conjunto. A pesar de que el área de la seguridad social sólo constituye una parte del mercado global de salud, en buena medida determina el comportamiento que exhiben los otros dos sectores -esto es, el público y el estrictamente privado. Por ello consideramos conveniente comenzar por la seguridad social, para continuar luego con el estudio del papel que cumple el sector público. Este adopta muchas veces un rol "residual", haciéndose cargo de campos terapéuticos, formas de atención primaria, desarrollo de la enseñanza e investigación en los que la actividad privada no opera o lo hace imperfectamente por falta de rentabilidad.

Tal como se verá a lo largo de ese capítulo, no es factible hablar de un único "modelo" de comportamiento del mercado de salud a nivel nacional. Es necesario identificar un catálogo de situaciones que difieren entre sí en la morfología de mercado y en las conductas competitivas de los distintos núcleos oferentes. Por ejemplo, existen grandes diferencias entre el *modus operandi* de las grandes ciudades del interior y el de los pueblos pequeños o zonas rurales, y entre el de la Capital Federal y el Gran Buenos Aires y el de los estados provinciales. Se examinan aquí algunas de esas situaciones alternativas haciéndose hincapié en sus principales diferencias y en el impacto que tienen sobre el comportamiento global del sector salud en cada escenario particular.

La descripción del comportamiento de los mercados cubiertos por la seguridad social no agota el estudio de la problemática nacional de salud. El sector público, obviamente, también cumple un papel central en esta materia. Por eso, en el capítulo V se examina este subsector de la estructura prestacional otorgando especial atención a su creciente pérdida de presencia en materia de salud, no sólo como ente responsable de la normatización, de la acreditación de efectores y del control y fiscalización *ex post* de los mismos, sino también como prestador directo de servicios de salud a través del hospital público. En un contexto social en el que la medicina comercial va ganando terreno a lo largo del tiempo, el hospital público se convertirá, necesariamente, en el receptor último de las patologías y de las tecnologías de atención médica de menor rentabilidad relativa. En cambio, el sector privado se desplaza hacia los campos más rentables y hacia las formas de organización y división social del trabajo en las que se alcanza mayor velocidad de rotación del capital invertido y, por ende, más alta tasa de ganancia.

Hasta aquí nuestro diagnóstico de situación y los contenidos de este trabajo. Un segundo estudio -actualmente en marcha y seguramente motivo de una futura publicación- entra en el terreno de la prospectiva: examina posibles estrategias e instrumentos de política pública en el vasto territorio descrito. Tras un breve resumen de lo aquí expuesto, dicho estudio propone una estrategia de abordaje a los distintos problemas actuales que exhibe el sector salud en nuestro medio. La misma abarca tanto la "ingeniería institucional", esto es, el diseño de un conjunto de instituciones y normas que revitalicen y consoliden el marco regulatorio existente hoy en el país, como posibles formas de reorganización de los mercados prestadores.

Resulta casi innecesario decir que sin un importante esfuerzo en este último aspecto, el alto grado de irracionalidad que hoy prevalece, así como la poca distributiva en que el sector está inmerso, seguirán dando por resultado una inadecuada organización social de la medicina, sobreprestación, sobrefacturación y prácticas restrictivas diversas, que continuarán atentando contra la equidad y la eficiencia del sistema.

Fortalecer el papel regulatorio del Estado -hoy francamente desdibujado- y encaminarse hacia un nuevo "modelo" de funcionamiento del sector que busque compatibilizar los intereses y las necesidades de la comunidad usuaria con los de los núcleos prestadores, se transforma así en una cuestión central de política pública que el país deberá encarar en el mediano y largo plazo. En nuestra opinión, la normatización de los servicios y la de los mecanismos de acreditación de agentes prestadores constituyen poderosos instrumentos de reorganización del mercado que el sector público tiene a su disposición y que, hoy por hoy, emplea inadecuadamente.

Para racionalizar el sistema, cosa que es claramente necesaria, hay que adoptar rigurosamente normas y estándares internacionales. El incumplimiento en nuestro medio de estándares internacionales de calidad y organización del trabajo no sólo aumenta el riesgo del consumidor, sino que introduce deseconomías de escala estáticas y dinámicas que incrementan los costos y disminuyen la eficiencia operativa del sistema. Pieza central de cualquier futuro programa de acción gubernamental en el campo de la salud deberá ser la reorganización de los mercados prestadores, tema que hasta ahora permanece prácticamente ignorado en el debate nacional sobre la problemática de la salud.



## II. Morfología de los mercados proveedores de bienes y servicios para la atención de la salud

### 1. Introducción

La prestación de servicios de salud reclama el uso de distintos tipos de insumos entre los que se destacan: a) los servicios médicos; b) los servicios sanatoriales; c) los insumos farmacéuticos; d) los servicios odontológicos; etcétera.

Cada uno de estos insumos, a su vez, proviene de un mercado particular en el que ha ido tomando forma determinado conjunto de reglas de juego, más o menos competitivas, según el caso, y donde la organización y división social del trabajo y las formas que adopta la competencia entre oferentes resultan ser función de una extensa nómina de variables entre las que sobresalen:

- las condiciones de ingreso de nuevos oferentes -o "prestadores" del servicio- al mercado. Esto incluye tanto su cantidad como su calidad;
- el origen -endógeno o exógeno- y la naturaleza del cambio tecnológico que incorpora cada mercado prestador. El cambio tecnológico puede ser ahorrador de capital, de mano de obra -calificada o no-, etcétera;
- la organización del mercado. Este aspecto incluye: el mayor o menor grado de "cartelización" -estructuración institucional en "colegios profesionales" o asociaciones gremiales que reivindicar intereses o reclamos particulares de cierto grupo prestador, por ejemplo, los Colegios y Federaciones Médicas o la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) en el caso de la comunidad médica, la Confederación de Clínicas y Sanatorios (CONFELISA) o la Federación de Clínicas de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA) por el lado de clínicas y sanatorios, la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA), y la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME) en lo que hace a medicamentos, etc.-, la intensidad con que se respeta en diferentes mercados el principio de la libre elección de médicos y sanatorios, etcétera;
- el marco institucional y legal en que se encuadra la relación entre presta-

- dores y prestatarios de servicios de salud, dado por leyes como la 18.610 y la 22.269;
- el proceso de acumulación de capital y de desarrollo de la capacidad tecnológica local que alcanzan distintos prestadores atendiendo a su carácter jurídico -empresas familiares, sociedades de capital- a su nacionalidad, etcétera;
  - la capacidad del gobierno en materia de normatización y acreditación de agentes y de control y fiscalización *ex post* de los mismos.

Es importante comprender que las reglas de juego, las formas que adopta la competencia entre oferentes, y la organización y división social del trabajo en cada mercado particular constituyen hechos de naturaleza histórica. Si bien pueden describirse como una fotografía en un punto dado del tiempo, necesariamente deben comprenderse como parte de un proceso dinámico y evolutivo que cambia a través de los años *pari pasu* con los cambios que se producen en la tecnología médica, en el cuadro epidemiológico que exhibe la sociedad, en el poder político de los diversos actores, etcétera.

Para comprender cabalmente el funcionamiento actual del mercado es necesario estudiar primero el desarrollo histórico y la morfología de mercado de los tres principales agentes prestadores: médicos, clínicas y sanatorios, y productores de medicamentos. Ello permitirá caracterizar la oferta en cada mercado particular y comprender el poder relativo de negociación con que cada agente se desempeña en el escenario global.

A efectos de brindar una primera visión de la importancia relativa de los agentes prestadores, el cuadro II.1 presenta una estructura "tipo" de costos de atención de salud. La misma proviene de información del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) correspondiente a enero de 1987, sobre la base de las respuestas al formulario de encuesta que hizo circular el INOS entre 121 Obras Sociales responsables de la cobertura de 7,2 millones de personas, es decir, del 42% del universo total de la población beneficiada por la seguridad social local. La seguridad social representa cerca del 3,0% del PBI, esto es, poco más de un tercio del gasto global que nuestro país realiza en salud, que ha sido estimado recientemente entre 5.000 y 5.400 millones de dólares estadounidenses (World Bank, 1987 y CONCISA, 1987). Por lo tanto, puede suponerse que la estructura de costos "tipo" a que hace referencia el cuadro II.1 es representativa de lo que ocurre en un vasto sector de la atención médica local, aunque ésta, obviamente, no sea la misma en el área pública y en el campo estrictamente privado. Lamentablemente, en estas dos últimas esferas la ausencia de datos de costos es prácticamente total.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> No pretendemos en este trabajo alcanzar un excesivo refinamiento de cifras. Frente a la debilidad de los registros disponibles en el país y al carácter no necesariamente imparcial de los varios bancos de datos que nutren el debate cotidiano, es ineludible que en el plano estadístico queden preguntas sin responder. La falta de información y la endeble calidad de los datos disponibles constituyen rasgos de la situación contemporánea que no pueden ser resueltos a nivel de una investigación particular. El tema reclama una acción de mayor escala y profundidad que la que aquí puede ofrecerse y exige que el sector público sea el que encare en el futuro próximo un detenido esfuerzo de mejoramiento de la base estadística disponible si desea afianzar y reordenar su acción regulatoria. Respecto de las cifras aquí citadas véase World Bank 1987 y CONCISA, 1987.

**Cuadro II. 1. Estructura del gasto en salud  
según información del INOS 1987**

<i>Rubros</i>	<i>INOS %</i>	<i>%Total</i>
1 - Honorarios Médicos		28,86
Consulta visita	64,64	
Internación clínica	3,23	
Radiografías	4,14	
Práctica quirúrgica	15,36	
Prácticas especiales	12,63	
2 - Gasto Sanatorial		21,85
Pensión	43,07	
Gasto clínico (diálisis)	3,70	
Gasto quirúrgico	16,71	
Otros gastos	15,86	
Radiografías, etc.	20,66	
3 - Honorarios Bioquímicos		8,44
Honorarios	41,69	
Gastos varios	58,31	
4 - Honorarios odontológicos		5,43
Consulta	17,59	
Honorarios	38,15	
Gastos	44,26	
SUBTOTAL		63,78
5 - Fármacos		19,78
6 - Gastos no médicos		16,44
TOTAL	100,00	

Fuentes: "Estructura del gasto total de Obras Sociales", INOS 1987 (trabajo mimeografiado).  
Para un dato comparativo véase "Distribución de recursos en el gasto de la atención médica",  
FEMEBA, marzo de 1987

Sobre la base de la estructura de costos de Obras Sociales presentada en el cuadro II.1 y recordando que en materia de fármacos la cobertura media de Obras Sociales oscila, en general, en torno del 50% del gasto total -lo que indica que las cifras del cuadro deben incrementarse para acercarnos a la situación real- puede estimarse que los tres mayores oferentes de servicios e insumos de salud absorben más del 75% del gasto total. En otros términos, si se suman honorarios médicos, medicamentos y gastos sanatoriales, se reúne una cifra que oscila entre los 3.200 y los 3.500 millones de dólares estadounidenses, sobre un gasto global anual que, como ya indicamos, varía entre 5.000 y 5.400 millones de dólares.

Dado el peso decisivo de estos tres rubros dentro del conjunto y la naturaleza altamente idiosincrática de sus mercados en lo que hace a las condiciones de ingreso de nuevos oferentes, al origen y naturaleza del cambio tecnológico, al desarrollo de la capacidad tecnológica local, etc., nos proponemos exa-

minar primero cada uno de ellos por separado. En un capítulo posterior -el cuarto de este estudio- intentaremos un análisis de conjunto para aclarar el funcionamiento del sector salud visto como un todo. En nuestra opinión, éste debe estudiarse como si se tratara de un vasto sistema de vasos comunicantes en el que, en ausencia de un conjunto de normas claramente establecidas y respetadas por los distintos agentes participantes, la puja distributiva y el conflicto de intereses se traslada perpetuamente de un mercado al otro, realimentándose una situación de inestabilidad y conflicto. La sobreprestación en materia de consultas médicas, de uso de fármacos, de internación hospitalaria, etc., así como la sobrefacturación de insumos y otras prácticas restrictivas que abundan en el campo de la salud, deben verse como resultado último de la ya mencionada creciente escasez de recursos y de la puja distributiva entre los distintos grupos efectores.

Comenzaremos estudiando el mercado de servicios médicos, que, estimamos, absorbe una masa de recursos de alrededor de los 1.400 millones de dólares anuales.<sup>2</sup>

## 2. El mercado de servicios médicos

El mercado de servicios médicos ha experimentado una dramática transformación en el curso de las últimas tres décadas, tanto en el mundo como en la República Argentina. Hemos evolucionado gradualmente desde una profesión liberal, ejercida de manera casi artesanal, en la que el honorario médico constituía fundamentalmente el pago a una calificación personal, hacia un mercado de servicios médicos altamente complejo, fragmentado en especialidades y apoyado en un vasto arsenal de tecnologías y equipos de gran sofisticación. En este mercado los ingresos profesionales no constituyen sólo la retribución a la capacitación personal, sino que también involucran rentas al capital y a la tecnología incorporados en el acto de atención médica.

Con el correr del tiempo ha ido desarrollándose en el interior del mercado de servicios médicos una creciente heterogeneidad estructural asociada a diversos factores y que subyace al elevado índice de concentración de distribución de ingresos de este mercado. Estudios recientes (Bloch, 1986, Estudio Mendocino, 1987 y FEMEBA, 1987) demuestran que, en tanto que el decil superior de profesionales de la salud factura mensualmente a la seguridad so-

<sup>2</sup> Las bases del cálculo aquí efectuado han sido las siguientes: 1) Aceptamos como válida la estimación de 5.000 millones de dólares como indicativa del gasto total anual que realiza el país en materia de salud, a pesar de que algunos especialistas consideran que dicha cifra constituye una subestimación, por no incluir los gastos de salud que se llevan a cabo para cumplir con la legislación laboral -consultorios médicos y programas de atención primaria en empresas industriales-, en tanto que otros especialistas sugieren que la cifra estaría sobreestimada y, ante la falta de información suficientemente confiable como para realizar un cálculo independiente, hemos decidido adoptar aquí dicha cifra como base de cálculo. 2) Supondremos que los ingresos por honorarios médicos incluyen: a) 600 millones de dólares en el sector de la seguridad social -calculados como 28% de 2.000 millones de dólares-; b) 20 millones de dólares como ingresos que la comunidad médica deriva del sector público -los que estimamos sobre la base de 40.000 puestos de trabajo médico en hospitales públicos a un ingreso medio de 500 dólares (de 1985) por profesional. El monto restante -entre 600 y 800 millones de dólares- derivan del pago directo de bolsillo en el sector privado.

cial cifras que superan -a precios de mayo de 1985- los 10 mil australes mensuales, los cuatro deciles inferiores de la distribución de ingresos sólo alcanzan a facturar 100 australes por mes. Los cuatro deciles intermedios muestran una facturación promedio del orden de los 700 australes mensuales, lo que sugiere que, a grandes rasgos, el primer decil de la distribución logra capturar una parte importante del total de ingresos, dejando sólo una fracción menor para los últimos tres o cuatro deciles de la misma. Por lo tanto, la evidencia empírica disponible confirma la presencia de un elevado índice de concentración del ingreso en el interior de la comunidad médica.

Como acabamos de señalar, esta concentración tiene que ver con la organización y la división social del trabajo que la medicina ha ido tomando en nuestro medio en el curso de las últimas décadas, fenómeno que ha estado fuertemente condicionado por el avance de la especialización, por la incorporación masiva de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, por el rápido ritmo de ingreso de nuevos profesionales al mercado y su mayor propensión a incorporarse como asalariados en relación de dependencia, por los cambios que la matrícula ha experimentado en términos de composición femenino-masculina, etc. Todos estos temas serán examinados a continuación a fin de arrojar cierta luz sobre la morfología y el comportamiento del mercado médico. Antes de hacerlo, sin embargo, creemos útil comenzar con un breve comentario de naturaleza histórica para definir a grandes trazos el particular sendero que tomó la medicina en nuestro medio y muchos de los rasgos que actualmente caracterizan el accionar de la comunidad médica en los diversos mercados de nuestra geografía.

El temprano desarrollo de la medicina en nuestro país estuvo íntimamente ligado a las escuelas europeas, particularmente a la francesa y, con posterioridad, a la alemana e inglesa (Corne *et al.*, 1977, pág. 123). Ello es cierto, tanto en el plano de la medicina privada como en la esfera del hospital y de la higiene pública. En uno y otro niveles los profesionales que lideraron el desarrollo local de la medicina se nutrieron en el medio europeo y trasplantaron al contexto doméstico doctrinas, tecnologías de proceso y de organización y hasta prejuicios originarios del debate europeo de la época.

La primera aplicación de anestesia general en el país, y probablemente también en América Latina (*Buenos Aires Herald*, 28 de octubre de 1944) la realizó el doctor Juan Guillermo Makenna en el Hospital Británico en 1848. Años más tarde, en 1877, el doctor Manuel Montes de Oca incorporaba la novedad de la antisepsia y antes de fin de siglo, en 1896, el doctor Jaime Acosta iniciaba el uso de la radiología. Dichos cambios tecnológicos hicieron que, desde comienzos del siglo, la cirugía se transformara en la más importante disciplina científica dentro de la profesión médica. "Los doctores Pedro Chutro, Enrique Finochietto y José Arce simbolizan a toda una generación médica que pega el salto hacia la madurez de nuestra clínica quirúrgica" (Corne *et al.*, 1977, pág. 131). El primero de los nombrados fue el fundador de la Sociedad de Cirugía en 1911. Finochietto fue condiscípulo de aquél y, al igual que Chutro, fue jefe de cirugía de un hospital parisino durante los años de la Primera Guerra Mundial. También el doctor José Arce fue una figura de relieve internacional; además de desempeñarse como profesor titular de cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires desde 1919 hasta 1942, fue decano de dicha Facultad y rector de la Universidad de Buenos Aires.

Los anteriores, junto con otros médicos como Mariano Castex, José Tori-

bio Ayerza y Salvador Massa, consiguieron que la medicina argentina alcanzara madurez y prestigio internacional en la primera mitad del siglo actual, hecho corroborado con el otorgamiento del Premio Nobel de Medicina al Doctor Bernardo Houssay en 1947.

Esta línea de desarrollo doctrinario e intelectual de la comunidad médica local introdujo un sesgo fuertemente academicista en la formación del profesional médico y en la concepción de la relación médico-paciente. Asimismo, marcó una visión sumamente particular del rol que cumplen el conocimiento científico y la investigación biomédica en el arte de curar y sobre la preponderancia de factores biológicos en la relación salud-enfermedad.

Todo esto incidiría posteriormente -y de manera crucial- tanto en la naturaleza de la formación universitaria impartida en nuestras facultades de medicina (Troncoso, 1985) como en el rumbo que tomaron los esfuerzos domésticos de investigación y desarrollo en el campo biomédico y sociomédico (Katz, 1987). También en el plano de la higiene pública observamos un proceso parecido, esto es, fuertemente enraizado en las tradiciones europeas, particularmente francesa. Este tema será examinado en detalle en un capítulo posterior, cuando nos ocupemos del desarrollo del hospital público en nuestro medio; no obstante, conviene citar aquí brevemente a S. Vuegen quien, en un estudio referido a la construcción y puesta en funcionamiento del Hospital Rivadavia en 1887, afirma: "El moderno hospital francés, casi sin modificaciones, es el modelo que se encuentra en la génesis del hospital moderno de Buenos Aires." Y continúa afirmando que en el caso del Hospital Rivadavia no será solamente el "modelo" de institución lo que se transfiere, sino que "...llegarán de Francia gran parte del instrumental y equipamiento médico, el material de construcción, como hierros, mármoles, baldosas, el diseño de las cocinas y las camas. Se comprarán allí ropa de cama y de baño, sillones, mesas y otro tipo de muebles, etc." (Vuegen, 1987).

En esa temprana época, la medicina estatal en nuestro medio crece asociada a la sanidad marítima -ingeniería sanitaria de puertos y ciudades-, como también a la producción industrial. En este último plano, la promulgación del Código de Trabajo en 1904 institucionaliza un conjunto de acciones sanitarias destinadas a mejorar las condiciones de trabajo y elevar la productividad (García, 1982). Tras una breve etapa -en los años treinta- en que el país sufre un retraso relativo con respecto a otras latitudes en materia de salud pública y seguridad social, ambos temas comienzan a adquirir mayor presencia a partir de los años cuarenta. En 1943 el Departamento Nacional de Higiene se transforma en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, la que, a su vez, en mayo de 1946 se transforma en Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social y, en marzo de 1949, en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Desde 1946 hasta 1954, el doctor Ramón Carrillo dirigió los destinos de la política pública en este campo; creó gran cantidad de hospitales en el interior del país e impulsó la realización de importantes campañas masivas para erradicar enfermedades endémicas en nuestro medio como, por ejemplo, el paludismo. Los doctores Alberto Alvarado y Jorge Coll desarrollaron esta línea de trabajo médico-epidemiológico.

No obstante el desigual peso relativo que ambas vertientes doctrinarias -la "biologista" y la "higienista"- alcanzaron en nuestro medio, una y otra han permeado la historia médica y universitaria del país y aún hoy subyacen bajo los "modelos" asistenciales que sucesivas generaciones de graduados van adquiriendo a su paso por nuestras escuelas de medicina. Es por ello que los jui-

cios de valor, las percepciones éticas, o las elecciones tecnológicas, profundamente arraigadas en la comunidad médica -y claramente determinantes de la conducta individual de cada profesional en el mercado- deben ser comprendidas como parte de un proceso histórico de larga data (Troncoso, 1985).

Efectuada esta breve reflexión histórica, pasamos ahora a ocuparnos de ciertos aspectos morfológicos de la oferta de servicios médicos. Tamaño de la comunidad médica, distribución de la misma por edades, composición femenino-masculina, peso relativo de la especialización, son algunos de los rasgos que examinaremos antes de considerar su incidencia sobre el funcionamiento del mercado y la competencia.

En términos de tamaño relativo de la comunidad médica respecto del total de población, Argentina exhibe una situación claramente privilegiada en el mundo. Sus casi 70.000 médicos activos (World Bank, 1987, pág. 38) indican una dotación, para 1985, de 425 personas por profesional, cifra solamente superada, en ese entonces, por Italia e Israel, con 340 y 370 habitantes por médico; respectivamente. No sólo la dotación de médicos es alta, sino también su tasa de crecimiento, lo que abre varias preguntas cruciales acerca del impacto que ello tiene sobre la morfología del mercado médico y sobre las formas que adopta en él el juego competitivo. Como lo atestigua el citado informe (World Bank 1987), "entre 1973 y 1976 la admisión a las siete principales escuelas de medicina no fue restringida, razón por la que los postulantes se triplicaron llegando a 18.440 en 1974." Tras una caída en las admisiones durante la etapa del gobierno militar, en 1984 vuelven a crecer de 3.000 a 8.000. Este ritmo "espasmódico" -aunque en promedio sumamente alto- de entrada de nuevos postulantes a la formación médica dio lugar a un primer "boom" de graduaciones entre 1979 y 1984 con un promedio anual de 5.000 nuevos ingresantes a la profesión, fenómeno que volverá a repetirse hacia 1990 en función de los alumnos actualmente en formación.

Las estadísticas de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA) referidas a la provincia de Buenos Aires reflejan con dramatismo este problema. "En cinco años -entre 1977 y 1982- la cantidad de médicos inscritos en el sistema federado creció en un 51%, o sea, de 11.007 a 16.709 médicos, con un ritmo anual del 8,2% (...) en tanto que la población general creció al 1,6% anual" (FEMEBA, 1983).

Se puede esperar *a priori* que semejante ritmo de incorporación de nuevos profesionales -se calcula que en los próximos cinco años ingresarán al mercado 25.000 nuevos médicos-, debería afectar profundamente a la organización y división social del trabajo médico y a las reglas competitivas prevalentes en el mercado. Como veremos, es lo que efectivamente está ocurriendo, aunque vale la aclaración de que el mayor o menor funcionamiento de las fuerzas competitivas no sólo depende de la dimensión absoluta y de la tasa de crecimiento de la comunidad médica, sino también de su distribución espacial, de su mayor o menor propensión a trabajar en relación de dependencia, de su grado de especialización, etcétera.

Veamos cada uno de estos temas. La localización geográfica de los médicos introduce un primer conjunto de calificaciones a los datos hasta aquí examinados. Un ejemplo que se repite a lo largo de la geografía nacional revela la naturaleza del problema. En tanto que la ciudad de La Plata presenta un médico cada 150 habitantes, el partido de Moreno exhibe uno cada 2.000 (Pérez Arias y Feller, 1983) y las cifras se tornan aun más dramáticas -5.000 o

más habitantes por médico- en zonas de frontera, en comunidades indígenas y en otros núcleos poblacionales marginados.

En otros términos, el exceso de oferta y la fuerte escasez de médicos son rasgos que conviven en el seno de la estadística agregada; ello, obviamente, tiene que ver con el funcionamiento de la competencia entre profesionales que, por cierto, tenderá a ser más alta en grandes conglomerados urbanos que en pueblos o ciudades más pequeñas o en parajes rurales. Veremos cómo ello afecta tanto la organización y naturaleza del acto médico como la formación de precios en el mercado de servicios médicos y sanatoriales.

Además del tamaño de la comunidad médica y de su localización, también incide sobre el accionar del mercado la distribución etárea y por sexo de los médicos profesionales.

Tomando como base la información de FEMEBA (FEMEBA, 1983 y también Pérez Arias y Feller, 1983) sabemos que el 75% de los médicos en ejercicio tiene menos de 50 años de edad, en tanto que el 45% sólo alcanza a los 40 años. Además de la juventud, resalta el hecho de que en los tramos etéreos más bajos ha crecido significativamente la proporción de mujeres. Así, en el tramo etéreo de 25 a 34 años -esto es, en el grupo de profesionales que tienen 10 años o menos de graduados- el 54% de los casi 25.000 médicos que registra la provincia de Buenos Aires son de sexo femenino (Pérez Arias y Feller, 1983, pág.9). El mismo estudio revela que el 82% de las profesionales médicas -las que, en conjunto, constituyen cerca del 25% del total de médicos que registra la provincia de Buenos Aires- tiene menos de 45 años de edad y 20 o menos años de graduación.

Edad y sexo parecerían estar asociados a las distintas modalidades de inserción del médico en el mercado de trabajo. El trabajo asalariado en relación de dependencia -ya sea en empresas médicas o en consultorios de obras sociales- tiene mayor peso relativo en el tramo etéreo más bajo -0 a 4 años de antigüedad en la profesión- que en los restantes tramos (Belmartino, Bloch y de Quinteros, 1980, pág. 63). A su vez, se observa aquí colinearidad con la variable sexo, lo que lleva a que también entre las médicas jóvenes el peso relativo del trabajo en relación de dependencia sea significativo (Machado y Laité, 1986, pág. 29).

En resumen: la dimensión de la comunidad médica en determinado ámbito geográfico, el ritmo de crecimiento de la misma a través de la incorporación de nuevos graduados, y la edad y sexo de éstos, son todos rasgos que favorecen el desarrollo de fuerzas competitivas en el interior del mercado médico. Es más, dichas variables permiten comprender la incipiente aparición de un "proletariado médico" que trabaja como asalariado de grandes grupos corporativos que avanzan en la institucionalización de la medicina comercial. Frente a esto, como en seguida veremos, el creciente nivel de especialización que va adquiriendo la profesión a través del tiempo actúa en sentido contrario, es decir, favoreciendo la diferenciación del producto y el desarrollo de nuevas formas de organización y división social del trabajo médico con la aparición de "nichos" de mercado e imperfecciones en la competencia.

El grado de especialización en el mercado médico argentino es elevado. Según datos del Banco Mundial el 57% de los médicos actúan como especialistas (World Bank, 1987, pág.43), cifra que Belmartino *et al.*, (1980, págs. 38 y 40) colocan en el 59% en la muestra de 3.200 médicos con que trabajaron en la ciudad de Rosario.

Sin embargo, el peso relativo de la especialización no se distribuye de ma-

nera homogénea entre los distintos tramos etéreos en que se divide la población médica. En tanto que el peso relativo de los especialistas es bajo -10% de la muestra examinada por Belmartino *et al.* (1980)- entre aquéllos que tienen de 0 a 4 años de antigüedad en la profesión, crece dramáticamente hasta alcanzar cerca del 80% de la muestra entre quienes tienen de 15 a 30 años de ejercicio de la medicina.

A su vez, la categoría de ejercicio *combinado* de la profesión -esto es, de médicos que dicen ser especialistas o clínicos y que ejercen en ambos campos simultáneamente según las circunstancias- también cae significativamente al pasar del grupo etéreo más joven -esto es, el de 0 a 4 años de ejercicio en la profesión- al grupo con 15 a 30 años de experiencia profesional (Belmartino *et al.*, 1980, pág. 39). Habiendo ubicado la importancia relativa de la especialización dentro de la comunidad médica, corresponde ahora examinar cuáles son los pro y los contra -pecuniarios y no pecuniarios- asociados a ella. A falta de otros estudios sobre el tema también aquí habremos de basarnos en los resultados publicados por Belmartino *et al.* en 1980.

Según dichos autores, la especialización que se logra, por ejemplo, por vía de las "concurrencias" médicas y de los cursos normatizados de las sociedades científicas (con o sin requisitos de examen, evaluación y trabajos de tesis), permite acceder a diversos beneficios, entre los que se destacan: 1) menor carga de trabajo semanal: en tanto que la media muestral de horas de trabajo semanal oscila, en la información de Belmartino *et al.* (1980), en torno de las 60 horas (cinco jornadas de 12 horas), sólo el 25% de los especialistas, contra casi el 40% de los médicos clínicos muestrados, aparecen trabajando más de dicho número de horas semanales; 2) menor incidencia del trabajo en relación de dependencia y de los ingresos profesionales provenientes de éste (Belmartino *et al.*, 1980, págs. 67, 68 y 80); 3) mayor probabilidad de tener en propiedad equipos y aparatos complejos para el ejercicio de la actividad profesional (Belmartino *et al.*, 1980, pág. 71).

Ahora bien, como ya dijimos, mientras que la dimensión y el ritmo de crecimiento de la comunidad médica y su composición en edad y sexo parecen favorecer el desarrollo de fuerzas competitivas en el mercado médico, el elevado -y creciente- índice de especialización lleva a la diferenciación del producto y al desarrollo de "nichos" de mercado. En ellos, el monopolio o el oligopolio diferenciado constituyen las formas de organización prevalentes y los precios del servicio reflejan la presencia de rentas diferenciales asociadas a la especialización y al equipamiento de alta complejidad.<sup>3</sup>

Examinados los temas anteriores es conveniente prestar atención ahora a ciertos aspectos de la estructura institucional que caracterizan al mercado médico y que también aparecen como factor clave en la comprensión del funcionamiento de ese mercado, de la formación de precios, etcétera.

La profesión médica se estructura en entidades gremiales de primero, segundo y tercer grado. Los colegios o círculos médicos constituyen los entes de primer grado; se agrupan en Federaciones Médicas que, a su vez, se reúnen en una entidad de tercer grado de carácter nacional que es la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA). El médico individual

<sup>3</sup> Son muchos los convenios entre la seguridad social y el sistema prestador que admiten formas diferenciales de pago en función de la antigüedad del profesional involucrado.

percibe como una necesidad el afiliarse a las entidades de primer grado. Ello deriva del hecho de que el colegio o círculo del área de su residencia es el que consigue con exclusividad la contratación con Obras Sociales. En otros términos: resulta imposible facturar a la seguridad social actuando como médico aislado; este trámite debe realizarse a través del colegio médico respectivo. Como condición de afiliación el profesional paga cierto porcentaje del valor de cada acto médico que realiza y recibe, a cambio, el servicio de validación legal y de gestión de cobro de sus facturas por honorarios. Debido a este mecanismo, los médicos que más facturan son los que poseen mayor peso gremial en el círculo o colegio individual. A su vez, los colegios se agrupan en federaciones, en las que vuelve a repetirse un proceso similar de concentración del poder gremial en manos de los círculos de mayor número de afiliados y recaudación financiera. En aquellos casos en los que los círculos pequeños votan en pie de igualdad con respecto a los grandes para conducir la federación suelen aparecer fracturas, por el hecho de que estos últimos no tienen poder gremial acorde con su peso económico. Tal es el caso de la Agronomía Médica Platense, o del Círculo Médico de Mar del Plata, que se separaron de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMBA) hace ya varios años. La federación o los círculos médicos grandes negocian directamente con la seguridad social los contratos de atención médica cobrando las facturas de sus afiliados. Esta misma es la que en algunos escenarios provinciales subcontrata a clínicas y sanatorios y actúa como eventual pagador a los distintos efectores. El cronograma de pago puede variar entre efectores, quedando librado a la discrecionalidad de la federación -o de los círculos médicos- el manejo financiero de los recursos. Esto da pie a un complejo problema de apropiación y uso de rentas financieras que juegan un papel importante a la hora de estudiar el funcionamiento del mercado en su totalidad.

Finalmente, la COMRA -institución de tercer grado- agrupa a las federaciones y actúa como ente de negociación a nivel de las autoridades nacionales, del INOS, etc., en lo que atañe al nomenclador de prestaciones, al valor de la unidad "galeno", a las políticas de normatización, de acreditación, de educación universitaria, de seguro nacional de salud, etcétera.<sup>4</sup>

Tal como indicáramos algunos párrafos más arriba, el funcionamiento del mercado médico depende tanto de las características de la oferta de profesionales -ritmo de ingreso al mercado, edad, sexo, especialización, etc.- como del marco institucional y gremial en el que dichos profesionales se integran a la tarea. En tanto que el incremento de oferta favorece el desarrollo de fuerzas competitivas, la "cartelización" bloquea la competencia y le otorga rasgos idiosincráticos que examinaremos con mayor detenimiento en el capítulo IV de este trabajo. Continuando con nuestro examen de la morfología de los mercados prestadores, pasamos ahora a ocuparnos de los servicios sanatoriales.

<sup>4</sup> Véase la posición de la COMRA sobre el proyecto de Ley de Seguro Nacional de Salud en "Cuadernos Médicos Sociales" (junio 1986).

### 3. El mercado de servicios sanatoriales

Los ingresos totales de clínicas, sanatorios y hospitales privados -con y sin fines de lucro (de comunidad, etc.)- pueden estimarse en torno de los 1.200 millones de dólares estadounidenses. La cifra global abarca los ingresos por internación de los 1.740 hospitales privados que operan en nuestro país, los que controlan 47.000 camas de las 150.000 que normalmente se acepta como el total disponible en nuestro medio (World Bank, 1987, págs. 29 y 52).

No obstante el fuerte peso relativo que hoy posee este sector, es importante comprender que su desarrollo constituye un hecho relativamente reciente en el contexto local y que ocurrió *pari pasu* con el crecimiento que fue experimentando la seguridad social en nuestro medio.

Como en el caso de los médicos, es conveniente iniciar el presente examen con una breve referencia histórica. Resulta factible discernir por lo menos tres etapas diferenciadas en lo que hace a la historia evolutiva de este sector prestador de servicios. El primer "corte estructural" importante se asocia con el tema de la internación y puede ubicarse entre los años 1930 y 1940. Dejando a un lado el hospital público -en el que, por lo general, se internaba la persona de escasos recursos económicos que no podía recibir atención en su propio domicilio- y los hospitales de comunidades u hospitales de beneficencia -como el Italiano, el Británico, el Israelita, etc., de los que nos ocuparemos en el capítulo V de este trabajo- era rara la existencia de centros privados de internación en las primeras dos o tres décadas del siglo. En un importante número de casos los mismos se inician en escala pequeña y casi como extensión del domicilio privado del médico, en el que éste comienza a ofrecer cuidados postoperatorios, atención de partos, etc. Lo que hoy conocemos como el Instituto de Diagnóstico, la Clínica Marini, la Clínica del Sol, el Sanatorio Otamendi y muchos más, se iniciaron como la prolongación del trabajo profesional de un médico particular o de un grupo pequeño de médicos.

A partir de la década del cincuenta comienza a aparecer un nuevo tipo de sanatorio general, de mayor nivel de complejidad, diseñado no ya como el lugar de trabajo particular de un médico o de un pequeño grupo de médicos, sino como un centro de atención diversificada. Institutos Médicos Antártida, el Sanatorio Güemes, etc., pertenecen a esta siguiente "generación" de entidades sanatoriales. La magnitud de los recursos de capital involucrados y el número de socios médicos que se agrupa alrededor de este tipo de empresas médicas hacen que, desde el punto de vista institucional y organizativo, sean firmas de mucho mayor nivel de complejidad que las del grupo anterior. Un tercer "corte estructural" en la tecnología de atención médica y en la complejidad de las entidades sanatoriales puede ubicarse sobre el fin de la década del sesenta e inicios de la del setenta, momento en el que se sucede una extensa nómina de cambios tecnológicos que tornan más especializada la práctica profesional y la organización y división social del trabajo médico. La incorporación de salas de terapia intensiva, de unidades de neonatología, de diálisis renal, etc., se asocia a la importación de nuevos y complejos equipos de capital que sólo algunas de las entidades sanatoriales han estado en condiciones de instalar y de absorber eficientemente dentro de su rutina operativa. Cada uno de estos procesos de incorporación tecnológica demandó un lento y costoso período de adaptación y aprendizaje, en el curso del cual la organización del trabajo médico de la institución receptora y el "paquete" tec-

nológico importado tuvieron que sufrir modificaciones y ajustes recíprocos para adaptarse a una nueva dinámica operativa seguramente distinta a la involucrada en el país en el que originariamente se aplicaba esa tecnología.

No fueron pocas las entidades que fracasaron en seguir el acelerado ritmo de transformación tecnológica y que, eventualmente, debieron retirarse del mercado ante el rigor de la competencia.

Esta rápida caracterización de "generaciones" tecnológicas en el universo de clínicas y sanatorios no es independiente de la localización geográfica y del tamaño del mercado en el que trabaja cada clínica en particular.

La Capital Federal o algunas grandes ciudades del interior -como Rosario, Córdoba, Mendoza, etc.-, muestran un amplio universo de entidades sanatorias en el que están representados los diversos estratos de tamaño y niveles de complejidad descritos. En cambio, ciudades chicas del interior o incluso capitales de provincias más pequeñas atraviesan un "estadio madurativo" menos desarrollado, en el que la clínica personal o el sanatorio de baja complejidad constituyen el eje del mercado.

Ahora bien, en cualquier mercado el analista económico enfrenta una distribución de firmas por edad, tamaño, nivel de complejidad, tipología del grupo propietario (cooperativas o cuasi cooperativas médicas frente a las empresas de capital) etc., y puede examinar las razones que explican la performance diferencial entre empresas. En el caso de clínicas y sanatorios también es conveniente estudiar el impacto diferencial de variables tales como las economías de escala, el grado de utilización de la capacidad instalada, la incidencia del "mix" de casos atendidos -pacientes agudos vs. crónicos-, el volumen y la naturaleza de la atención quirúrgica brindada, la conducta de reinversión de capital del grupo propietario, etc., sobre la velocidad de rotación del capital invertido y la rentabilidad empresaria. Pensamos que un análisis de este tipo permitirá comprender el funcionamiento del mercado de clínicas y sanatorios, así como su interrelación con los restantes mercados del área de la salud, con los que compete por recursos cada vez más escasos. A dicho análisis nos abocamos a continuación.

Desde un punto de vista microeconómico, y bajo condiciones de *ceteris paribus* respecto del conjunto de variables macro, debemos suponer que la tasa interna de ganancia de una clínica médica está asociada a: 1) el "mix" de casos que atiende; éste puede tener un mayor o menor contenido de atención clínica, de enfermos quirúrgicos, de casos crónicos, etc; el "mix" de casos determinará el número promedio de días de estadía por paciente, el costo/cama/día, el número de egresos por unidad de tiempo, etc.; 2) el grado de utilización de la capacidad instalada; 3) la mayor o menor eficiencia empresaria, tanto en el plano administrativo como en el área de la atención médica. Esto último tiene mucho que ver con la calidad del servicio brindado que, obviamente, exhibe un fuerte grado de variabilidad entre efectores según la forma en que cada grupo empresario decide cubrir riesgos quirúrgicos, proveer controles varios asociados al cuidado de un cuadro clínico dado, etc. Dicho grado de eficiencia empresaria es también función de los objetivos del grupo propietario, es decir, si funciona como una cooperativa médica que utiliza el establecimiento como lugar de trabajo o si el manejo se realiza con el estricto objetivo de extraer rédito de la inversión realizada.

El ingreso de nuevas clínicas al mercado se produjo a un ritmo acelerado en el curso de las últimas dos décadas. Como ocurre en los modelos convencionales de teoría económica, la percepción de que en el campo de los servi-

cios sanatoriales existían rentas diferenciales captables atrajo a un creciente número de empresarios-médicos, lo que llevó a que la oferta de servicios sanatoriales privados prácticamente se duplicara en sólo pocos años. Al respecto, el informe del Banco Mundial comenta: "Pequeños hospitales 'for profit' -con menos de 40 camas- han proliferado en las pasadas décadas y ahora cuentan con el 47% de todas las camas privadas. Ellos son poseídos y operados por un pequeño grupo de Médicos." (World Bank, 1987, pág. 30). En esta oferta incremental de servicios sanatoriales se observa una significativa variancia en lo que hace al tamaño, tipo y calidad de la atención ofrecida, al grado alcanzado en la utilización de la capacidad instalada, etc. Así, mientras que en un extremo de la distribución se alcanzan simultáneamente altos estándares de calidad y elevados índices de utilización de la capacidad instalada, en el otro extremo resulta proverbial la baja calidad, el incumplimiento de normas y, concomitantemente, la subutilización de la capacidad instalada disponible. Es justamente esta última -y su incidencia sobre la velocidad de rotación y la tasa de ganancia del capital empleado- la que crecientemente está dando lugar a fracturas en los acuerdos interempresarios en que se basa la organización de este mercado -acuerdos, por ejemplo, sobre la libre elección del médico y del lugar de internación por parte del usuario-, al par que induce a algunos prestadores a buscar soluciones "pactadas" con determinadas Obras Sociales o firmas de prepago en torno de contratos capitados, contratos por cartera fija, etcétera.

Al parecer, la probabilidad de que se produzcan dichas fracturas depende del poder relativo de negociación de la Confederación de Clínicas y Sanatorios -entidad que agrupa a efectores que controlan aproximadamente el 64% de la oferta total de camas privadas disponibles en el país. A su vez, dicho poder de negociación debe suponerse inversamente correlacionado con el tamaño y la fragmentación de la demanda, básicamente la que proviene del sector de Obras Sociales. Así, en mercados como la Capital Federal y el conurbano, donde existen numerosas Obras Sociales con gran cantidad de afiliados -lo que les confiere fuerza para negociar-, el poder relativo de negociación de la entidad gremial sanatorial debe ser necesariamente bajo, en tanto y en cuanto los entes de la seguridad social pueden contratar directamente con los oferentes, en lugar de hacerlo a través de la entidad madre. El recurrir a la contratación directa permite a las Obras Sociales obtener mejores precios y condiciones generales de atención, sacrificando a cambio el principio de libre elección del lugar de internación por parte de sus asociados. Inversamente, en ciudades chicas y pueblos del interior, la Federación de Clínicas de la jurisdicción adquiere mayor poder relativo de negociación vis a vis las Obras Sociales debido a que estas últimas cuentan con una cartera menor de afiliados; se revitaliza aquí el principio de la libre elección de sanatorio sustentado por la Federación (*Clarín*, junio 1987).

Tal como en el caso de los servicios médicos, el funcionamiento del mercado de servicios sanatoriales depende del ritmo y naturaleza del crecimiento y de la naturaleza de la oferta -número de nuevas clínicas que ingresan al mercado, ampliaciones de las existentes, calidad y complejidad de las mismas, etc.- y también del poder de lobby alcanzado por las entidades gremiales del sector. Volveremos sobre este tema en el capítulo IV.

#### 4. El mercado de medicamentos

En 1985 la industria farmacéutica argentina produjo especialidades medicinales por un valor aproximado a los 1.000 millones de dólares, tomando el producto a precios de salida de fábrica, lo que representa 1.500 millones de dólares, aproximadamente, a precios finales de consumidor.

Expresado en términos físicos, las ventas constituyeron unos 500 millones de unidades anuales, sumando productos éticos (venta bajo receta) y rubros de venta libre (sólo el 6% del mercado global).

Dicha producción se efectuó en 225 laboratorios farmacéuticos, de los cuales aproximadamente 170 son empresas de capital nacional y 55 son subsidiarias de firmas transnacionales. En tanto que las primeras cubren el 55% del mercado, las segundas absorben el 45% restante. Tomados en conjunto, dichos laboratorios emplean a unas 25.000 personas y su producción representa cerca del 3% del producto bruto industrial del país.

Desde el punto de vista de una comparación internacional, es factible identificar al menos cuatro "estadios" madurativos en la industria farmacéutica. Al primer estadio madurativo pertenecen las naciones que históricamente han liderado el mercado químico mundial: Alemania, Suiza, Estados Unidos, Gran Bretaña, etc. (Katz, 1984).

Argentina pertenece a lo que en la literatura se caracteriza como "Estadio Evolutivo II" en el campo farmoquímico, lo que la coloca a significativa distancia de las naciones desarrolladas, aunque en situación de privilegio dentro del mundo en desarrollo. Nuestro país comparte dicha situación con Brasil y México, dentro de América Latina, y con España e India, fuera del contexto regional. Los países del "Estadio Evolutivo II" se caracterizan por poseer una industria farmacéutica local capaz de abastecer íntegramente al mercado interno de especialidades -excepción hecha de algunos productos muy particulares, como los oncológicos-, pero sobre la base de un componente muy elevado de principios activos o materias primas farmacéuticas importadas. La industria farmacéutica y farmoquímica de estos países incursiona de manera incipiente y en escala francamente reducida en el negocio de exportación de principios activos.

Como ya señalamos, la industria final de especialidades farmacéuticas alberga en nuestro país tanto a un sector de firmas de capital nacional como a un extenso número de subsidiarias locales de firmas farmacéuticas transnacionales. La lógica de funcionamiento de uno y otro grupos de empresas difiere significativamente. Las firmas de capital nacional actúan sobre la base de un ritmo más frecuente de lanzamiento de "nuevos" productos al mercado, con una mayor intensidad de combinaciones de drogas o principios activos conocidos y con más fuertes gastos de promoción y ventas dirigidos a la comunidad médica. En cambio, el grupo de subsidiarias de firmas transnacionales opera con un ritmo menor de lanzamientos anuales, basado más en monodrogas que en combinaciones medicamentosas, y con un mayor componente de materias primas farmoquímicas importadas desde sus respectivas casas matrices o firmas asociadas a "precios de transferencia", que guardan poca relación con el costo competitivo de producción de las drogas involucradas. Además de las diferencias anteriores, también importan a los fines de este estudio, el mayor peso relativo que las subsidiarias de firmas transnacionales otorgan al cumplimiento de normas internacionales de manufactura y control de calidad (normas GPM) y el efecto que ello tiene sobre los costos de pro-

ducción, dadas las fuertes deseconomías de escala que genera un mercado pequeño como el local. En efecto, a pesar de que un sector importante de los mejores establecimientos farmacéuticos de capital nacional cumple con rigor exigencias internacionales de manufactura y control de calidad, ésta no es la situación del grueso de las firmas de capital nacional. La exigencia que en este sentido le plantea a cada subsidiaria doméstica su respectiva casa matriz internacional hace que, en un número significativo de casos, la escala de producción local impida alcanzar niveles aceptables de rentabilidad operativa, lo que cuestiona seriamente la viabilidad a largo plazo del grupo empresario respectivo. Como ocurre con los temas anteriormente mencionados -número de lanzamientos anuales de productos nuevos, gastos de promoción y ventas, monodrogas vs. combinaciones, etc.-, este último tema, es decir, el mayor o menor cumplimiento de normas y exigencias internacionales de manufactura y control de calidad, debe verse como parte del conflicto interempresario subyacente en el mercado de medicamentos.

A pesar del interés intrínseco de muchos de estos temas, en el curso de este trabajo sólo habremos de detenernos en el examen de aquellos aspectos centrales de la morfología y el comportamiento del mercado farmacéutico que inciden de manera sustantiva sobre el funcionamiento del sector salud en su totalidad. Esto implica que muchas cuestiones de importancia general para una comprensión más cabal del tema farmacéutico serán aquí soslayadas, por lo que el lector deberá remitirse a otras publicaciones que aborden el tema de manera más global (Katz, 1974, y Katz, 1986). Concentraremos aquí nuestra atención sobre el lanzamiento de productos nuevos como determinante del ritmo de crecimiento empresarial y sobre el impacto que ello tiene en la participación relativa de las firmas de capital nacional y extranjero en las ventas totales de la industria. Tal como tendremos oportunidad de ver, este hecho repercute significativamente sobre la puja distributiva que la industria farmacéutica mantiene con los restantes grupos prestadores -médicos y clínicas y sanatorios- ante la creciente limitación de recursos con que el conjunto del sector salud opera a través del tiempo.

El cuadro II.2. muestra la participación relativa de los principales 25 laboratorios farmacéuticos activos en el medio argentino en 1969 y 1984. Obviamente, los nombres de las firmas no tienen por qué ser los mismos, ya que el ritmo de crecimiento de las empresas ha sido diferente a través del tiempo, lo que generó los cambios en el "ranking" que exhibe el sector.

Los datos del cuadro II.2. deben manejarse con cierta cautela porque reflejan fenómenos de muy diverso tipo, tales como cierre de empresas, fusiones, transferencias parciales o totales de las "líneas" de productos de firmas que dejaron el mercado a otras que permanecieron en él, caídas y ascensos muy espectaculares de firmas particulares, etcétera.

Así, por ejemplo, en 1986 Squibb había cerrado sus puertas; Ciba Argentina se había fusionado con Geigy Argentina; Gerardo Ramón, Eli Lilly, Pfizer, Schering, Lederle-Cyanamid, Raffo y Promeco, habían perdido posiciones de manera abrupta dentro del ranking de empresas, en tanto que otras firmas que no integraban la nómina de las 25 mayores en 1969 sí lo hacían en 1986, como es el caso de Montpellier, Microsules-Bernabó, Phoenix, Gador, Beta, Sidus, Syntial, etc. En otros términos, tras una superficie aparentemente calma, en realidad se oculta un leve aumento de la concentración agregada y una profunda recomposición interempresaria en la que diversas firmas de ca-

**Cuadro II.2. Veinticinco laboratorios farmacéuticos en 1969 y 1984**

Laboratorio Farmacéutico	Posición en 1984	Origen Matriz	Participación en Ventas totales	
			1969	1984
1 - Roche	3	Suiza	4,3	4,6
2 - Lepetit	13	USA	2,8	2,0
3 - Roemmers	1	Argentina	2,8	6,3
4 - Pfizer	20	USA	2,6	1,8
5 - Argentia	9	Argentina	2,5	2,3
6 - Squibb & Son	no figura	USA	2,5	---
7 - Abbott	4	USA	2,3	3,4
8 - Bagó	2	Argentina	2,1	5,5
9 - Boehringer	22	Alemania	2,1	1,8
10 - G. Ramón	40	Argentina	1,9	1,3
11 - Winthrop	61	USA	1,8	0,4
12 - Ciba	7	Suiza	1,8	2,4
13 - Inca	24	Argentina	1,7	1,7
14 - Geigy	7	Suiza	1,7	2,4
15 - Eli Lilly	43	USA	1,7	1,2
16 - Merck, Sharp & Dohm	6	USA	1,7	3,1
17 - Hoecht	21	Alemania	1,7	1,8
18 - Schering	42	Alemania	1,6	1,2
19 - Promeco	32	Alemania	1,6	1,3
20 - Raffo	47	Argentina	1,6	0,8
21 - Beta	33	Argentina	1,4	1,4
22 - Glaxo	26	Gran Bretaña	1,4	1,6
23 - Parque Davis	39	USA	1,4	1,3
24 - Lederle-Cynamid	54	USA	1,3	0,7
26 - Roux Ocefa	28	Argentina	1,3	1,6

Fuente: IMS, varios números

pital extranjero -y sólo algunas pocas de capital nacional- han perdido terreno relativo frente a otras que lograron ascensos de carácter vertiginoso. A pesar de que dentro de estas últimas se ubican algunas pocas subsidiarias de grupos extranjeros -por ejemplo, Bayer o MSD-, esta categoría parece describir más bien el caso de diversos fabricantes medianos de capital nacional que lograron una rápida mejora de su posición relativa en el curso de pocos años.

El ascenso relativo de diversos grupos empresarios de capital nacional en el ranking de la industria y la concomitante pérdida de posición del sector de empresas extranjeras constituye uno de los temas centrales en este estudio del mercado farmacéutico. El mismo reclama un examen pormenorizado que encaramos a continuación.

En el quinquenio comprendido entre 1980 y 1985 entraron al mercado farmacéutico argentino 1.577 productos nuevos, 544 de ellos lanzados por firmas de capital extranjero y 1.033 por empresas de capital nacional. Dado que el precio promedio de los productos que tienen entre 0 y 12 meses de vida cuadruplica aproximadamente el precio medio de la industria y que el de los que tienen entre 0 y 24 meses de vida lo duplica, podemos comprender inmediatamente que el más rápido ritmo de lanzamiento de productos nuevos al mercado por parte del sector de empresas de capital nacional -y, particularmente, por aquéllas que registran avances espectaculares dentro del ranking

de firmas de la industria- es lo que explica que la participación relativa de ese sector haya aumentado tan considerablemente (IMS, varios números).

En otros términos: el mayor ritmo de lanzamiento de nuevos productos y la recomposición del precio promedio por laboratorio que ello lleva involucrado, es lo que explica la reestructuración industrial que pone de manifiesto el cuadro II.2. antes presentado. Ahora bien, la creciente erosión en la participación relativa del sector transnacional torna cada vez más inviable el hecho de que muchos de los grupos empresarios extranjeros hoy activos en el país mantengan a largo plazo su interés por seguir operando en el medio doméstico. En efecto, un mercado interno en gradual contracción, en el marco de un elevado costo fijo originado en la necesidad de cumplir con prácticas internacionales de manufactura y control de calidad, sólo puede dar por resultado una creciente caída de la rentabilidad operativa y un eventual interés por abandonar el mercado cediendo la línea de productos a una tercera firma interesada en comercializarla. La concentración económica y el gradual retiro de firmas del mercado de medicamentos configuran así una realidad difícil de evitar con las actuales reglas de juego.

## 5. Interdependencias mutuas y génesis de la puja distributiva

Habiendo examinado la morfología de los mercados de servicios médicos, de servicios sanatoriales y de productos farmacéuticos, estamos ahora en condiciones de comprender su interdependencia y la puja distributiva que de ella resulta.

En los hechos, estos grandes grupos prestadores productores de bienes y servicios para el cuidado de la salud, compiten entre sí por cierta masa de recursos fungibles cuya transferencia en una u otra dirección ocurre por vía del sistema de precios. Así, los precios relativos arancel médico/arancel sanatorial, arancel médico/precio de medicamentos, arancel sanatorial/precio de medicamentos, etc., se constituyen en poderosos instrumentos de transferencia de ingresos en el seno del mercado de la salud y, por ende, en tema central de negociación y presión política entre los varios agentes participantes, los entes "paraestatales" -INOS y Obras Sociales individuales- y la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

En un perceptivo documento publicado en 1982 bajo el título "Medicamentos y Prestaciones de Salud", la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME) explora el tema de la puja distributiva, centrándose en los precios relativos previamente mencionados y en el índice de costo de vida.

Sin duda, pueden cuestionarse ciertos supuestos que subyacen a la metodología empleada por CAEME, por ejemplo, la forma inadecuada en que absorbe el efecto del cambio tecnológico que, en cada uno de los tres mercados, modifica la "canasta" de bienes ofrecidos, sus precios y calidades, introduciendo un problema de números índices en las series presentadas; pero resulta evidente que: a) las series se comportan de manera distinta a través del tiempo, de forma tal que, en algunos de los períodos examinados, los aranceles médicos y sanatoriales aventajan al de los precios de medicamentos, mientras que ocurre lo inverso en otros períodos; b) las tres series mencionadas pierden sistemáticamente terreno respecto del índice del costo de vida, lo cual refleja el retraso relativo del sector en el conjunto de la economía; y, finalmente, c) abriendo la "canasta" de prestaciones en "grupos" terapéuticos que,

entre otros, incluyen consulta ambulatoria, radiología, kinesiología y fisioterapia, internaciones quirúrgicas y obstétricas, prácticas especializadas de consultorio (electrocardiograma), se observan fuertes diferencias en los comportamientos individuales de los distintos grupos terapéuticos, lo que pone en evidencia un complejo fenómeno distributivo dentro de cada serie agregada.

Un trabajo reciente del Dr. C. Marracino preparado para la Confederación de Clínicas y Sanatorios, vuelve a examinar este tema mostrando, por un lado, que el conjunto de las Obras Sociales "...propicia el establecimiento de una línea arancelaria que responda a la disponibilidad de fondos y no a los reales costos de los servicios, creando una brecha cuyas consecuencias son difíciles de prever..." y, por otro lado, que la puja distributiva entre mercados prestadores produce distintos desfases y ajustes a través del tiempo, dando origen a "atrasos" y "adelantos" relativos entre todos ellos.<sup>5</sup>

Ahora bien, llegados a este punto de nuestra argumentación, estamos en condiciones de comprender un hecho crucial relacionado con la organización social de la medicina en nuestro medio, así como con la creciente nómina de conductas restrictivas -sobreprestación en materia de consultas y prácticas médicas, uso excesivo de medicamentos, sobrefacturación de insumos, tasas de cirugía anormalmente elevadas, cobro de "bonos complementarios", etc.- que gradualmente fueron apareciendo y consolidándose en el escenario local.

Esas conductas constituyen sin duda la respuesta de los varios agentes prestadores que operan en mercados imperfectamente competitivos y que enfrentan la creciente restricción de recursos que padece el sector y la sostenida puja distributiva, a través de acciones "perversas" destinadas a captar recursos relativamente móviles. En otros términos: es el conflicto distributivo y no las necesidades médico-asistenciales de la población lo que está determinando las pautas de funcionamiento del mercado de la salud, ante la creciente falta de capacidad regulatoria por parte de la autoridad pública.

Cerramos aquí nuestro análisis de los tres principales mercados proveedores de bienes y servicios para la atención de la salud, de la puja distributiva que entre los mismos se entabla y de la incidencia que todo ello tiene sobre la organización social de la medicina en nuestro medio. El capítulo siguiente de este trabajo encara el estudio del sistema de Obras Sociales y de su ente técnico, el INOS. En la práctica, dichas agencias adoptan la representación indirecta del consumidor final, negociando precios y condiciones de prestación de los servicios con los diversos grupos oferentes hasta aquí examinados. Como tendremos oportunidad de ver, el sistema de Obras Sociales tiene una compleja historia en nuestro medio y arrastra viejos problemas de organización, equidad distributiva, solidaridad, etc., que inciden fuertemente en el nivel de bienestar alcanzado por la comunidad nacional. Encaramos a continuación el estudio de dichos temas.

<sup>5</sup> Véase también al respecto los capítulos 2 y 3 de FECLIBA (1987).

### III. Situación contemporánea de la seguridad social médica en la República Argentina: el sistema de Obras Sociales

#### 1. Introducción

La seguridad social médica cubre actualmente en nuestro país a cerca de 23 millones de personas, esto es, casi el 70% de la población. Hace veinte años sólo cubría el 37% de la misma, lo que da idea de su rápido ritmo expansivo. La cobertura que el sistema de seguridad social brinda a sus afiliados difiere marcadamente en cantidad y calidad entre Obras Sociales; existen no menos de 350 entidades de este género dispersas a lo largo de la geografía nacional y es factible observar un alto grado de ineficiencia operativa en el manejo de los recursos y un nivel igualmente elevado de inequidad distributiva.

Comprender en detalle el porqué de esta situación, ubicar el remoto origen histórico de muchos de los hechos hoy observados y brindar al lector un diagnóstico de conjunto del cuadro actual, constituye el objetivo principal del presente capítulo.

Puede decirse que el "escenario contemporáneo" de la seguridad social médica en nuestro medio toma su forma actual en los inicios de la década del sesenta, razón por la cual concentraremos nuestro esfuerzo de reconstrucción histórica en las últimas tres décadas de funcionamiento del sistema. Sin embargo, es más que evidente que el mismo guarda huellas indelebles de su temprano origen mutualista -de principios de siglo- y, con mayor intensidad aún, de los hechos políticos e institucionales que el país vivió en los años 1930 y 1940 a propósito de la conformación del movimiento sindical y de la particular relación Estado-sindicatos que, a partir de entonces, emerge como rasgo idiosincrático central de la vida política nacional. En virtud de esta influencia de lo histórico sobre la situación presente y para no sobrecargar la lectura de los que ya conocen las raíces originales del sistema, hemos juzgado conveniente examinar en un Apéndice de este capítulo el desarrollo de la seguridad social médica en nuestro medio en las primeras décadas del siglo.

El hecho de que la seguridad social médica creciera dentro del marco del sistema de Obras Sociales y en relación con los sindicatos laborales -los

que, a efectos político-institucionales, tienen en el Ministerio de Trabajo su interlocutor natural dentro del aparato del Estado- dio pie al surgimiento de un profundo conflicto jurisdiccional que habría de continuar hasta nuestros días, transformándose en principal escollo para que la política nacional de salud adquiriera mayor autonomía y claridad. Nos referimos al conflicto de jurisdicciones que existe entre el Ministerio de Salud Pública y el de Trabajo y Previsión Social, conflicto que también es dable observar en otras latitudes.<sup>1</sup> En nuestro caso, llevó a que la salud se tratara sistemáticamente como un elemento de negociación política entre Estado y sindicatos y no como un fin en sí mismo, merecedor de una acción pública explícita cuya finalidad última fuera la de mejorar el cuadro de salud de la población.

La reconstrucción histórica que a continuación se efectúa muestra cómo este rasgo permaneció como elemento recurrente del escenario político nacional, bloqueando un verdadero desarrollo de la política pública en materia de salud.

## **2. La década del sesenta: consolidación de los grupos proveedores y compradores en el mercado doméstico de salud**

Tras el derrocamiento del gobierno del General Perón se suceden tanto los estudios y diagnósticos institucionales acerca del estado de situación del sector salud como los intentos gubernamentales de reorganizarlo.

Al ya existente, y poderoso conjunto de Obras Sociales se suman ahora, con creciente poder relativo de negociación, las diferentes asociaciones médico-gremiales que gradualmente van expandiendo su papel político y económico en el mercado de atención médica. (Belmartino y Bloch, 1982). Junto a ellas toman forma diversas instituciones gubernamentales originadas en el intento de reorganizar el sistema. Esto ocurre tanto durante el gobierno del General Aramburu como, posteriormente, durante los años de gobierno del Dr. Frondizi. En 1961 emerge una entidad específica de esta índole, el Consejo Federal de Seguridad Social (COFESES), que tempranamente examina la posibilidad de unificar las instituciones de previsión y asistencia bajo la conducción de un Instituto Nacional de Seguridad Social. En su tercer Informe Técnico sintetiza de este modo la situación de las Obras Sociales y Mutualidades: "prestaciones de pobre calidad, parciales o limitadas, remuneración inadecuada al personal médico, maquinaria burocrática asfixiante, gran quebranto económico-financiero." (Belmartino y Bloch, 1982).

En el marco de un cuadro heredado, en el que resaltan tanto la falta de coordinación entre Obras Sociales como las profundas diferencias en la cobertura brindada a sus respectivos beneficiarios, el sistema comienza en esos años a crecer rápidamente por la incorporación de familiares, directos e indirectos y, posteriormente, por la afiliación obligatoria.

Pero, lejos de corregir las deficiencias recibidas, el crecimiento de la de-

<sup>1</sup> Idéntico conflicto jurisdiccional puede advertirse aún en el marco del sistema multilateral de organismos internacionales que emerge tras la Segunda Guerra Mundial. La OPS -Oficina Panamericana de la Salud- incorpora al campo de su interés temático aspectos inherentes a la seguridad social recién en 1984, tras la Asamblea de Medellín. Véase acerca de estos temas A. Isuani (1985).

manda va generando nuevos problemas; la falta de programación y normatización con que se producen las nuevas incorporaciones de beneficiarios y de proveedores de atención médica acentúa los elementos de inequidad ya existentes. A continuación veremos estos temas, antes de proseguir con el estudio de los varios intentos de reorganización del sistema que se acometen con mayor intensidad a partir de 1967, durante la gestión de gobierno del General Onganía.

Estudios llevados a cabo por el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) en 1963 y 1965, ilustran sobre la herencia histórica de inequidad estructural que subyace al sistema de Obras Sociales. La misma se manifiesta tanto en el plano financiero -en relación con las contribuciones que algunas Obras Sociales estatales y paraestatales reciben de las reparticiones públicas de que dependen- como en el plano de la provisión de atención médica -vinculada al muy distinto gasto por beneficiario en las diversas entidades de la seguridad social. Con respecto al primero de dichos temas -contribuciones diferenciales de las diversas reparticiones estatales a la Obra Social respectiva- los estudios del CONADE indican que dentro del conjunto de Obras Sociales estatales y paraestatales, los aportes de la entidad pública involucrada representaban el 81,6% del total de los ingresos para la Obra Social de la Secretaría de Hacienda y el 82,7% para la Obra Social y Sanidad Policial, en tanto que el aporte para las que agrupan al personal docente del Ministerio de Educación y del Consejo Nacional de Educación, sólo llegaba al 10,4% y 16,4% de sus ingresos totales, respectivamente.

Una situación análoga puede verse en los institutos de administración mixta, ya que los correspondientes a Seguros y Bancarios recibían ingresos basados en la percepción de un impuesto a las primas cobradas en la operatoria aseguradora y en los servicios prestados por los segundos a particulares; dichos ingresos representaban nada menos que el 72% y el 77% de los respectivos totales manejados por la Obra Social.

A esta importante fuente de inequidad se agrega también el hecho de que en algunos casos el pago de sueldos del personal adscrito a la Obra Social era efectuado por la repartición pública respectiva y no por el ente de seguridad social correspondiente.

En lo que atañe a la heterogeneidad prestacional recibida por los beneficiarios de las distintas Obras Sociales, los estudios mencionados indican que los gastos por servicio médico durante 1963 fueron de 38.544 pesos por trabajador activo en Gas del Estado, de 28.095 pesos en SEGBA y 18.866 pesos en Seguros, mientras que en el otro extremo de la distribución se encuentran, por ejemplo, la Obra Social de Comunicaciones con 314 pesos y la del Consejo Nacional de Educación con 246 pesos.

Otro indicador de la fuerte desigualdad heredada está dado por la distinta cobertura recibida por los miembros de la clase pasiva, ya que dentro de las Obras Sociales sindicales encuestadas los jubilados representaban sólo el 2% de la nómina global, en tanto que en el conjunto de Obras Sociales estatales -tanto nacionales como provinciales- los pasivos alcanzaban al 8% de la nómina total.

Debido a estas distintas formas de inequidad en el modelo financiero y prestacional, el gobierno del General Onganía se propone la unificación financiera del sistema bajo el control de la cartera de salud: "El Estado deberá armonizar las fuentes de financiación de la salud ... unificándolas y tendiendo a

la creación de un Seguro de Salud para las prestaciones de acción médica integrada...".<sup>2</sup>

Dicha propuesta se fundamentaba en los informes de dos comisiones designadas al efecto, la "Comisión Coordinadora de los Servicios Sociales Sindicales", designada por el decreto 2318/67 y la "Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales", nombrada por la ley 17 230 del mismo año, que dirigió su actividad a los organismos estatales y paraestatales.

El informe de la Comisión Nacional enumera un conjunto de problemas y falencias que reproducen el diagnóstico de los estudios de la CONADE de 1963 y 1965 ya comentados, y que son similares a los que contemporáneamente afectan a las Obras Sociales estatales, a las sindicales y a los Institutos de Administración Mixta. Así, creemos conveniente citar *in extenso* varios de sus párrafos principales para comprobar cómo, veinte años más tarde, aún nos debatimos en cuestiones semejantes (Encuesta Preliminar sobre Obras y Servicios Sociales Sindicales, 1967, y Separata del Informe Final de la Comisión de Obras y Servicios Sociales, 1968):

"El informe elaborado por esta Comisión Nacional es de carácter descriptivo y considera a los diferentes organismos como integrantes de un sistema estructurado por sucesivas decisiones del Poder Público..."

"... es indudable que los logros obtenidos son desalentadores y que el grado de satisfacción de las expectativas creadas a los cotizantes del sistema son tan variadas, como variables son los niveles de eficiencia con que los distintos organismos han cumplido sus finalidades sustanciales."

"Las soluciones posibles para modificar las condiciones prevalentes implican una compleja problemática caracterizada por serias reacciones al cambio."

"Las numerosas Obras y Servicios Sociales, estatales y paraestatales, configuran una heterogénea estructura ... cubren con variada eficiencia servicios sociales prioritarios."

"La contribución de terceros, opera en la práctica como un impuesto indirecto que grava el costo de determinados bienes o servicios (electricidad, operaciones bancarias, seguros, ganado) en beneficio de grupos reducidos."

"En el orden general, se observa que algunas Obras y Servicios Sociales carecen de un financiamiento adecuado para asegurar un nivel aceptable de asistencia médica. Ello obedece a las bajas cotizaciones regulares de los afiliados o a la exigua contribución del Estado frente al constante aumento del costo de las prestaciones. Como consecuencia de ello se ha generalizado la práctica de aumentar las contribuciones que los afiliados deben realizar al hacer uso de los servicios, con el consiguiente perjuicio de los grupos de menores ingresos."

<sup>2</sup> Conclusiones y Recomendaciones de la Tercera Reunión de Autoridades de Salud Pública, Mendoza, diciembre de 1968, citado por Belmartino y Bloch (1982).

"La mayor parte de los organismos estudiados carece de registros actualizados de afiliados que permitan conocer algunos de sus atributos básicos: categoría, sexo, edad, lugar de residencia, ingreso, tamaño del grupo familiar, etc. Esta falta de información dificulta la programación de actividades e imposibilita la elaboración de estudios actuariales que permitan conocer la evolución probable de los riesgos y la posibilidad financiera de su cobertura."

"La organización financiero-contable no responde igualmente a elementales normas de eficiencia operativa, careciéndose de un plan de cuentas uniforme que permita evaluar en forma consolidada la situación económica y financiera del sistema en su conjunto y la importancia relativa de las diferentes actividades, beneficios o prestaciones en cada una de las Obras Sociales, sus resultados y costos."

"No se elaboran cuentas de Fuentes y Uso de Fondos que permitan efectuar previsiones que racionalicen las decisiones económico-financieras."

"Se carece de un organismo que tenga a su cargo el contralor administrativo y contable de todo el sistema."

"Se carece de un sistema de registración de prestaciones que permita analizar consolidadamente la demanda satisfecha o medir, mediante indicadores preestablecidos, los rendimientos."

Los diferenciales de calidad y eficiencia en las prestaciones también recuerdan la situación contemporánea. Volviendo al texto de 1967 leemos:

"La mayor complejidad operativa de las Obras y Servicios Sociales corresponde a sus actividades médico-asistenciales, respondiendo su problemática a factores internos -en los casos de aquéllas que disponen de servicios propios- y externos en las cuales la provisión de servicios se contrata con terceros."

"En las que disponen de servicios propios se observan diferencias muy significativas tanto en la organización de los servicios como en las escalas de sueldos del personal dependiente."

"El tamaño, localización y complejidad de los servicios propios han sido determinados sin responder -en general- a criterios rigurosos de eficiencia operativa."

"Tomados todos los servicios propios como integrantes de un sistema se observan superposiciones y deficiencias en el volumen y distribución de los recursos disponibles."

"En los organismos que brindan sus servicios por intermedio de terceros, los mayores problemas derivan de la falta de procedimientos reglados en materia de contratación con los grupos profesionales y otras instituciones prestatarias (clínicas, sanatorios, etc.)"

Finalmente, también adquiere importancia el cobro de "aranceles diferenciados", asociado al diferente grado de negociación de los gremios proveedores, tal como ocurre en la actualidad en el mercado de atención médica. En tal sentido, el informe de 1967 dice:

"La existencia de tarifas y honorarios diferentes para iguales prestaciones en cada jurisdicción dificulta la elaboración de previsiones económico-financieras; más aún si se tiene en cuenta que los mecanismos de modificación de sus valores, son totalmente aleatorios."

"Las diferencias observadas en los costos de las prestaciones más corrientes en distintas provincias, muestran variaciones muy significativas. Ellas responden -en general- a la mayor o menor capacidad de negociación que localmente tienen los organismos profesionales. Puede afirmarse que los actuales honorarios agravan las inadecuadas condiciones prevalentes en materia de distribución de profesionales."

"La práctica -legalizada en algunos casos- de fijación de honorarios por parte de las asociaciones profesionales y las situaciones de hecho que genera su no aceptación por parte de las obras y servicios sociales, hacen muy inestable el ejercicio de los derechos de sus afiliados a acceder a las prestaciones médicas y para-médicas."

El informe concluye con una evaluación de los resultados del sistema estructurado hasta ese entonces; allí aparecen, por un lado, la sobreprestación en algunos tramos del mercado y, en contraposición, un importante déficit de servicios asistenciales en otros, ante la escasa capacidad regulatoria de la autoridad sanitaria:

"Analizadas las prestaciones otorgadas en el rubro de beneficios médicos en aquellas instituciones que brindaran información confiable, se observan diferencias de una magnitud extraordinaria. La demanda satisfecha, medida en número de prestaciones, por cien afiliados, muestra para las consultas, internaciones, recetas y servicios auxiliares de diagnóstico, en el grupo de Obras Sociales de mayores recursos relativos, valores que se ubican muy por encima de los indicadores aceptados como normales. Estas cifras permiten inferir la existencia de sobre-utilización de servicios, ante la inexistencia de controles o limitaciones que eviten los excesos. Por el contrario, las Obras Sociales de menores recursos registran en general un número de prestaciones por debajo de los niveles considerados normales. Es igualmente presumible que exista una acomodación de los prestadores a las condiciones más o menos favorables que ofrecen las diferentes Obras Sociales, motivando así en muchos casos, una promoción innecesaria de la demanda".

Todo lo anterior -escrito en 1967- suena dramáticamente actual. Como consecuencia de los informes elaborados por ambas comisiones, el Gobier-

no del General Onganía dicta la ley 18.610, que cierra el denominado período "voluntarista" de la seguridad social médica en la República Argentina. Esta ley suele considerarse como uno de los "pilares básicos" del encuadre institucional actualmente vigente en nuestro medio.

La afiliación obligatoria lleva la cobertura médica a casi el 70 % de la población del país y el flujo financiero anual de aportes y contribuciones a aproximadamente el 2,5 % del PBI, situación que no se aleja demasiado del panorama actual (INOS, 1972).

### **3. Aparición del Instituto Nacional de Obras Sociales como ente estatal de superintendencia y regulación del sistema. Génesis de las leyes 18.610 y 22.269**

Entre 1967 y 1972, a medida que van consolidándose, por un lado, la capacidad negociadora de los distintos grupos prestadores y, por otro, la intención regulatoria del gobierno del General Onganía, se suceden diversas leyes que buscan reestructurar el sistema de seguridad social, normatizar la provisión de atención médica, crear un mecanismo de formación de precios de uso universal -nomencladores-, etc. En esos años, el proceso de negociación entre Estado, Obras Sociales y grupos prestadores dista de ser sencillo y lineal; abundan las contramarchas y los instrumentos jurídicos, muchas veces de carácter antagónico. Examinemos a continuación lo que ocurrió en este sentido.

En abril de 1967, el gobierno del General Onganía promulga la ley 17.230, la cual, en su mensaje acerca de las Obras Sociales dice: "... sus modalidades -en cuanto a formas de ingreso, coberturas, prestaciones, aportes y administración- son tan dispares que en definitiva se ha institucionalizado un sistema de enervante injusticia ...". Continúa comentando acerca del resultado del modelo de provisión médica estructurado hasta ese entonces: "...ha operado en forma totalmente desvinculada de la política general de Gobierno y los diversos estudios efectuados en los últimos años sobre el tema han detectado uso irracional de los recursos disponibles, superposiciones y falta de coordinación entre los diversos organismos."

Como ya mencionamos, dicha ley dispuso crear la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales Estatales, cuyas funciones eran, entre otras: "coordinar las actividades de estos organismos integrándolos al Plan de Reordenamiento y Transformación"; "elaborar y presentar al Poder Ejecutivo Nacional en un plazo de 240 días un proyecto definitivo que permita: a) Integrar los actuales organismos dentro de un sistema coherente y homogéneo, b) Definir sus modalidades en cuanto a afiliación, cobertura, prestaciones, financiamiento y administración..."

El "proyecto definitivo" que debía elevarse al Poder Ejecutivo Nacional en un plazo de 240 días y que sería la base de una ley que regulase el sector no pudo concluirse a término. Por ello la ley 17.850, de agosto de 1968, además de congelar hasta fines de dicho año los aranceles de atención médica convenidos entre prestadores y prestatarios, dispuso que en dicho plazo "... el Poder Ejecutivo Nacional estableciera las bases de un nuevo sistema que contemple: un nomenclador uniforme de prestaciones, ...implementación de una auditoría de los servicios, normas de trabajo técnicas y administrativas uniformes, un mecanismo de conciliación y arbitraje obligatorio para los casos de

conflicto y toda otra disposición destinada a asegurar el ordenamiento de las prestaciones médicas y paramédicas que se convengan entre las entidades mencionadas...".

Cuatro meses más tarde, la ley 18.045 normativizó diversos aspectos de los convenios a celebrarse entre las entidades compradoras y las proveedoras de atención médica, convenios que debían cumplir, entre otras, con las siguientes condiciones generales: asegurar la permanencia y continuidad de las prestaciones médicas y paramédicas a los afiliados; establecer normas de trabajo técnicas y administrativas uniformes; fijar claramente los derechos y obligaciones de las partes, las penalidades por incumplimiento y mecanismos de conciliación y arbitraje para casos de conflictos; fijar mecanismos de auditoría compartidos que aseguren el perfeccionamiento de los aspectos científicos y la fiscalización de las prestaciones; fijar nomencladores definitivos de prestaciones y los mecanismos compartidos de actualización periódica de los aranceles.

Un año después se promulga la ley 18.483 -diciembre de 1969-, por la que se declara "vigentes en todo el territorio del país los nomencladores -médicos, odontológicos y bioquímicos". Esta ley menciona los problemas surgidos al intentar normativizar el mercado de atención médica:

"El Gobierno de la Revolución Argentina dispuso oportunamente la sanción de la Ley 17.850, destinada a iniciar un proceso de ordenamiento en las relaciones contractuales que las obras, servicios sociales y mutualidades mantienen con los organismos profesionales para la provisión de prestaciones médico-asistenciales a sus afiliados."

"La complejidad de los problemas abordados y la búsqueda de soluciones que contemplaran los intereses de todos los sectores impidieron cumplir con los plazos establecidos en la ley 17.850, razón por la cual se promulgó la N°18.045."

"En virtud de dicha norma jurídica se organizaron diferentes grupos de trabajo integrados por funcionarios de la Secretaría de Estado de Salud Pública, técnicos de diversas Obras Sociales, representantes de entidades profesionales médicas y miembros de la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales."

"...El presente proyecto de ley constituye un instrumento adecuado para cubrir con carácter temporal la falta de una legislación de base sobre diferentes aspectos involucrados en las relaciones que mantienen las Obras, Servicios Sociales y Mutualidades con los grupos profesionales organizados...".

Además de declarar vigentes en todo el territorio del país los nomencladores de prestaciones médicas, odontológicas y de análisis biológicos, la ley facultaba al Poder Ejecutivo Nacional a la revisión anual del Nomenclador de acuerdo con las variaciones de precios, salarios, nivel de las cotizaciones y estructura de costo de las prestaciones. Lo facultaba también a establecer, por una parte, las bases de un régimen de auditoría compartido y las del sistema

de conciliación y, por otra, las bases del arbitraje obligatorio al que deberían someterse las entidades y sus adherentes en caso de falta de acuerdo. También debía crearse "un organismo consultivo permanente, con participación paritaria de los sectores y ramas profesionales interesados", organismo que se encargaría de la regulación del sector y que tendría las funciones de participar en la elaboración de los proyectos de convenio tipo, intervenir en la etapa de conciliación a pedido de parte frente a posibles situaciones de conflicto, participar en la elaboración de los proyectos de modificación de nomencladores y honorarios y asesorar al Poder Ejecutivo Nacional, en forma permanente, sobre todos los aspectos involucrados en dicho texto legal.

La ley 18.610 de 1970 tendió a ordenar y consolidar el sistema de Obras Sociales, incluyendo a las de origen sindical y extendiendo la cobertura mediante la obligatoriedad legal de afiliación y contribución, con el objetivo de universalizar el acceso a los servicios médicos para el trabajador y su grupo familiar primario. Obligaba a las instituciones de Obra Social a destinar sus recursos en forma prioritaria a las prestaciones médico-asistenciales mínimas, conforme a la reglamentación que se dictara. Creó el INOS, que actuaría como autoridad de aplicación de la ley, con jurisdicción sobre las instituciones comprendidas en la misma, funcionando como organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social. El INOS tendría como fin promover, coordinar e integrar las actividades de las Obras Sociales, así como controlarlas en sus aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables.

Para el cumplimiento de sus fines, se le acordaron al INOS varias atribuciones: "a) coordinar la acción de las obras sociales con los planes que establezcan los organismos nacionales y aprobar la instalación de sus servicios propios; b) promover la coordinación e integración de las obras sociales; c) orientar la distribución de los recursos entre las distintas prestaciones sociales; d) aprobar el establecimiento de aranceles para el otorgamiento de servicios y realizar el control contable, médico y de las otras prestaciones de las obras sociales; e) establecer la distribución de los recursos en los casos a que se refiere el art. 9º (cuando dos entes tienen servicios de obra social, por ej., un instituto de administración mixta y un sindicato para una misma rama laboral) y disponer de los correspondientes al 'Fondo de Redistribución'...; f) proponer la intervención de las obras sociales cuando se acrediten irregularidades o graves deficiencias en su funcionamiento."

En lo que hace al manejo de los recursos del Fondo de Redistribución -manejo confiado al directorio del INOS-, establece que los mismos serían utilizados por el INOS "...para incrementar o mejorar la capacidad instalada que se destinare a las prestaciones de las mismas o para la asistencia financiera de las obras sociales que por especiales circunstancias la requieran. Los recursos se otorgarán en calidad de préstamo, subvención o subsidio."

Finalmente, el art. 26º le confiere al INOS el poder de superintendencia y policía del sistema: "Las violaciones a las disposiciones legales y reglamentarias, o de las que establezca el órgano de aplicación, harán pasible a los responsables de las siguientes sanciones, (...): a) apercibimiento, b) multa (...) c) intervención. El órgano de aplicación dispondrá las sanciones establecidas en los incisos a) y b), graduándolas conforme a la gravedad y reiteración de las infracciones y la prevista en el inciso c), será dispuesta por el Poder Ejecutivo Nacional."

La ley 18.912, promulgada poco tiempo después que la 18.610, crea el marco legal de contratación de servicios entre las Obras Sociales y los proveedo-

res privados de atención médica, ya que procura "...armonizar los fines perseguidos por la ley 18.483 con la opinión sostenida por los sectores directamente vinculados con la aplicación de las normas pertinentes...", sometiendo a la misma "...la concertación de los convenios que tengan por objeto contratar la prestación personal, sin relación de dependencia, de servicios de atención médica, odontológica o de análisis biológicos que las obras sociales y mutualidades acuerden con las entidades de afiliación voluntaria, representativas de los respectivos profesionales." Dicha ley obligaba a convenir la prestación de servicios mediante documentos contractuales, en los que debían establecerse, entre otras cosas, normas uniformes de trabajo en el orden técnico y en el administrativo, mecanismos de auditoría compartida y referencias de los valores arancelarios, índices y tarifas sanatoriales respecto del nomenclador. Creaba también, "en jurisdicción de la autoridad sanitaria nacional, un organismo permanente constituido con participación paritaria de las entidades prestatarias por una parte, y, por otra, de las entidades con representatividad de alcance nacional, por cuyo intermedio se convenga la provisión de los servicios que aquellas utilicen." Este organismo estaría presidido por un funcionario designado por el Poder Ejecutivo, compitiéndole entender en el proceso de aplicación de la ley, propender a la coordinación de los sectores representados en su seno, establecer los criterios básicos con que se estudie lo concerniente a la actualización de los diferentes nomencladores y determinar conceptos uniformes para establecer sistemas comunes de auditoría, información, normas técnicas y evaluación de las prestaciones.

Esta norma legal pronto fue modificada ya que, aparentemente, según comenta el mensaje de la norma legal que la reemplazó, fue observada por las entidades prestatarias. En diciembre de 1971, el decreto 6.382 estableció que los Ministerios de Bienestar Social y de Trabajo, en forma conjunta, proyectarían un régimen en reemplazo del establecido en la ley 18.912, al que "deberán adecuarse las obras sociales y mutualidades por un lado, y los prestadores de servicios a que se refiere la misma, por el otro, para fijar las retribuciones por acto profesional...". Ambos ministerios quedaban facultados para designar comisiones especiales integradas por funcionarios estatales y representantes de los sectores interesados, debiendo elevar sus propuestas antes de marzo de 1972.

El régimen de contratación de servicios que establecía la ley 18.912 es modificado en junio de 1972 mediante la ley 19.710, debido a que: "La reglamentación contemplada por esta norma legal (la 18.912) ha sido objeto de reiteradas observaciones por parte de las entidades comprendidas en el sistema de la ley 18.610, como también por otras prestatarias de servicios asistenciales en virtud, esencialmente, del grave problema financiero que provoca la aplicación de la modalidad de contratación por acto profesional, única reglada por la ley cuya derogación se proyecta. De la situación financiera creada por tal circunstancia derivan, igualmente, graves casos de carencia en la atención médica al limitar, por el elevado costo resultante, la accesibilidad igualitaria a los servicios. El hecho de haberse reglamentado solamente una modalidad de contratación de servicios ha generado en la práctica, un estado de situación de efectiva exclusión de los demás tipos de contratación posibles, al carecer los sectores interesados de un marco de referencia legal de tipificación que precise los derechos y obligaciones emergentes y, sobre todo, por la no previsión de mecanismos operativos que permitan a las partes establecerlos convencionalmente y en equilibradas condiciones de negociación. Aquí

corresponde dejar señalado que, en apoyo de la modificación del texto de la Ley 18.912 y de la diversificación de modalidades de contratación, se ha expresado la Reunión de Autoridades de Salud Pública -Comisión de Revisión Ley 18.912- realizada el 21 de diciembre de 1971. También se inclina por un sistema plural de contratación la doctrina y experiencia extranjera."

Así, esta nueva norma legal incluye, además de la modalidad de pago por prestación del acto médico, las siguientes modalidades: de relación de dependencia, por capitación -sujeta a la libertad de elección por parte de los beneficiarios-, por carteras fijas y por formas mixtas. También crea la Comisión Paritaria Nacional, con la función de concertar los convenios tarifarios de aplicación obligatoria para los servicios de las entidades prestadoras comprendidas en dicha ley. Finalmente, su art. 39º establece: "Las normas técnicas relativas a las prestaciones de atención médica y de internación hospitalaria o sanatorial que establezca la Subsecretaría de Salud Pública, deberán ser observadas a todos los efectos de la aplicación de la presente ley."

#### **4. El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS): un nuevo intento trunco de reorganización de la oferta y la demanda en el mercado de atención médica**

En 1973, el péndulo político-institucional vuelve a oscilar con violencia. El gobierno peronista retoma su postura doctrinaria en la que el Estado es "...responsable de asegurar el acceso a la salud en forma gratuita e igualitaria a través de un Sistema Único Nacional de Salud que incluya a todos los recursos humanos, materiales y financieros del sector" (Belmartino y Bloch, 1982).

El proyecto del SNIS refleja no sólo la diferente postura doctrinaria del gobierno peronista, sino también una profunda transformación en el pensamiento predominante entre los sanitaristas argentinos que, en los orígenes de la década del setenta, pasan de la doctrina del "seguro", destinado a la financiación de la demanda -doctrina que imperara en los años sesenta-, a la del "servicio", que implica, además del manejo del financiamiento, la coordinación y organización por parte de las agencias públicas de la oferta de servicios en los niveles estatal, privado y de las Obras Sociales. Al respecto, Belmartino y Bloch (1982) comentan: "Se expresa de ese modo una nueva corriente entre los sanitaristas argentinos que defiende la unificación del sistema de salud en base a la idea de 'servicio', como sistema integrado en manos del Estado Nacional. Se abandona la idea de 'seguro' anteriormente dominante en el terreno doctrinario ..."

El citado cambio de la filosofía imperante entre los académicos sanitaristas de esa época se ve reflejado en el proyecto del SNIS, que busca la reorganización del mercado de atención médica, tanto del lado de la demanda -financiamiento del consumo de atención médica-, como del de la oferta de servicios -intentando una mayor coordinación e integración del modelo de provisión de servicios e insumos estructurado hasta ese momento. El SNIS preveía concretar en una primera etapa el reordenamiento y la coordinación de la oferta de servicios de propiedad estatal -principalmente de los hospitales estatales de la Nación y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires-, para proseguir con la integración al sistema de los proveedores estatales de las jurisdicciones provinciales, de los agentes privados y de las Obras Sociales que adhiriesen en su momento al sistema.

El proyecto de ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud -enviado al Congreso Nacional por el Poder Ejecutivo el 14 de diciembre de 1973- trataba de alcanzar diversos y complejos objetivos de política pública: "El sistema propuesto *asume y unifica la planificación, financiación y ejecución* de todas las acciones concernientes a salud previéndose un plazo no mayor de tres años para implementar el proyecto sin perturbar los servicios y beneficios que actualmente se prestan".

Para la implementación de este sistema el gobierno intenta fortalecer nuevamente el liderazgo del Estado en el sector salud, ampliando su espacio en todos los niveles -nacional, provincial y municipal-, a través de un marcado aumento de los mecanismos de poder normativos y de control de gestión en manos del Ministerio de Bienestar Social de la Nación: "... el proyecto destaca la *participación predominante estatal en los niveles superiores* que hacen a la definición política, mientras que en el nivel de las áreas programáticas -donde se concentran todas las decisiones vinculadas con el funcionamiento de los servicios- la ejecución de las acciones queda en manos de funcionarios capacitados, asesorados por un consejo formado por representantes del personal de la salud y de los trabajadores del área."

Los planos en los que se busca ampliar la presencia estatal son: a) la oferta de servicios; b) la cobertura financiera: "Este proyecto define la función del Estado como garante de la salud y determina a partir de la postulación del principio de solidaridad nacional, su *responsabilidad como financiador y garante económico* en la dirección de un sistema que será único e igualitario para todos los argentinos"; y c) el proceso de planeamiento del sector -en particular en lo que atañe a la formación de recursos humanos-, al incorporar a un representante de las universidades nacionales al Consejo Federal del SNIS.

En las décadas previas al proyecto del SNIS se ensayaron diversos modelos de organización de la atención médica desde el sector público, que no perduraron en el tiempo, y "... demostraron su inoperancia para resolver globalmente el problema, puesto que *no* lograron salvar dificultades de *financiación* o de real integración del trabajo profesional, *ni contaron* con el consenso y el respaldo popular".

Los resultados de los mencionados intentos de reforma parcial en materia sanitaria demuestran el bajo rendimiento del sistema, a pesar de que ya se reconocía -al igual que en nuestros días- la existencia de una *suficiente disponibilidad de recursos* de todo tipo para lograr mejorar los indicadores de morbi-mortalidad: "A pesar de disponerse en nuestro país de recursos para la salud en cantidad y calidad suficientes, como lo demuestran los índices pertinentes, los *resultados*, medibles a través de las tasas de mortalidad infantil, morbilidad por tuberculosis, Chagas, etc., señalan estancamiento y un grave deterioro en la situación sanitaria argentina. Todo esto es la resultante de *falta de racionalidad en la organización y empleo de los recursos humanos y económicos disponibles para la salud.*"

Por el lado de la *oferta* de servicios de atención médica, el SNIS intenta introducir dos importantes modificaciones: a) trasladar el centro del modelo de atención médica desde el hospital estatal -hasta ese entonces utilizado como eje de los programas de atención de salud- hacia el "área programática" -área de la cual aquél pasa a ser una subunidad-; y b) transformar el rol pasivo tradicionalmente asignado al equipo médico hospitalario -es decir, la espera de los enfermos en la institución-, en uno activo, donde dicho equipo sale a pro-

mocionar actividades de atención primaria, prevención, participación comunitaria, etcétera.

Como ya señalamos, el plan de *integración de la oferta de servicios comienza* con la incorporación al sistema de los hospitales y centros de atención estatales de jurisdicción nacional, de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y del Territorio Nacional de Tierra del Fuego. A estos se incorporarían luego los de aquellas jurisdicciones provinciales que adhirieran al SNIS mediante convenios, al igual que los proveedores privados y los de propiedad de Obras Sociales.

Aunque las Obras Sociales con servicios propios podían integrarlos por convenio, el art. 36º las obligaba a cumplir con las políticas de prestaciones y coberturas dictadas por la administración del SNIS: "Las Obras Sociales no adheridas al sistema deberán en todos los casos, dentro del área programática, *coordinar su planificación y acciones de salud con el Sistema Nacional Integrado de Salud, a través de sus organismos competentes*". Sin embargo, el art. 38º otorgaba espacio al Instituto Nacional de Obras Sociales en la elaboración de la política de salud, sin precisar límites jurisdiccionales entre éste y el Consejo Federal, ya que se mantenía la facultad otorgada "... al INOS a participar con los sectores oficiales en la formulación de proyectos de salud, y a compatibilizar dichas formulaciones con los programas que desarrollan las Obras Sociales" (Véanse arts. 36º y 38º de la ley 28.748, y art. 29º inc. b) del decreto 4714/71, reglamentario del decreto-ley 18.610).

El sistema fue diseñado con una marcada concentración de los mecanismos normativos y de control de gestión que hacían al proceso decisorio en manos del Ministerio de Bienestar Social de la Nación. La composición de la Administración Federal, organismo encargado de la gestión del SNIS, reflejaba el complejo mecanismo institucional de poder diseñado a los fines de operar el sistema. El mismo estaba integrado por:

- a) el Consejo Federal;
- b) el Secretario Ejecutivo Nacional;
- c) el Cuerpo Consultivo del Secretario Ejecutivo Nacional;
- d) los Consejos de las Jurisdicciones Provinciales;
- e) los Secretarios Ejecutivos de las Jurisdicciones Provinciales;
- f) los Consejos de Areas Programáticas; y
- g) los Directores de Areas Programáticas.

El Consejo Federal era la pieza clave en el diseño de la política de prestaciones de salud y de su control de gestión. Fue pensado como un gran y poderoso ente institucional, constituido por el Ministro de Bienestar Social de la Nación -que lo presidía-, los Secretarios de Estado del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, un representante de cada Jurisdicción Provincial, un representante del Ministerio de Defensa, un representante de las Universidades Nacionales, seis representantes de la CGT, dos de la CGE, tres representantes del personal profesional de la salud -de los cuales uno por lo menos debía ser médico- designados a propuesta de las entidades gremiales mayoritarias en el orden nacional con personería gremial, y un representante de las entidades privadas adheridas al sistema. El Consejo Federal tenía entre otras atribuciones impartir las *directivas* relacionadas con la salud, conforme a los lineamientos de la política nacional en la materia, *proyectar programas de sa-*

lud, *crear áreas programáticas* nacionales, y *supervisar y evaluar* en forma permanente los resultados del sistema.

El Secretario Ejecutivo Nacional era el Secretario de Estado de Salud Pública; lo asistía un cuerpo consultivo formado por un representante del sector estatal, un representante de la CGT y un representante de la CGE, extraídos de la nómina de integrantes del Consejo Federal por el Secretario Ejecutivo Nacional a propuesta de las entidades respectivas. Eran sus funciones: hacer cumplir las directivas emanadas del Consejo Federal, dictar las normas técnicas necesarias para la realización de las acciones de salud, administrar los recursos del "fondo financiero nacional" en el área de su competencia, celebrar contratos de acuerdo con las normas vigentes, fijar prioridades en la implementación de las áreas programáticas, clasificar los establecimientos según su complejidad, y crear y dirigir el control de gestión y auditoría general del sistema.

En cada Jurisdicción Provincial adherida al SNIS debían constituirse Consejos de Salud similares al federal, cuya composición y duración de mandatos serían determinados por cada una de ellas, excepto en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y el Territorio Nacional de Tierra del Fuego, en los cuales dicha composición y duración serían determinados por el Poder Ejecutivo Nacional. Así, un importante oferente de servicios como la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires quedaba también bajo directo control del Ministerio de Bienestar Social.

Las atribuciones de los Consejos Provinciales eran: elaborar los programas de salud correspondientes -adecuados al plan nacional de salud y a sus normas y directivas- en apoyo a los programas regionales, y crear "áreas programáticas" en el territorio respectivo. Sin embargo, la gestión del SNIS en la Jurisdicción Provincial que adhiriese al mismo podía verse condicionada en forma parcial o total, ya que los Secretarios Ejecutivos Provinciales -que debían ser médicos-, estaban sujetos a designación y remoción por parte del Poder Ejecutivo Nacional, a propuesta de los respectivos gobernadores. Sus deberes y atribuciones eran: actuar como secretarios de los respectivos consejos provinciales, dictar las normas técnicas para la realización de las acciones de salud en la provincia, ejecutar los actos necesarios para organizar las áreas programáticas en la provincia, administrar el "fondo financiero sanitario nacional", y celebrar contratos de acuerdo con las normas vigentes y hasta los montos que determinase el Poder Ejecutivo Nacional, etcétera.

Las prestaciones debían organizarse por áreas -art. 18º- dentro de los ciento ochenta días de la entrada en vigencia de la ley 20.748 con respecto a una o más áreas, y tenían que extenderse a todas las áreas de las provincias adheridas y para todas las prestaciones de salud dentro de los ocho años de la promulgación de la ley.

La oferta de servicios de salud debía estructurarse sobre la base de las áreas programáticas, que, por la ley de creación del SNIS, eran "las unidades de organización sanitaria". Dichas áreas se calculaban según los requerimientos sanitarios de una determinada región: "Deberán satisfacer las necesidades de salud de una población geográficamente delimitada por circunstancias demográficas y técnico-sanitarias, a través de un proceso unificado de programación y conducción de todos los recursos de salud disponibles para la atención de la población que la compone".

Las áreas programáticas serían dirigidas y administradas por un Director, que, a su vez, actuaría asesorado por un consejo (art. 28º), el Consejo de Área

Programática, compuesto por: a) el Director del área -a cargo de la presidencia-; b) un representante por cada municipalidad con asiento en el área; c) los directores de los establecimientos de mayor complejidad; d) dos representantes del personal profesional (de los cuales uno por lo menos debía ser médico) y un tercero del personal no profesional de la salud (perteneciente al SNIS, Carrera Sanitaria Nacional), todos designados a propuesta de las entidades gremiales representativas con personería gremial; e) dos representantes de las asociaciones de trabajadores que tuvieran Obras Sociales y relación territorial con el área; f) dos integrantes de las asociaciones civiles representativas. Los miembros del Consejo del Área Programática serían designados por el Secretario Ejecutivo con competencia en el área y durarían cuatro años en sus funciones.

Algunos de los deberes y atribuciones de los Consejos de Áreas eran: elaborar y elevar al secretario ejecutivo competente el anteproyecto de presupuesto y el programa de acción sanitaria en el área, promover la participación de la comunidad en las acciones de salud, proponer los reglamentos internos de los establecimientos y servicios del área; etc. El director del Área debía ser médico, designado por el Secretario Ejecutivo Nacional mediante concurso, según las normas de la Carrera Sanitaria Nacional. Entre sus deberes y atribuciones se contaban: ejecutar las directivas y programas de acción sanitaria previstos para el área; dirigir la acción de los establecimientos y los servicios del sistema del área; celebrar contratos de acuerdo con las normas legales vigentes y hasta los montos que determinara el Poder Ejecutivo Nacional; etcétera.

El Estado era el garante financiero de la demanda de atención médica de toda la población, ya que el sistema debía asegurar una cobertura equitativa para toda la población.

En lo relativo al financiamiento del sistema (art. 24º de la ley 20.748) entre los aportes más importantes se enumeran los provenientes del presupuesto nacional y los de las Jurisdicciones Provinciales, a medida que ingresaran al sistema. Si bien la masa financiera de las Obras Sociales quedaba fuera del ámbito del SNIS, el hecho de que el manejo del "modelo prestador" si quedara en sus manos permitía orientar los recursos de aquéllas en la dirección que los programas del sistema lo indicasen.

El manejo centralizado hasta aquí descrito originó serios conflictos con las entidades gremiales médicas. Las solicitadas periodísticas publicadas por las mismas ilustran sus respectivas posiciones. El Consejo Federal de la Federación Médica de la Capital (FEMECA) fijó su posición: si bien apoyaba la filosofía del sistema, criticaba, entre otros puntos, su articulación y la forma de cogestión adoptada por el SNIS, a lo cual agrega: "... Reclamamos (...) una cogestión intersectorial (nacional, provincial y municipal) (...) Representatividad real de las entidades que agrupan a los distintos sectores intervinientes en la conducción y puesta en marcha del Sistema". El 15-4-74 FEMEBA -el gremio de proveedores de atención médica de la provincia de Buenos Aires- anuncia su apoyo a "... las reivindicaciones de los médicos de la Capital Federal y coloca en estado de alerta a los colegas bonaerenses...".

Al respecto, la Confederación Médica de la República Argentina también publicó una solicitada el 20 de abril de 1974, la cual fue citada y discutida en las sesiones del Senado Nacional (Véase Diario de Sesiones del Senado, 24/25-4-74, pág. 4040). Decía: "... El SNIS concede a las estructuras de nivel central -Consejo Federal y Secretaría Ejecutiva Nacional- prerrogativas que

enervan legal, constitucional y técnicamente los derechos de los sectores que adhieran (...) La transferencia de bienes y personal a que obliga la adhesión constituye una absorción jurídica y constitucional inadmisibles que provocará la mengua del patrimonio provincial y municipal, y un cambio coercitivo del régimen laboral, escalafonario y previsional de los trabajadores de la salud, modificando, además, su encuadramiento sindical". Dicha solicitada termina advirtiendo: "... que la redacción actual de ambos proyectos -ley de creación del SNIS y de la carrera sanitaria nacional- lleva en su seno potenciales conflictos institucionales y sindicales...", solicitando finalmente "... la revisión de los tópicos cuestionados".

La declaración del Consejo Federal Extraordinario de la Confederación Médica de la República Argentina del 3 de agosto de 1974 vuelve a criticar el proyecto: "... el denominado SNIS ha desvirtuado en su articulado los principios de solidaridad nacional, que, integrando todos los recursos disponibles en una política de salud realista y eficiente, aseguraran una sola medicina para todos los habitantes del país (...) los médicos, legítimos protagonistas de cualquier sistema sanitario, ven burlada en el SNIS la representación de sus organismos auténticamente mayoritarios, destruyéndose así, en su esencia, toda real cogestión..." (Véase Diario de Sesiones de Diputados, 6/7-8-74, pág. 1474).

Las propuestas de modificación del diseño original del proyecto del SNIS apuntaban, por una parte, a darle mayor grado de autonomía y, por otra, a lograr la inclusión de representantes de las federaciones médicas en las áreas programáticas. La COMRA llevó al Poder Legislativo las siguientes propuestas entre otras:

- a) elevar el Consejo de Área Programática al nivel directivo y administrativo conjuntamente con el Director de la misma -en opinión de la COMRA dicha área constituía el núcleo esencial del régimen de cogestión intersectorial, no pudiendo limitársela a funciones "asesoras";
- b) incluir a dos representantes de las entidades profesionales de la salud, designados a propuesta de las entidades profesionales mayoritarias, ya que en el proyecto se incorporaba solamente a las entidades gremiales del personal bajo el régimen de la Carrera Sanitaria;
- c) traspasar la función de clasificación de los establecimientos según su complejidad del nivel nacional a los Consejos de Área;
- d) incorporar a sus miembros en la confección de los reglamentos internos de los establecimientos y servicios del área;
- e) facultar a los respectivos gobiernos provinciales a la designación y remoción de los Secretarios Ejecutivos Provinciales.

La propuesta de FEMECA al Poder Legislativo Nacional tendía también a darle mayor autonomía a la gestión del SNIS en el ámbito de la Capital Federal, proponiendo que la Sala de Representantes designara al Secretario Ejecutivo de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires -como vimos, el texto de la ley dejaba en manos del Poder Ejecutivo Nacional la designación y remoción de tal funcionario.

Es importante agregar que ninguna de las propuestas efectuadas por las corporaciones médicas fueron finalmente incorporadas al diseño del SNIS.

Con respecto a los escollos que el proyecto del SNIS encontró, Belmartino y Bloch dicen:

"...La oposición cerrada del sindicalismo organizado determinó que en el proyecto definitivo la incorporación de las Obras Sociales quedara librada a la voluntad de los interesados, hecho que en la práctica no se concretó."

"... El Comando Tecnológico defendía la vigencia de la ley 18.610 con una mayor subordinación del INOS al Poder Ejecutivo Nacional, y la ampliación de sus facultades en la determinación, ejecución y control de las políticas de salud ...La propuesta del Consejo de Planificación se orientaba en el mismo sentido, abogando por la planificación y coordinación de todos los recursos y subsistemas, bajo la reglamentación, normatización y control del Estado, manteniéndose la individualidad de las instituciones respectivas."

"...Sería ingenuo suponer que la única y frontal oposición al SNIS provino del sindicalismo. El proyecto tocaba intereses muy poderosos y concepciones muy arraigadas en el sistema de provisión de atención médica vigente. Las empresas médicas privadas, la industria farmacéutica e, inclusive, los profesionales convencidos de las virtudes del sistema liberal, pueden servir como ejemplos de una oposición basada en una amplia diversidad de intereses. Pero el peso de la oposición sindical debe haber sido por lo menos equivalente, si se tiene en cuenta que la rama sindical constituyó uno de los núcleos hegemónicos del sistema de poder a partir de la renuncia de Cámpora y del ascenso de Perón a la Presidencia de la Nación."

Las Jurisdicciones Provinciales que adhirieron al SNIS -además de la obligatoria inclusión desde el comienzo de los hospitales y centros de atención de la Nación y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires- fueron Formosa, Chaco, La Rioja y San Luis, jurisdicciones que se desvincularon del sistema en 1977.

Finalmente, el gobierno militar derogó las leyes 20.748 (Sistema Nacional Integrado de Salud) y 20.749 (Carrera Sanitaria Nacional) mediante ley 21.902 de noviembre de 1978. Los bienes y créditos fueron transferidos al Ministerio de Bienestar Social de la Nación.

La constitución, atribuciones y funcionamiento de la Comisión Paritaria Nacional fue suspendida mediante la ley 21.371 de julio de 1976; a partir de entonces, el Poder Ejecutivo Nacional fijó la actualización de los valores del Nomenclador. Esta última norma legal también transfirió a la jurisdicción del INOS todas las atribuciones que la ley 19.710 acordaba a la Comisión Paritaria Nacional.

El decreto 3.046 de noviembre de 1976, además de ajustar los aranceles del Nomenclador Nacional de acuerdo con la comentada ley 21.371 que derogó la Comisión Paritaria, cambió el marco normativo para posibilitar la producción en consultorios privados de servicios que antes eran realizados en instituciones sanatoriales. Así, el art. 5º dispuso: "La facturación de aranceles

sanatoriales se hará a partir del 1º de noviembre de 1976, utilizando exclusivamente las cantidades de unidades sanatoriales correspondientes a la categoría 'con requisitos mínimos' del Nomenclador Nacional en uso. El INOS normatizará las prestaciones codificadas en el Nomenclador Nacional en uso comprendidas entre los Códigos 01 y 82, que podrán ser realizadas en el consultorio del profesional."

El art. 6º, por su parte, decía: "El INOS, en uso de las atribuciones conferidas por las Leyes 18.610 y 21.371, procederá a fijar normas para la categorización de los establecimientos que se inscriban en el Registro Nacional de Prestadores de Atención Médica e Internación. Sobre la base de dichas normas, el citado Instituto establecerá las prácticas que pueden realizarse y facturarse en cada categoría de establecimiento." Finalmente disponía que los servicios de atención médica a los que el citado decreto hacía referencia, eran considerados "servicio público de asistencia social", y que su suspensión o negación haría a los prestadores pasibles de sanciones, en razón del carácter acordado a los mismos.

La ley 22.269, dictada en 1980 tras diversas negociaciones -no exentas de contramarchas y de diferencias de opinión interjurisdiccionales entre los Ministerios de Economía y Trabajo-, es la vigente en la actualidad, ya que modificó en muchos de sus aspectos a la ley 18.610; ambas normas regulatorias son la base jurídico-legal sobre la que se asienta hoy el funcionamiento del sistema de Obras Sociales. Entre sus considerandos dicha ley mencionaba: "La falta de funcionamiento pleno del Instituto Nacional de Obras Sociales y la consiguiente carencia de controles eficaces, provocaron numerosas situaciones irregulares, traducidas en ausencia total o parcial de prestaciones, falta de adecuada cobertura de importantes sectores beneficiarios, y derivación de fondos de obras sociales hacia el financiamiento de actividades extrañas a sus fines." Esta situación de logro parcial de muchos de los objetivos que la ley 18.610 estableciera para el INOS -superintendente y fiscalizador del sistema- muestra que a este organismo se le impusieron, a lo largo de su gestión, otros objetivos políticos además del de la regulación de la atención médica; esto le restó efectividad al obligar a su conducción a derivar sus esfuerzos de gestión hacia objetivos de política pública no siempre propios del sector de atención médica.

Con respecto a la prestación de servicios, el art. 9º dispone: "Los entes de obra social deberán garantizar a todos sus beneficiarios el otorgamiento de prestaciones médico-asistenciales básicas. La autoridad de aplicación definirá las prestaciones médico-asistenciales básicas que serán otorgadas obligatoriamente conforme a las prioridades que fije la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación."

En lo que hace a la administración del sistema, el art. 23º dispone: "El INOS tendrá capacidad de derecho y facultades suficientes para promover el desarrollo de las prestaciones médico-asistenciales y otras contempladas en la presente ley, conducir y controlar el sistema estructurado en la misma y coordinar, integrar y supervisar las actividades de los entes de Obra Social, con competencia específica para aplicar sanciones, conforme a la reglamentación que en lo pertinente aprobara el Poder Ejecutivo Nacional." En el capítulo de administración del sistema se prevé también, mediante el artículo 28º, que "En cada ente de obra social funcionará una sindicatura que tendrá por cometido la fiscalización y control de los actos de los órganos y funcionarios del mismo (...). Los síndicos serán designados por el INOS...".

El art. 31º le da al sistema de las Obras Sociales el carácter de entes aseguradores financieros y no prestadores: "Los entes de obra social actuarán como financiadores de servicios, sin desarrollar capacidad instalada propia, y procurando reducir la existente. El INOS, previa intervención de la autoridad sanitaria competente, autorizará la instalación de servicios médico-asistenciales propios de los entes de obra social, cuando fuere estrictamente indispensable."

Dado el carácter de instituciones aseguradoras y financiadoras previamente discutido, el art. 33º establecía las modalidades de contratación de la provisión de servicios: "Las prestaciones médico-asistenciales que otorguen los entes de obra social se contratarán con sujeción a las siguientes modalidades y mediante la adopción de una o varias de ellas: a) por profesionales en relación de dependencia con remuneración fija; b) por capitación; c) por prestación; d) por formas mixtas. Estas modalidades de contratación se regulan de acuerdo con las normas de aplicación que para cada una de ellas establezca el INOS ...".

El control de la acreditación de los proveedores de servicios de dichos contratos está legislado en el art. 34º, que, además de establecer la obligatoriedad de la inscripción en el INOS, somete a los prestadores inscritos a la normativa dictada por la autoridad pública de la jurisdicción donde los mismos actúan: "El INOS llevará un Registro de Prestadores, en el que deberán inscribirse los prestadores de servicios médico-asistenciales que deseen contratar con los entes de obra social (...) La inscripción en el Registro constituirá requisito indispensable, bajo pena de nulidad, para que los entes de obra social puedan celebrar contratos de atención médico-asistencial con los prestadores. La autoridad de aplicación establecerá los requisitos que deberán cumplimentar las personas o entidades que deseen inscribirse como prestadores, siendo las normas para la habilitación y calificación de los prestadores de salud, facultad exclusiva de la autoridad sanitaria competente ..." El art. 39º hace lo propio con respecto a la provisión de insumos farmacéuticos: "El INOS, en coordinación con la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación podrá establecer listados de medicamentos a utilizar por los entes de obra social, sujetos a la aprobación del Ministerio de Bienestar Social."

Además de disponer que los prestadores deben cumplir con las normas de acreditación, la ley 22.269 también los obliga, en su art. 35º a cumplir con los valores del nomenclador: "La inscripción en el Registro de Prestaciones implicará, para los prestadores, la obligación de respetar el nomenclador y valores arancelarios que rijan para las contrataciones con los entes de obra social (...) Los prestadores no podrán exigir el pago de suma alguna a los beneficiarios por los servicios que presten, salvo autorización expresa de los entes de obra social."

La coordinación entre la política de prestación de servicios de la seguridad social médica y la dictada por la autoridad pública nacional también está prevista, ya que en sus arts. 49º y 50º dice: "El INOS y los entes de obra social deberán adecuar su accionar, en lo pertinente a las políticas nacionales de salud fijadas por el Ministerio de Bienestar Social a través de la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación. El citado Instituto será el encargado de coordinar el cumplimiento de esas políticas entre todos los entes de obra social". "El INOS coordinará con la autoridad sanitaria competente el ejercicio de sus facultades y atribuciones concernientes a la eficiencia, extensión y calidad de las prestaciones médico-asistenciales que otorguen los entes de obra

social a través de servicios propios o contratados, procurando el intercambio de información y la realización de auditorías conjuntas."

Tras la asunción del nuevo gobierno en 1983 se dictó un decreto por el cual se retorna al sistema de paritarias anteriormente vigente: "Desde diciembre de 1983, y de acuerdo con el Decreto 353/83 del PEN, funciona la Comisión Permanente de Concertación conformada por las Subcomisiones Sectoriales Médica, Bioquímica, Odontológica, Sanatorial y Farmacéutica. Las mismas están integradas por representantes de las obras sociales y de los prestadores siendo coordinadas por el INOS." (INOS, octubre de 1986).

## **5. Formación de precios en el mercado doméstico de salud: papel del Nomenclador Nacional de Aranceles como determinante de la conducta médico-empresaria**

La contratación de la provisión privada de servicios médicos, sanatoriales, bioquímicos y odontológicos por parte de las Obras Sociales se basó desde los años 1950 en los catálogos codificados elaborados por los gremios profesionales para proveer de precios de referencia a sus asociados, catálogos que, posteriormente, sirvieron de base a las sucesivas versiones del Nomenclador Nacional sancionadas por diversas leyes y decretos nacionales desde fines de los años sesenta.

Los primeros antecedentes del Nomenclador Nacional se encuentran en los convenios de asistencia médica firmados en los años 1948/49 entre algunas instituciones de Obra Social con beneficiarios en las jurisdicciones de las provincias de Buenos Aires y Santa Fe, por una parte, y las Federaciones Gremiales Médicas de las respectivas áreas, por otra. Para proporcionar precios de referencia a los profesionales proveedores afiliados a las Federaciones Gremiales Médicas firmantes, se elaboró un catálogo de aranceles basado en las tarifas que para accidentes de trabajo habían fijado algunas compañías de seguros, las que, a su vez, las habían tomado de sus similares norteamericanas. Posteriormente, las Federaciones Gremiales Médicas impulsaron su difusión a nivel nacional a través de los congresos realizados en los años 1954 y 1957 (Reale, Laspiur y O'Donnell, 1978, pág. 30).

En 1958 la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires edita el "Arancel Mínimo para Asistencia y Prácticas Médicas" denominado "Libro Verde", que incluía también un anexo para sanatorios y bioquímicos. Prevalían en dicho catálogo las prácticas quirúrgicas porque, por entonces, eran las predominantes en la cobertura ofrecida a la seguridad social (Reale *et al.*, 1978). En 1959/60 se firman los primeros convenios por acto médico en la provincia de Buenos Aires, entre la FEMEBA y las instituciones de Obra Social: IOMA, Personal de Aeronáutica, Bancarios, IOSE, Vialidad Nacional, Hacienda y Banco Provincia (Carlos de la Plaza, FEMEBA, Doc. n° 4, 1986).

El catálogo se actualiza en 1961 y se incluyen por primera vez síndromes clínicos, visitas médicas y prácticas especializadas. Se "determina en ese catálogo aranceles mínimos, dejando implícita la posibilidad de convenios por aranceles superiores." En 1966 se introduce una unidad para la facturación de intervenciones y prácticas especializadas, que convencionalmente se denominó "galeno", y se instalaron las Comisiones de Auditoría Médica (Reale *et al.*, 1978, y De la Plaza, 1986).

En agosto de 1968, la ley 17.850 congeló hasta diciembre de ese año "los

aranceles, tarifas u honorarios de las prestaciones médicas y paramédicas convenidos entre las obras sociales" y las organizaciones prestatarias de dichos servicios, "a los valores que regían al 31 de diciembre de 1967 con un incremento de hasta el quince por ciento", fijando dicho lapso como plazo para establecer un nomenclador uniforme. Aparentemente, el objetivo propuesto no pudo cumplirse en el plazo predeterminado, estableciéndose por la ley 18.045 de diciembre de 1968 que regirían "los honorarios médicos y paramédicos vigentes en la Provincia de Buenos Aires al 31 de diciembre de 1967 con un incremento de hasta el veinte por ciento para los convenios entre obras sociales (...) y las organizaciones profesionales representativas, para la contratación de servicios personales, retribuidos por acto médico o paramédico." Además se facultaba al Poder Ejecutivo Nacional a acordar aumentos de hasta un 25 por ciento según diferencias zonales por condiciones desfavorables.

Poco más tarde, la ley 18.483, promulgada en diciembre de 1969, pone en vigencia "en todo el territorio del país los nomencladores de prestaciones médicas, odontológicas y de análisis biológicos." "Tales nomencladores serán de aplicación con sus respectivos valores en los convenios que se celebren entre las Obras y Servicios Sociales del Estado (Administración Central, Organismos Descentralizados, Empresas del Estado) (...) servicios sociales sindicales y mutualidades -sean ellas de carácter nacional, provincial o municipal- y las organizaciones profesionales representativas de afiliación voluntaria para la contratación de servicios personales retribuidos por acto médico, odontológico o de análisis bioquímico." El Poder Ejecutivo fue facultado por la ley 18.483, por una parte, a revisar y modificar los nomencladores de prestaciones y, por otra, a actualizar anualmente los valores de los honorarios médicos, odontológicos y de análisis biológicos y paramédicos, en función de las variaciones producidas en el nivel del costo de vida, el nivel de salarios, el nivel de las cotizaciones y la estructura del costo de las prestaciones.

En 1970 se modifica el Nomenclador Nacional, introduciendo nuevas prácticas como la medicina nuclear y la terapia intensiva; estas prácticas implican no sólo una innovación tecnológica importante en la organización social de la atención médica, sino también significativos montos de inversión que van a dar comienzo a una nueva era de mayores costos en la provisión de servicios y de creciente presencia del empresario médico (Reale *et al.*, 1978, pág. 31).

En diciembre de 1970 se sanciona la ley 18.912, que modifica parcialmente a la 18.483, sometiendo al mismo régimen de concertación establecido por aquélla a los convenios de servicios de atención médica, odontológica o de análisis biológicos acordados entre las Obras Sociales y entidades profesionales. A tal efecto, el Poder Ejecutivo debía crear "en jurisdicción de la autoridad sanitaria nacional, un organismo permanente constituido con participación paritaria de las entidades prestatarias por una parte y, por la otra, de las entidades prestadoras." Además, "la comisión de la ley 18.912 en 1970 pone en vigencia el Nomenclador Nacional en todo el país, tomando como fuente los vigentes a la fecha y unificándolos con el denominado 'Libro Rosa' de aranceles para clínicas y sanatorios, generando algunas modificaciones y valores en nuevas prácticas." (Reale *et al.*, 1978). Dicho Nomenclador tuvo vigencia hasta 1977, año en que se producen importantes modificaciones en la estructura de precios relativos vigentes en el mercado médico local. Examinamos este tema a continuación.

## **6. El escenario contemporáneo: papel de las modificaciones en el nomenclador como incentivo para la incorporación de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento**

La modificación de precios relativos a que hace referencia el último párrafo de nuestra sección anterior es introducida por vía del decreto 2935/77, que cambió de manera no neutral los precios de ciertos y determinados actos médicos. Con ello indujo no sólo una importante redistribución de ingresos dentro del mercado médico, sino también significativos cambios en la naturaleza del proceso de acumulación de capital que había comenzado a producirse en este sector proveedor de servicios desde comienzos de 1976. El cambio comentado favoreció la utilización más intensiva de equipos y tecnologías de alta complejidad de tratamiento y diagnóstico, en detrimento de aquellas estrategias de atención médica que utilizan más capital humano, el factor que más abunda en términos relativos en el mercado médico local.

Al respecto, el Dr. E. Pampliega comenta: "La reforma de 1977 incorpora al sistema una gran cantidad de prácticas de alta complejidad, anteriormente no aranceladas. Además estableció una clara preferencia para determinadas prestaciones, privilegiando las prácticas que se realizan con ayuda de aparatos por sobre el trabajo intelectual del médico, en detrimento de la relación médico-paciente. Esta situación, que los cambios introducidos desde entonces no han modificado de manera significativa, llevaba consigo un 'mensaje': lo que 'conviene' es dedicarse a una especialidad que tenga muchas prácticas reconocidas, comprar los respectivos aparatos y aumentar así los ingresos." (Pampliega, 1984).

Este cambio en la estructura de precios relativos tuvo consecuencias importantes en la organización de la oferta de servicios médicos y en los costos de su producción: generó incentivos para la inversión en equipos asociados a prácticas curativas especializadas, e introdujo una mayor complejidad en la estructura del acto médico, al inducir la participación de mayor número de especialistas en el tratamiento de determinada patología. En sólo unos pocos años el mercado reaccionó incorporando numerosos equipos sofisticados; este proceso, además, fue estimulado por la sobrevaluación del peso respecto de las divisas extranjeras en los años 1979-81, por las desgravaciones impositivas admitidas por la ley 21.908/78, y por la falta de fijación de cupos de importación -que fueron establecidos tres años más tarde de la promulgación de la última ley mencionada (Borini, 1984). La introducción masiva de tecnología de alta complejidad indujo, por un lado, mayores tasas de utilización, dada la existencia de un "tercer pagador" y, por otro, una creciente incidencia de las prácticas especializadas en la estructura de gastos de la seguridad social. "Como consecuencia de esta explosión de oferta y de la cobertura a través de obras sociales y prepagos, la utilización de estos servicios aumentó notablemente." (Pampliega, 1984).

El Nomenclador Nacional ha desempeñado -y lo sigue haciendo aún hoy- un importante rol, tanto en la determinación de la estructura del gasto de la seguridad social como en la distribución de la facturación de servicios entre los distintos tipos de proveedores de atención médica, ya que aproximadamente el 65% de los ingresos del sistema se paga por contratos de provisión privada de servicios e insumos de salud. Si bien las modalidades de contratación utilizadas por las Obras Sociales para las compras de servicios de atención médica y paramédica se corresponden con diferentes formas de remuneración

de los servicios -tales como pago por prestación o arancel, capitación, contratación asalariada y cartera fija- la que prevalece es la primera y toma como precios de referencia los establecidos en dicho Nomenclador (World Bank, 1987, pág. 50).

Al establecer un estándar de precios relativos a nivel nacional, el Nomenclador indujo formas de especialización, patrones de adquisición de equipos de diagnóstico y tratamiento, cronogramas de recuperación de las inversiones de capital, etc., constituyéndose así en determinante central de la conducta económica de los agentes prestadores. Además, desde el punto de vista del proveedor del servicio, el Nomenclador brinda una cobertura incompleta de los costos reales de provisión del mismo (situación que se ha agudizado en los últimos años); por ello, los médicos se ven impelidos a cobrar un pago adicional a fin de financiar la diferencia entre el arancel nominal y el "arancel deseado", con lo que resulta cada vez más frecuente observar el pago de bonos complementarios por parte de los usuarios.

Al respecto, el reciente informe del Banco Mundial comenta: "Sin embargo, en los últimos años, la diferencia entre los aranceles fijados y los realmente cobrados por el sector privado han estimulado la demanda por seguros privados para cubrir el 'plus'. Es ampliamente conocido que pacientes privados hacen sustanciales pagos no autorizados a sus médicos. Este 'plus' asegura tratamiento preferencial, pero no entra en los récords oficiales. Expertos aseguran que estos pagos han estado aumentando, particularmente por servicios quirúrgicos, y que ascienden a diez por ciento o más del pago total a los proveedores privados" (World Bank, 1987, pág. 50).

Tanto el importante incremento de demanda por ampliación de la cobertura -y, por consiguiente, el incremento del gasto- como los incentivos provistos por el Nomenclador Nacional, indujeron la aparición de profundos cambios en el funcionamiento de los mercados médicos locales a lo largo de los últimos años. Por un lado, aumentó la participación de las tasas de uso de las prácticas especializadas, asociadas al uso de equipos sofisticados y de técnicas de diagnóstico y tratamiento que requieren mayor tiempo de especialización del profesional; por otro lado, el número de profesionales que toman parte en la "interconsulta" creció con respecto al modelo organizativo de la atención ambulatoria convencional. Ambos factores constituyen modificaciones de gran importancia en la organización social de la medicina en nuestro medio con no menos importantes impactos en los niveles y la composición del gasto de las Obras Sociales.

Así, el progresivo aumento del número de profesionales que intervienen en la resolución de un diagnóstico y tratamiento derivó en la complejización del acto médico y en el crecimiento de su costo global. "Por otra parte, el incremento de la tecnología médica ha conducido a una intensificación de su utilización complejizando la atención. Según datos disponibles de algunas obras sociales, el incremento de prácticas especializadas por beneficiario/año en el período 1970-77 triplicó el incremento de la tasa de consulta por beneficiario/año, es decir que no sólo las obras sociales incrementaron su participación en la cobertura de la demanda de servicios, sino que éstos incrementaron su complejidad." (INOS, 1986).

Un trabajo reciente de Molinero *et al.* (1987) que analiza el gasto y las prestaciones de un conjunto de Obras Sociales, muestra que, si bien prácticas tales como ecografías, tomografías, cobaltoterapia, centelleografía, y otras, participan con sólo el 11% del total del número de prestaciones ambu-

latorias, su peso dentro del gasto ambulatorio es del 29,8%. (Molineró *et al.*, 1987). Al respecto -según mencionáramos previamente-, la situación argentina no es un fenómeno aislado en el contexto internacional. La actitud hacia la incorporación de este tipo de equipamiento está influida, por un lado, por los diversos mecanismos de reembolso del gasto y, por otro, por el fuerte elemento de prestigio, así como por la imperfecta información que rodea al nuevo conjunto de prácticas especializadas.

En fecha reciente, comienza a percibirse cierto cambio de actitud en esta materia. Este cambio se asocia al hecho de que el balance de costos y beneficios en el uso de estas nuevas tecnologías dista francamente de ser alentador. Esta situación está llevando a un creciente control en su utilización por parte de gobiernos de países como Canadá o el Reino Unido (Banta y Russell, 1982).

Sin embargo, es importante observar que el sistema prestador doméstico -a pesar de estar fuertemente influido por esta nueva tecnología de diagnóstico y tratamiento- emplea en una elevada proporción los recursos humanos calificados. Esto responde al hecho de que la consulta ambulatoria posee en nuestro país un fuerte peso relativo *vis a vis* la internación, particularmente cuando comparamos nuestro modelo prestacional con el de otros países, como, por ejemplo, Estados Unidos. Al respecto, un trabajo reciente del INOS comenta: "En el análisis de la utilización de servicios, medido en función del gasto médico-asistencial de las Obras Sociales, surge que la atención ambulatoria representa un gasto mayor que la internación, hecho éste que refleja una realidad del modelo prestador vigente..." (INOS, 1986).

De todas formas, esa mayor incidencia relativa de la consulta ambulatoria, aunque contrarresta en parte el efecto "capital intensivo" de la creciente complejización del acto médico y la incidencia que ello tiene sobre su costo, es insuficiente; lo cierto es que el acto médico ha ido reclamando una creciente participación del gasto de bolsillo del usuario final frente a la imposibilidad del sistema de Obras Sociales de cubrir, a partir de recursos propios, el crecimiento absoluto que aquél ha experimentado.

Un reciente estudio de Consultores en Ciencias de la Salud (CONCISA) ilustra sobre los efectos que produce contemporáneamente el aumento del gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud influido, al igual que en el resto del mundo, por el aumento estructural de los costos de atención médica y el envejecimiento de la población, y sobre la cobertura efectiva brindada por la seguridad social:

"El nivel de participación del gasto privado, 38,1%, es superior al de años anteriores. Este fenómeno no debiera resultar demasiado sorprendente si ponderamos la caída relativa del gasto público, las dificultades reseñadas de las Obras Sociales y el comportamiento de un modelo prestacional que avanzó y avanza sobre el gasto directo como mecanismo de financiamiento."

"Adviértase que en el año elegido para el estudio los aranceles de las prestaciones financiadas por la Seguridad Social todavía eran mayoritariamente respetados por los prestadores. Poco tiempo después, profundizándose hacia el presente, se registró un generalizado desborde del sistema, expresado en un incremento de precios por encima y fuera de los valores

arancelarios oficiales que recayó sobre el bolsillo del público a través del cobro de sobrepagos, aranceles diferenciales, etc. En consecuencia, es dable suponer que el peso del gasto directo de las personas puede ser aún mayor en el presente."

Este estudio reconoce también el aumento de los costos de la atención médica y los mayores precios de los fármacos aparecidos en los últimos tiempos (CONCISA, 1987, págs. 27 y 28).

Además del incremento en el costo de la atención médica por las innovaciones tecnológicas, introducidas vía nuevos caminos terapéuticos (especialidades y subespecialidades), equipamiento y fármacos, costos que imperfectamente se ha intentado controlar a través del Nomenclador, la débil fiscalización del sistema permitió la aparición de formas organizacionales del acto médico que conllevan prácticas recurrentes de sobreprestación. Sólo a título de ejemplo vaya la siguiente cita referida al tema de partos y cesáreas. "El parto institucional se acompaña en muchos casos de una elevada incidencia de cesáreas; esto se ha observado especialmente en los partos atendidos en establecimientos privados contratados por la Seguridad Social. Existen estudios en algunas obras sociales que indican una tasa de cesáreas, entre el 20 y el 35% entre sus beneficiarias, mientras que en los establecimientos públicos es de alrededor del 8%." (Ministerio de Salud y Acción Social (M.S.A.S.) y Oficina Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), 1985, pág. 99). Sin duda puede hallarse idéntica evidencia para apendicectomías, uso de diagnóstico por imágenes, estudios bioquímicos, prácticas odontológicas, etcétera.

Un trabajo reciente del INOS (1986) también comenta las diferencias de precios y calidad en los diversos mercados regionales que pueden reconocerse a lo largo del país y el distinto tipo de relación contractual que allí se entabla entre la oferta de servicios de atención de la salud y su demanda, representada por la seguridad social: "La mayor parte de las Obras Sociales tiene sus sedes centrales en la Capital Federal, donde se concentra además la casi totalidad de la capacidad asistencial propia instalada por dichas entidades. En líneas generales, en el interior del país, predominan los contratos mediante el pago por prestación (a valores del Nomenclador Nacional), con entidades colegiadas o agremiadas profesionalmente, en tanto que en las áreas metropolitanas (Buenos Aires, Rosario, Córdoba), prevalecen los contratos con prestadores directos, ya sea mediante pago por prestación o por capitación, así como los servicios propios. (...) Los beneficiarios de las áreas más densamente pobladas gozan de una mayor cantidad y calidad de servicios, y éstos se hallan más concentrados."

Según se deduce de lo discutido precedentemente, el gasto del sistema de la seguridad social médica resulta determinado por varios factores. Entre ellos resaltan : a) el número y las características de los beneficiarios; b) la cobertura brindada por cada ente de Obra Social; c) el poder relativo de negociación de los diversos grupos prestadores; d) la modalidad de contratación; e) la rentabilidad relativa que subyace a cada una de las prácticas médicas incluidas en el Nomenclador; f) los mecanismos y la efectividad de la política de control de gestión del Estado en este campo, etcétera.

Así, el gasto en atención médica de las Obras Sociales pasó del 2,2% del PBI en los años 1970-1971 al 2,6% en 1980, y al 3,0% en 1984. Esta última ci-

fra da un promedio de gasto por beneficiario por año cercano a los 85 dólares estadounidenses (INOS, 1986). La estimación de CONCISA para 1985 sitúa el gasto de la seguridad social en el 3,2% del PBI, siendo el gasto *per capita* de 95 dólares, aproximadamente: "El gasto total del sector representa con el 39,2% una participación mayor en el total del gasto en salud que las registradas en los años 70 y 80, del 26,2% y 35,8% respectivamente. Con ello el sector continúa -en términos relativos- con una tendencia expansiva como agente financiador." (CONCISA, 1987, págs. 59 y 60).

Estas cifras de gasto promedio del sector distan mucho de mostrar su heterogeneidad financiera -por la diversidad en los recursos disponibles y en la capacidad de gasto por beneficiario de las distintas Obras Sociales- y su heterogeneidad en cuando a grados de cobertura y de calidad ofrecidos por cada una de las instituciones. Así, por una parte, existe un pequeño número de instituciones -los institutos de administración mixta- que concentra aproximadamente el 40% de los beneficiarios y más del 50% del gasto del sistema; y, por otra, el gasto por beneficiario del conjunto de las Obras Sociales Sindicales representa apenas entre el 30 y el 50% del gasto promedio de las instituciones más beneficiadas (CONCISA, 1987, págs. 60 y 82). Este tema, y la inequidad distributiva que el mismo involucra, merecen un comentario más detallado.

Por una parte un grupo compuesto por Obras Sociales como ISSB (Bancarios), ISSPSRCAYP (Seguros), INSSJP (PAMI), e IOSME (Hacienda), exhiben indicadores de gasto *per capita* de 120,8, 116,2, 105,9 y 104,1 dólares, respectivamente; por otra parte, se observa la situación de un subconjunto de Obras Sociales que incluye a ISSARA (rurales), OSECAC (Comercio), ISS (Vidrio), IOSPMS (Salud y Trabajo) e ISSPICA (Carne), cuyos indicadores respectivos de gasto son 26,1, 30,7, 41,4, 52,5 y 54,9 dólares por beneficiario. Además, corresponde señalar la elevada participación del INSSJP (PAMI) en el gasto del primer grupo. En realidad, dicha entidad tiene un peso crucial dentro del sistema en su conjunto, ya que representa más del 50 % del total gastado por los institutos de administración mixta y prácticamente una cuarta parte del total de gastos del conjunto de Obras Sociales.

La importancia dentro del conjunto del caso PAMI -cuya población beneficiaria difiere de la de las restantes Obras Sociales- nos ha indicado la conveniencia de efectuar un análisis pormenorizado de su funcionamiento, que presentamos algo más adelante en este capítulo.

Continuando con nuestro examen de las fuertes desigualdades del sistema, observamos que esa situación también existe al comparar Obras Sociales sindicales y provinciales. Con respecto al conjunto de las sindicales, el promedio de gasto por beneficiario/ año estimado por CONCISA es de 50 dólares para 1985, pero con una importante dispersión: Luz y Fuerza 75,7 dólares, SMATA 116,5 dólares, Gastronómicos 62,1 dólares, UTA 61,4 dólares, Textiles 61,2 dólares, mientras que FOTIA sólo gasta 8,3 dólares por beneficiario/año, UTEDYC 33,1 dólares, Alimentación 34,3 dólares, Madereros 37,9 dólares y Vitivinícolas 40,8 dólares. Una situación similar existe en las Obras Sociales provinciales: si bien el promedio es de 102,7 dólares, se observa un amplio rango de valores que van desde los 20,9 dólares del IPROS rionegrino y los 24,6 dólares del IPSST tucumano, a los 145,9 dólares del IOMA bonaerense y los 184 dólares del ISSN neuquino (Véase CONCISA, 1987, págs. 26, 65 y 72).

Como vemos, al igual que hace varias décadas, también en nuestros días la variación en gastos por beneficiario sigue siendo significativa.

## **7. Los problemas del "modelo financiero" de la seguridad social médica. El Fondo de Redistribución**

El financiamiento de la atención médica por parte de la seguridad social se basa fundamentalmente en una cuota fija sobre la nómina salarial -7,5%- que se conforma con un 4,5% a cargo del empleador y un 3% a cargo de los trabajadores. El reciente estudio de CONCISA comenta las diferencias en la recaudación de las instituciones de la seguridad social médica: "Las capacidades recaudatorias son disímiles y muy difíciles de evaluar. Las entidades que recaudan del Estado o de las grandes empresas en general no sufren evasión; en cambio, aquéllas que tienen sus beneficiarios entre grupos de pequeñas empresas o tipos de actividad de difícil control, como los trabajadores de la construcción, comercio o rurales, padecen serias dificultades para garantizar una plena recaudación." (CONCISA, 1987). El documento del Banco Mundial también se refiere a la evasión: "Ha sido sugerido que la tasa de evasión de los impuestos que soportan a las Obras Sociales podría ser igual a la de la seguridad social en general, estimada en documentos gubernamentales no publicados en 10% en 1980, 22% en 1981, 24% en 1982 y 33% en 1983. La evasión puede ser aún mayor en 1986." (World-Bank, 1987, pág. 50).

Por otra parte, algunas instituciones tienen recursos especiales, como las de Bancarios y Seguros en las que la participación de los recursos no basados en las remuneraciones alcanzó al 46,8 % y al 30,5 % de los totales recaudados. Una situación similar se observa en diversas Obras Sociales de reparticiones y empresas estatales. Sin duda, estas diferencias en los recursos *per capita* guardan correlación con la diferente capacidad de gasto por beneficiario que exhiben las distintas instituciones.

Un tema importante en el "modelo financiero" de los servicios de salud es el llamado "Fondo de Redistribución", establecido por los artículos 21º y 22º de la ley 18.610 y modificado por el artículo 13º de la ley 22.269 -cuya administración está a cargo del INOS. "El mismo se integra fundamentalmente con: a) el 10% de los recursos de las obras sociales provenientes de aportes y contribuciones; b) el 60% de los ingresos de las obras sociales provenientes de recursos de distinta naturaleza (no basados en la remuneración salarial, y originados por lo general en impuestos sobre la actividad económica relacionada con los beneficiarios de la obra social como bancarios, seguros, Secretaría de Hacienda, etc.). El destino de estos fondos está regido por el art. 14º de la misma ley, autorizando el otorgamiento de apoyos financieros que en un 90% deberán estar destinados a prestaciones médico-asistenciales." (INOS, 1986). Sobre este tema el documento del Banco Mundial comenta: "Cada Obra Social es requerida por ley a transferir 10% de sus ingresos ordinarios, y 60% del ingreso de recursos específicos (intereses, comisiones bancarias y primas de seguros) al Fondo de Redistribución manejado por INOS. El Fondo fue específicamente creado como un instrumento de la seguridad social para asistir a las Obras Sociales más pobres. A tal efecto, 10 % de todo el ingreso de la seguridad social podría tener un efecto redistributivo significativo y podría transformarse en una palanca importante para cambios de

política. En el pasado, sin embargo, el Fondo ha fracasado en alcanzar estos objetivos. Las Obras Sociales demoran estos pagos con lo que la inflación erosiona su valor real -un decreto presidencial ordenando al sistema bancario deducir los fondos de los depósitos de Obras Sociales para pagar al INOS podría resolver esta fuente de evasión- y el poco dinero reunido por el Fondo es sólo usado para balancear los déficits de fin de año de las entidades." (World Bank, 1987, pág. 51).

## **8. La interrelación entre el sector de la seguridad social y el sistema de hospitales públicos: utilización de este último por la población sin cobertura médica**

Un último tema que merece atención antes de cerrar el presente análisis de la situación contemporánea del sistema de Obras Sociales, es la elevada utilización "no arancelada" del hospital público -tanto nacional como provincial o municipal- y el claro elemento de subsidio que ello implica en la medida en que las Obras Sociales, especialmente aquéllas de menores recursos, transfieren al área pública el peso económico de la cobertura de sus beneficiarios.

El citado documento del M.S.A.S. y la O.P.S. sobre la situación de salud en Argentina menciona que -según una encuesta realizada en 1976- en los hospitales públicos de la Capital Federal "alrededor de un 60% de las personas asistidas contaban con alguna cobertura de obra social. La experiencia de otras jurisdicciones señalaba situaciones similares, ya bien conocidas por otra parte, aunque raramente cuantificadas y estudiadas." (M.S.A.S. y O.P.S./O.M.S., 1985, pág. 250). Esta situación tiene que ver, por una parte, con la menor capacidad financiera por afiliado de las Obras Sociales más pequeñas, que necesitan de este subsidio implícito para poder brindar una cobertura de servicios formalmente similar al resto de las instituciones de la seguridad social; y, por otra parte, tiene que ver con el desarrollo histórico del sistema que, desde sus comienzos, se basó en la gratuidad del hospital público.

Sobre este tema el documento del Banco Mundial dice: "Debido a que las Obras Sociales más pobres proveen inadecuados servicios, sus miembros a menudo prefieren buscar atención en centros de atención del sector público. En otras ocasiones las Obras Sociales deliberadamente usan los hospitales públicos como lugar para enfermos crónicos o aquéllos que requieren tratamientos muy costosos. En principio, la Obra Social debería reembolsar a los gobiernos federales, provinciales o municipales por esos servicios, pero en los hechos no lo hace. Los montos no pagados se estiman como sustanciales. Las Obras Sociales son de esta forma indirectamente subsidiadas, y varias de las más pobres podrían incurrir en importantes déficits si fuesen compelidas a cubrir los costos reales." (World Bank, 1987, pág. 53).

También C. Marracino se refiere a este tema en los siguientes términos: "El actual Hospital Público expresa el sentido de una política de subsidio del Estado que originariamente fue destinada a los carenciados, pero que también abarcó a beneficiarios del Sistema de Obras Sociales y que está basada en el financiamiento estatal (a través de los presupuestos Nacionales, Provinciales y Municipales), que actúa como un subsidio indirecto de la Seguridad Social." (Marracino, julio-agosto 1986).

Así, resulta razonable suponer que si el sector público se retirase como en-

te que absorbe -total o parcialmente- prestaciones que deberían ser cubiertas por la seguridad social, el precario equilibrio financiero-prestacional alcanzado en la actualidad por la seguridad social sería difícil de sostener y la cobertura real que ella brinda experimentaría un considerable deterioro.

## **9. La ampliación de la cobertura previsional: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y el Programa de Atención Médica Integral (PAMI)**

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), con su Programa de Atención Médica Integral (PAMI) fue introducido en el sistema previsional argentino, hacia fines de 1970, durante la gestión del Ministro Manrique en la cartera de Bienestar Social. "Hasta entonces un grupo reducido de jubilados y pensionados recibía prestaciones médico-asistenciales a través de las obras sociales a las que habían estado afiliados como activos y que contemplaban la continuidad de los servicios para los jubilados. La gran mayoría, entre ellos los autónomos, no tenía ninguna cobertura médica." (Feldman *et al.*, 1986, pág. 69).

Entre los fundamentos de la ley 19.032, de creación del INSSJP, se estableció que "el Instituto tendrá por objeto principal brindar por sí mismo o por intermedio de terceros, servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud, de los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y de su grupo familiar primario. Podrá hacer extensivo el régimen de las prestaciones a las personas de 60 años o más aún, no jubiladas ni pensionadas o de cualquier edad imposibilitadas para trabajar, o a aquéllas que gocen de pensiones graciables a la vejez o por las leyes especiales." (M.S.A.S. y O.P.S., 1985, pág. 113).

Algunos rasgos caracterizan y distinguen al programa PAMI -programa del INSSJP- del resto de las Obras Sociales. En primer lugar, no sólo participa con la cuarta parte del gasto total del sistema de Obras Sociales, sino que figura entre las instituciones de más elevado gasto *per capita* debido a la prevalencia de enfermedades crónicas por la mayor edad promedio de sus beneficiarios. En segundo lugar, cubre a una amplia y heterogénea población. Finalmente, su financiamiento proviene de fuentes diversas que explicitemos a lo largo de esta sección.

Un trabajo reciente de L. Golbert destaca los efectos del envejecimiento poblacional sobre los gastos de atención médica y la relación que ello guarda con la situación financiera de la seguridad social: "El envejecimiento de la población coloca a la sociedad ante un gran problema: un gasto creciente en la seguridad social y recursos cada vez más escasos como consecuencia, justamente, del envejecimiento de la población." (Golbert, 1987, pág. 1).

Los cambios tecnológicos ocurridos en las últimas décadas en el campo médico y farmacéutico, unidos al mejoramiento de la calidad de vida operado en diversas sociedades a través de acciones de salud tales como el saneamiento ambiental, el cambio en los hábitos de vida, etc., han tenido un impacto importante sobre la estructura etárea de la población; esto derivó en cambios en la demanda de atención médica: la demanda de cuidados por enfermedades crónicas aumentó en mayor proporción que la de las enfermedades agudas: "... los adelantos médicos en la prevención y control de las enfermedades infecciosas que antes eran fatales, posibilitaron que un número cada vez ma-

yor de personas lleguen a una edad en que se hacen más vulnerables a las enfermedades crónicas."

"El aumento en la esperanza de vida no va asociado a una reducción significativa de la morbilidad, sino a un aumento en las enfermedades crónicas que requieren atención médica." (Golbert, 1987, pág. 5). En la República Argentina, al igual que en otras sociedades, aumentó sustancialmente la esperanza de vida al nacer: pasó de 40 años en 1895-1914 a 68,7 años en 1975-1980. Este aumento derivó en importantes cambios de la pirámide poblacional, ya que el grupo de más edad -65 años y más- pasó del 5,7 % del total de la población en el censo de 1960 al 8,17 % en el de 1980, y las proyecciones futuras sitúan a este indicador en 8,9 % y 9,7 % para 1990 y 2010, respectivamente (M.S.A.S. y O.P.S., 1985, págs. 28, 29, 30 y 31).

Entre la población beneficiaria del PAMI, constituida principalmente por los jubilados y pensionados del Régimen Nacional de Previsión y por sus grupos familiares primarios, encontramos que estos representan el 43 % del total de afiliados; dicha población muestra una significativa heterogeneidad tanto en lo étnico como en lo sexual, porque la cobertura de familiares directos determina que el 26% del total de beneficiarios tenga menos de 60 años; a esto se suma una neta preponderancia de mujeres el 63% de los beneficiarios del PAMI.

Dichas heterogeneidades -étnica y sexual- no sólo determinan una significativa diversificación de la demanda de servicios médicos y asistenciales del programa, sino que también repercuten notablemente sobre los niveles de costos del mismo: se detecta una mayor utilización de atención médica entre la población femenina y de tramos étnicos más viejos (Golbert, 1987 y Molinero *et al.*, 1987, pág. 4).

A esto se agrega otro aspecto que juega un papel relevante en el tipo de atención médica requerida y en el gasto que de ella deriva: nos referimos, por un lado, al tipo de patología de este grupo de usuarios y a su frecuencia y, por otro lado, al tiempo de recuperación del paciente "típico". Dado que prevalecen los enfermos crónicos, los días de convalecencia son más que los del resto de los enfermos de la seguridad social. Ambos hechos -tipo de patología y frecuencia- resultan, sin duda, en un mayor gasto por beneficiario/año.

Todo lo anterior explica la importante participación del gasto de PAMI en el sistema de Obras Sociales. Como ya se dijo, según los datos de 1985, alcanza casi a una cuarta parte del total del gasto del sistema y llega a 173 dólares por beneficiario (CONCISA, 1987, págs. 66 y 17).

Este fenómeno se observa también en otras sociedades de estructuras étnicas envejecidas: "La frecuencia de la enfermedad, su 'severidad', así como la complejidad del tratamiento requerido están estrechamente relacionados con el aumento de la edad. Los gastos médicos de las personas de más de 65 años de edad representan más del doble del gasto de los más jóvenes, y esta proporción va aumentando con la edad. En Japón los gastos médicos *per capita* son tres veces mayores en el grupo de 65-69 años que en el de 15-64, aumentándose a más de 5 para el grupo de 70 y más. En Gran Bretaña, los individuos de más de 73 años gastan más del doble de los que están entre 65 y 74 años y 8 veces más que los del tramo 15-64." <sup>3</sup>

<sup>3</sup> International Monetary Fund, "Aging and Social Expenditures in the Major Industrial Countries, 1980 - 2025", Washington D.C., 1986, citado por Golbert (1987).

El gasto en atención médica y medicamentos representa más del 80% de los egresos del Instituto. Entre 1978 y 1981 ambos rubros aumentaron un 44% en forma conjunta, aunque su evolución fue totalmente diferente, según la información disponible a partir de 1980: entre este año y 1985 el gasto en prestaciones médico-asistenciales aumentó el 9,5%, mientras que el correspondiente a medicamentos lo hizo en 133,7%. Además, entre 1981 y 1985 el aumento en el número de prestaciones de alta complejidad, que se pagan por acto realizado y son de alto costo unitario, fue del 340% en tomografía axial computada (pasaron de 4.487 prácticas facturadas a 15.045), 800% en ecografía, excluido ecocardiogramas (de 2.334 prácticas a 11.640), y 400% en Cámara Gamma (de 1.870 prácticas a 8.255).<sup>4</sup>

La estructura de los servicios del PAMI está organizada en tres niveles:

- a) El nivel primario tiene como eje central al médico clínico general, denominado "de cabecera", que el paciente elige entre una lista de profesionales contratados directamente por el INSSJP en la zona de la Capital Federal y conurbano. En pueblos y ciudades del interior, dicha elección se realiza entre los médicos que trabajan para las Asociaciones de Obras Sociales (ADOS) contratistas del PAMI o mediante la "libre elección" entre los afiliados al Círculo Médico de la jurisdicción del beneficiario. Este nivel incluye consulta médica en consultorio, visitas domiciliarias, urgencias, apoyo diagnóstico de laboratorio y radiología, disponibilidad de servicios de enfermería domiciliaria y otras actividades de asistencia de la vida cotidiana.
- b) El segundo nivel está integrado por los servicios de interconsulta especializada, los estudios especiales y los servicios de internación programada y/o urgencia; para ello, el "médico de cabecera" del primer nivel deriva hacia efectores previamente designados vía contratación por capitación, aunque en algunos lugares el segundo nivel no está "capitado", existiendo allí la posibilidad de "libre elección". Incluye cirugía general y especial, cardiología, ginecología, hematología, oncología, gastroenterología, obstetricia, pediatría, reumatología, urología, terapia intensiva y unidad coronaria.
- c) El tercer nivel tiene como finalidad la prestación de atención médica a los beneficiarios que padecen de afecciones prolongadas, prestaciones que incluyen prácticas diagnósticas en cardiología, en medicina nuclear, en neurología, en neurocirugía, en nefrología, en oftalmología, en hemoterapia, en genética humana, trasplantes de riñón y tomografía computada, como también prácticas terapéuticas en cardiología y medicina (M.S.A.S. y O.P.S., 1985, pág. 118).

El Instituto tiene también un programa, denominado PASI, destinado a aquellos pacientes que no requieren internación institucional; incluye visitas

<sup>4</sup> Canitrot, Carlos, "Impacto de la tecnología moderna en la seguridad social", 1986, citado por Golbert (1987).

médicas, atención de enfermería y ayuda doméstica. (Molineró *et al.*, pág. 130).

En general, el PAMI tiene muy poca capacidad instalada propia, por lo cual compra la gran mayoría de los servicios e insumos de salud que sus beneficiarios requieren. Para los niveles primero y segundo, el INSSJP contrata la prestación de servicios de dos formas: 1) Directamente con efectores privados, sean estos profesionales o instituciones de diagnóstico y/o tratamiento, o sanatoriales, retribuyendo los servicios por "capitación". El paciente puede seleccionar el profesional o la institución entre aquellos contratados por el Instituto; ésta es la situación predominante en el área de la ciudad de Buenos Aires y el Conurbano. 2) En ciudades y pueblos del interior, el PAMI contrata generalmente con los Círculos Profesionales y de Efectores Institucionales o con las Federaciones que los agrupan, mediante "capitación". Los profesionales o efectores afiliados prestan sus servicios mediante el sistema de pago por prestación realizada. En algunas áreas del interior del país el PAMI contrata con la ADOS local -Asociación de Obras Sociales- que, por lo general, tiene capacidad instalada propia y profesionales contratados en forma asociada.

Para el tercer nivel, el INSSJP contrata con prestadores individuales o institucionales privados, pagando por prestación efectuada.

La financiación del PAMI está íntimamente ligada a la evolución de los ingresos del Sistema Nacional de Previsión. Ahora bien, tanto la población beneficiaria del sistema como el número de beneficios otorgados crecieron a una tasa superior a la del total del país y a la de la población económicamente activa, principal fuente de su financiamiento a través de la recaudación basada en los salarios. En el período que va de 1975 a 1983, el número de jubilados aumentó un 55%, de 1,7 a 2,7 millones, con lo que, hacia 1981, el total de gastos por jubilaciones, pensiones y financiación parcial del programa PAMI alcanzó el 7% del PBI (Golbert, 1987). Esto derivó, a partir de 1978, en una situación de déficit permanente -cerca del 0,5% del PBI. Es en ese período también que el PAMI recibió un fuerte impulso, por el aumento de la cobertura numérica de beneficiarios, principalmente en el interior del país, y por la mejora y el aumento de los servicios brindados. La aparición y el desarrollo del PAMI en el escenario previsional argentino se produce poco tiempo después de que se registraran importantes ampliaciones de la cobertura del Sistema Nacional de Previsión, sistema que es una de las principales fuentes financieras del INSSJP. Es decir, la incorporación durante los años 1960 y 1970 de sectores antes no beneficiados a las cajas jubilatorias, tuvo un significativo impacto financiero sobre el sistema jubilatorio y, en consecuencia, sobre el PAMI. El número de beneficiarios del Sistema Nacional de Previsión se triplicó entre 1961 y 1980, cifra que corresponde aproximadamente en un 56% a las incorporaciones de autónomos, rurales y domésticos. Entre dichas incorporaciones predominó la mujer, con menores años de aportes y más temprana edad de retiro; a esto se sumó el otorgamiento de numerosas pensiones a la viudez. Tales situaciones provocaron posteriores desbalances financieros de las cajas jubilatorias mencionadas, impactando así, indirectamente, sobre el flujo financiero que el Sistema Nacional de Previsión debía aportar al INSSJP para el PAMI -el total de mujeres beneficiarias creció un 207% entre 1966 y 1982 (Feldman *et al.*, 1986, págs. 78 y 80).

Los recursos que contemporáneamente financian al PAMI, estimados en 0,78% del PBI para 1985 (World Bank, 1987, pág. 49), se componen de la siguiente forma: 19% son contribuciones del Tesoro Nacional, 21% provienen

de un impuesto del 1% sobre la nómina salarial, 40% de fuentes especiales como impuestos sobre alcohol, comisiones bancarias y otras, y el resto, 19%, es aportado por los mismos miembros del INSSJP; en 1985 este último aporte representó el 15% del total de erogaciones del Sistema Nacional de Previsión-jubilaciones, pensiones a la viudez y programa PAMI. Esas erogaciones, por otra parte, mostraron una tendencia creciente a partir de 1975-77 (Feldman *et al.*, 1986). Vemos, pues, que los recursos que financian al PAMI se basan en la nómina salarial -tanto los que provienen del impuesto a la misma como los que derivan de la recaudación previsional-, nómina que provee aproximadamente el 40% de su financiamiento total. Dichos recursos están directamente ligados a la situación financiera de las cajas jubilatorias.

## **10. Conclusiones sobre la actual situación de la seguridad social médica y el impacto del envejecimiento de la población beneficiaria**

El extenso análisis del sistema de Obras Sociales hasta aquí realizado, permite avalar, a título de conclusión del presente capítulo, dos párrafos de un reciente trabajo del INOS donde se sintetiza la dramática situación que hoy viven el modelo financiero de la seguridad social y el modelo prestador de servicios que la asiste. Se dice allí: "El actual modelo prestador está en crisis dado que se basa en actividades orientadas a la reparación de los daños sin una buena identificación de los problemas prioritarios. Específicamente es incompleto en su cobertura, especializado, tecnológicamente complejo, desarticulado, con recursos desintegrados entre sí, ineficiente y costoso. Está fuertemente arraigado en la cultura profesional, participa del desfasaje económico del modelo financiero condicionándolo y requiere un replanteo de los objetivos así como un reordenamiento de la red de efectores." En relación con el modelo financiero agrega: "Finalmente cabe señalar que la depresión económica que sufre la población trabajadora en nuestro país provoca consecuentemente una depresión de la capacidad financiadora de las obras sociales frente a los crecientes costos de la atención médica, creando una difícil situación que plantea la imperiosa necesidad de articular y ordenar el sistema, objetivo central de la política de salud. Esta situación es potenciada por el propio comportamiento del sistema efector." (INOS, 1986).

Al cuadro anterior de desfinanciamiento creciente y de un modelo prestador desarticulado, ineficiente y orientado hacia la medicina comercial, se agrega, como consecuencia, otro elemento que cobra cada vez mayor peso en la situación local contemporánea: el incremento del número de situaciones en las que el hospital público queda como última y principal figura efectora en el escenario de la atención de la salud.

El documento del Banco Mundial también comenta las consecuencias de la fragmentación del sistema y de los problemas de los modelos de financiación y prestación de servicios sobre la cobertura y calidad del sistema:

"La combinación de un sector fragmentado entre tantas agencias financiadoras y proveedores, combinado con una debilidad de liderazgo del gobierno, resulta en una cobertura incompleta y una calidad de atención declinante."

"La fragmentación del financiamiento del cuidado de la salud condujo a una costosa proliferación de establecimientos de salud. La multiplicidad de Obras Sociales ofreció oportunidades para los proveedores privados quienes establecieron nuevas facilidades, centros de diagnósticos y hospitales. En principio, esta proliferación de establecimientos podría haber resultado en un mejor acceso y adaptación a las necesidades de grupos específicos. En la práctica, sin embargo, resultó en excesiva fragmentación con economías de escala 'negativas'. Más importante, se crearon duplicaciones de establecimientos, superposición de servicios en áreas 'rentables' como las de rayos X y laboratorios de diagnóstico, centellografía, ecografía, tomografía computada, tratamientos sofisticados como hemodiálisis, en tanto que han subsistido brechas no cubiertas en aquellas 'menos rentables' tales como el cuidado de los ancianos, atención materno-infantil, rehabilitación y atención primaria."

"Además de costosas duplicaciones en infraestructura física, la fragmentación conduce a una diversificación de beneficios la cual crea gran confusión entre consumidores quienes generalmente están desinformados de sus derechos. Ello además hace más difícil para los profesionales médicos el seguimiento de sus pacientes. Finalmente, en la medida en que varios miembros de una familia pueden estar cubiertos por diferentes Obras Sociales, con diferentes beneficios y médicos, el cuidado de la misma por el denominado 'médico de familia' está rápidamente desapareciendo."

"El Gobierno, la Seguridad Social y las agencias privadas sostienen que la calidad de la atención ha declinado marcadamente en los últimos 20 años (...) los consumidores están generalmente insatisfechos y hay indicadores de que la calidad de los servicios ha declinado realmente. Primero, haciendo obligatoria la afiliación a las obras sociales el Gobierno les dio a cada una de ellas una 'población cautiva'. Segundo, las obras sociales ofrecen seguro contra la enfermedad en lugar de proveer reales planes de salud; muchos beneficios están relacionados con la atención curativa en lugar de la preventiva, aunque algunas obras sociales han hecho recientemente importantes progresos en cuidados materno-infantil y de la 'tercera edad'. Tercero, los consumidores (pacientes) han perdido la habilidad de elegir quiénes los atiendan o el médico de familia. El cuidado médico a menudo no está coordinado y está recargado de procedimientos innecesarios y que implican mucha pérdida de tiempo. Los pacientes son frecuentemente referidos por médicos generales a los especialistas, de un lugar de atención hacia otro, y el manejo clínico del paciente se pierde en el proceso. Cuarto, los programas de salud pública en atención primaria, atención materno-infantil, nutrición y drogas básicas son todavía insuficientes. Quinto, en ambos sectores, público y privado, el equipamiento y las instalaciones -excepto para los más sofisticados- están volviéndose obsoletos proveyendo una calidad no confiable de atención".

La eficiencia redistributiva de todo el sistema en cierta forma también tiende a desdibujarse:

"En el sistema argentino de financiamiento del cuidado de la salud, cada grupo de ingresos consigue lo que paga. Los más pobres contribuyen poco a los ingresos generales y reciben poco del sector público. Los grupos de ingresos medios contribuyen más a la seguridad social y consiguen servicios comensurables con sus contribuciones. Finalmente, aquéllos que pueden pagarlo, pueden suplementar los servicios básicos provistos por el sector público y la seguridad social con gastos directos o con seguros de salud privados. El sector público tiene un limitado efecto redistributivo, mientras que la seguridad social incluso podría mostrar un sesgo en sentido contrario. Todas las partes coinciden que el sistema podría ser más equitativo y eficiente." (World Bank, 1987).

## 11. Apéndice histórico

### 11.1. *Antecedentes históricos de la seguridad social en la República Argentina: las sociedades de socorros mutuos en las primeras décadas del siglo*

Hacia fines del siglo pasado, en forma contemporánea a lo ocurrido en otros lugares del mundo, en nuestro país diversos grupos comenzaron a asociarse para la previsión y absorción colectiva de los riesgos de enfermedad. Es así como surgen las asociaciones de socorros mutuos. Entre las variables que inciden sobre el tipo de asociaciones mutuales que empiezan a tomar forma en dicha época, encontramos el principio de connacionalidad -derivado del fuerte proceso inmigratorio-, que constituye el rasgo central sobre el que se edifica el incipiente modelo financiador de servicios de salud que irá delineándose en nuestro medio.

El proceso migratorio transformó la sociedad argentina, la que no sólo creció en números absolutos sino que, en la composición del agregado, fue mostrando una predominante participación extranjera, especialmente en la zona metropolitana de Buenos Aires: los censos de 1869, 1887 y 1895 muestran una proporción de extranjeros superior al 50% del total de la población. Los grupos inmigrantes que predominaron fueron los italianos y los españoles, que en 1904 representaban respectivamente el 24 y el 11% de la población total de la ciudad. Según Díaz Alejandro, de los 6,3 millones de inmigrantes llegados de ultramar entre 1857 y 1930, los primeros aportaron un 46% de la inmigración total y los segundos un 32% (Díaz Alejandro, 1975).

La composición de la población afiliada a las entidades mutuales mostraba una correlación inmediata con dicha prevalencia italiana y española en el flujo inmigratorio. En 1910, de los 150 mil afiliados 40 mil eran de la comunidad italiana y 23 mil de la española.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Bunge, Augusto, "Cuadro General de las Mutualidades en Buenos Aires", 1910, citado en el proyecto Ley de Sociedades de Socorros Mutuos presentado por Angel Giménez a la Cámara de Diputados de la Nación el 30 de setiembre de 1914 (Giménez, 1914).

La población migrante traía incorporadas las características culturales de sus sociedades originales, lo que influyó sobre el pensamiento de los fundadores de las asociaciones de socorros mutuos de nuestro medio. El estadio de desarrollo alcanzado por las mutualidades en diversos países europeos era muy importante. En Francia existían alrededor de siete millones de mutualistas. Inglaterra e Italia ya tenían legislación regulatoria en este campo y Dinamarca contaba incluso con subsidios estatales. En los Países Bajos los orígenes del sistema mutual se remontan a la Edad Media, con las "ghildas", las cofradías y los montepíos (Mastrangelo, 1984 y 1985).

Otro criterio de nucleamiento en asociaciones mutuales fue la pertenencia a una misma rama de la producción; ello dio origen a sociedades denominadas "cosmopolitas". (Belmartino *et al.*, 1987). Algunos sindicatos desarrollados a partir de industrias manufactureras y/o de servicios públicos, como los ferrocarriles, y algunas empresas -en su mayoría de capital extranjero- organizaron entidades mutuales sobre la base de una contribución individual calculada como un porcentaje del salario.

Además de los mencionados criterios de agrupación, en los casos de la Asociación Obrera de Socorros Mutuos, de orientación socialista, y de los Círculos de Obreros Católicos, los factores convocantes fueron principalmente ideológicos y doctrinarios (Belmartino *et al.*, 1987).

Otro de los motivos fundacionales del sistema de la seguridad social en la República Argentina, quizá tan importante como el de la protección de la salud, fue el educacional, ya que el censo de 1904 muestra 27 escuelas financiadas por igual número de instituciones mutuales y que contaban con 3.500 alumnos.

En todos los casos el fin era la prevención y cobertura de uno o varios riesgos que pudieran afectar financiera o físicamente a sus asociados, dada la imposibilidad de una adecuada cobertura individual (Mastrangelo, 1984 y 1985).

Entre 1850 y 1900 se fundan en el país 541 entidades, y entre 1901 y 1925, 811 más, perdurando hasta hoy 464 del primer período mencionado y 598 del segundo (Mastrangelo, 1984 y 1985). El total estimado de afiliados para todo el país a comienzos de siglo era de más de 500.000 (Giménez, 1914); de ellos, según cifras de Bunge, más de 150.000 estaban radicados en Buenos Aires (Giménez, 1914) y esa población permaneció aparentemente estable durante el siguiente cuarto de siglo, ya que el censo de 1927 muestra 1.141 asociaciones de socorros mutuos con 552.986 afiliados. De acuerdo con el estudio de Bunge, de los 151.248 afiliados a las mutualidades existentes en 1910 en la ciudad de Buenos Aires un 48% lo estaba a cajas patronales, un 45% a mutualidades de diferentes nacionalidades -entre las que predominaban las comunidades italiana y española con 26,7% y 15,3% de la población afiliada- y solamente un 7% a lo que podrían considerarse como mutualidades obreras ligadas a la inserción ocupacional. Además de la población afiliada a estas sociedades de socorros mutuos existían también los círculos obreros, con 10 mil afiliados, y las empresas de asistencia médica, con 91 mil cotizantes aproximadamente. De modo que los círculos obreros y las empresas de previsión y asistencia médica pueden considerarse también como parte del sistema de seguridad social de la época, con lo cual su cobertura se aproximaba a 252 mil personas para el área de la ciudad de Buenos Aires, cifra nada despreciable, ya que representaba el 27% de la población de la ciudad.

La población afiliada mostraba las siguientes características relevantes para la determinación de la estructura de la demanda de los servicios de salud:

- a) Era predominantemente masculina: de los 250 mil afiliados, 173 mil eran varones (69%), 46 mil mujeres (18%) y 34 mil niños (13%).
- b) De baja edad promedio: en 1914 el 82,5% de la comunidad española y el 73,4% de la italiana tenían entre 10 y 49 años (Nascimbene, 1986).
- c) Con cierta predominancia a las enfermedades infecto-contagiosas y venéreas. Estas afectaban fundamentalmente a la población económicamente activa y a la infanto-juvenil, ya que la población mayor de 50 años era sólo el 5,5% de la totalidad del país. Dichas enfermedades eran de fácil contagio por la deficiente alimentación y las pobres condiciones laborales y habitacionales en que vivía la mayor parte de la población a principios de siglo. Obviamente, la no existencia de antibióticos dificultaba el control de tales patologías. Cabe destacar que este grupo de enfermedades no sólo incidía sobre el cuadro de morbilidad corriente, sino también sobre la capacidad laboral de largo plazo del individuo afectado y del grupo en el cual convivía.

Así, la composición étnica de los afiliados junto con la predominancia masculina le confieren al mutualismo características de seguro contra accidentes y enfermedades derivados de los medios laborales y habitacionales, por una parte, y contra patologías de etiología sexual, por otra.

La cobertura de riesgos prevista por las distintas instituciones mutualistas no era homogénea. Casi todas ofrecían asistencia médica, sanatorial y farmacéutica y muchas también incluían en sus servicios subsidios temporales por desempleo, pensiones a la vejez y por incapacidad derivada de accidentes de trabajo o enfermedades, educación primaria y superior, etcétera (Gafuri, 1939).

No eran demandados con la frecuencia que se observa en la actualidad los servicios de atención obstétrica y neonatal -por el perfil predominantemente masculino de la población afiliada-, la internación sanatorial de crónicos -por la escasa cobertura ofrecida en ese aspecto por el sistema- y la cirugía -por el incipiente desarrollo tecnológico de la medicina quirúrgica en esa época.

La financiación de la demanda de atención médica de las instituciones mutuales, se puede analizar a partir de los pormenorizados estudios que realizaron Bunge y Nasino de los balances de ingresos y gastos del sistema de dichas instituciones para los años 1910 y 1913, respectivamente; el primero de dichos autores muestra, para 1910, una enorme dispersión entre entidades, tanto en los ingresos como en los gastos por beneficio. Como sucede actualmente, dicha dispersión no parece haber estado correlacionada con la cobertura y la calidad de los servicios provistos por cada institución. Esto se observa con claridad en el cuadro III.1.

Así, pues, el incipiente sistema de seguridad social presentaba desde su origen rasgos de desigualdad e inequidad del tipo de los que hoy exhibe. El mensaje del proyecto presentado por Angel M. Giménez en 1914 a la Cámara de Diputados menciona la diferente capacidad financiera por afiliado entre instituciones, el desigual peso en la estructura de costos de los gastos administrativos según se trate de mutualidades chicas o grandes, el consiguiente cuadro prestacional altamente inequitativo, etc. Todo esto ocurre en un contexto en el que el sistema muestra falta de coordinación y fiscalización a nivel agregado, rasgo a cuya solución apuntaban, en dicho proyecto de ley, los

Cuadro III.1. Cuadro General de las Mutualidades en Buenos Aires. Año 1910

<i>A - Mutualidades propiamente dichas</i>									
<i>Grupos de Mutualidades</i>	<i>Total de socios</i>	<i>Recibido por cuotas por socio</i>	<i>Promedio gastado por socio activo</i>				<i>% cuotas devueltas en el año</i>	<i>% gastos Adminis. y generales</i>	
			<i>por subsidio</i>	<i>por medicamentos</i>	<i>por médico</i>	<i>Total por asistencia</i>			
I. Cajas Patronales (1)	71.881	14,08	4,40	3,30	6,10	14,50	95,0	8 (3)	
II. Argentinas y cosmopolitas (2)	10.356	18,00	1,40	3,90	4,80	11,10	57,0	20 (3)	
III. Italianas									
a) con más de 1000 Inscriptos	30.282	13,60	4,50	3,60	3,70	11,60	86,0	n/d	
b) con 500 a 1000 Inscriptos	4.798	12,80	1,70	2,80	2,50	6,90	54,0	n/d	
c) con menos de 500 Inscriptos	5.181	12,90	1,50	2,50	2,00	5,80	45,0	n/d	
d) total Italianas	40.261	13,40	3,80	3,40	3,30	10,30	77,0	n/d	
IV. Españolas	23.088	13,80	3,70	3,00	3,60	11,20	93,0	12 (3)	
V. Francesas	1.726	14,50	4,80	3,40	4,40	11,70	85,0	12 (3)	
VI. Suizas	966	9,10	4,00	1,30	3,60	8,40	92,0	18 (3)	
VII. Israelitas	2.981	7,40	1,40	2,30	3,50	6,50	87,0	35 (3)	
<b>Total general de mutualidades</b>	<b>151.248</b>	<b>14,02</b>	<b>4,00</b>	<b>3,20</b>	<b>5,40</b>	<b>11,90</b>	<b>84,7</b>		
<i>B - Pseudo Mutualidades</i>									
I. Empresas de Asist. Médica	90.936	9,10	0,70	1,90	2,30	4,50	48 (4)	n/d	
II. Círculos Católicos de Obreros	10.579	10,20	1,40	1,90	2,40	5,80	57 (4)	n/d	
<b>Total general de pseudo mutualidades</b>	<b>101.515</b>	<b>9,20</b>	<b>n/d</b>	<b>1,90</b>	<b>2,10</b>	<b>4,50</b>	<b>49,70</b>	<b>n/d</b>	
<b>Totales generales</b>	<b>252.763</b>	<b>12,10</b>	<b>n/d</b>	<b>n/d</b>	<b>n/d</b>	<b>n/d</b>	<b>n/d</b>	<b>n/d</b>	

Fuente: Bunge, op. cit. citado en Giménez (1914)

(1) Incluye la totalidad de beneficiarios de la Caja Ferroviaria en el país.

(2) Las sociedades cosmopolitas incluyen a la Asociación Obrera de Socorro Mutuos.

(3) Los fondos de administración son relativos al total de las entradas cuando no había contabilidad especial de los referentes al socorro mutuo.

(4) Conjetural.

artículos que proponían la creación de un organismo fiscalizador de las entidades mutuales. El proyecto preveía también la obligación de destinar un mínimo de 80% de las cuotas de los socios a los servicios que la sociedad ofrecía -entre los cuales debía figurar el servicio médico para sus afiliados sin restricción alguna-; exigía un mínimo de 200 afiliados por institución; imponía la asignación financiera de un 5% de las cuotas de los socios al fondo de reserva y de un 15% para presentación de balances con la correspondiente memoria sobre los servicios prestados. Finalmente, abría la posibilidad de que los hospitales públicos brindaran servicios ambulatorios y/o de internación a los miembros de una asociación mutual, facturándole a ésta dichos servicios; con esto ya se planteaba tempranamente el debate sobre cobertura y financiamiento de los servicios de salud, que se habría de prolongar en nuestro medio por setenta años, sin que se haya resuelto en la actualidad.

Vimos que el grado de cobertura de riesgos variaba de una institución a otra; esta situación determinó la aparición de importantes diferencias en la demanda de servicios por parte de la población y en las formas de organización del acto asistencial. La gama de beneficios que cada una de estas instituciones brindaba era bastante amplia y diversa, pero es difícil describir dicha heterogeneidad porque, en general, se dispone de una débil base informativa. Existían, sin embargo, notables excepciones a esta regla; por ejemplo, la Asociación Obrera de Socorros Mutuos tenía ya en los años diez un importante registro estadístico, de calidad y profundidad difícil de encontrar aun en la actualidad.

Precisamente, ya en 1919 Nasino remarcaba el incremento de la productividad organizacional que es dable esperar de un buen sistema informativo al escribir acerca de la Asociación Obrera de Socorros Mutuos: "Si ese digno ejemplo fuera imitado, como debe esperarse, por otras mutualidades, la posesión de esas estadísticas permitirá investigar, por medio de cálculos actuariales, el monto preciso de las primas necesarias para cubrir los riesgos que más comúnmente se proponen afrontar nuestras entidades de socorros mutuos, corrigiéndose en tal forma serios inconvenientes".

No obstante, Nasino llega a la conclusión de que existe una importante analogía externa en el carácter de los servicios ofrecidos: la mayoría de las mutualidades cubre gastos de asistencia médica y medicamentos y, por lo general, excluye la atención de enfermedades crónicas (Nasino, 1919). Asimismo, la cobertura obstétrica y neonatal era casi nula en el sistema. Las pocas instituciones que admitían mujeres entre sus miembros no cubrían su incapacidad laboral y sólo les proporcionaban una indemnización fija por parto que oscilaba entre 10 y 20 pesos.

También la calidad de la oferta de servicios del sistema de atención médica, sanatorial y farmacéutica, dirigida al mercado de mutualidades presentaba, como en nuestros días, un alto grado de heterogeneidad. La utilización de la capacidad sanatorial instalada y de los médicos disponibles en diferentes zonas de la ciudad exhibe una marcada variación. De la distribución espacial de dichos médicos contratados por las sociedades de socorros mutuos, Nasino escribe: "La organización del servicio médico adolece, entre otros, de un grave defecto que, en rigor, podría ser corregido fácilmente: en vez de ser hecha en común, esa organización se caracteriza por la forma aislada en que opera, pues cada institución tiene establecido separadamente su servicio médico. Esta descentralización del servicio presenta múltiples y graves inconvenientes, pudiendo entre ellos hacerse notar que, de resultas de la misma,

se produce en cada distrito la superposición y el entrecruzamiento de las tareas de numerosos médicos, los cuales realizan, con una pérdida de tiempo ocasionada por su traslado, una labor que podría ser llevada a cabo, en más breve plazo y en mejores condiciones si se asignara a cada uno de ellos un radio menos extenso y más nutrido, común para todas las sociedades\*. Como se ve, los problemas derivados de la ubicación espacial médica afectaban ya a buena parte de la población afiliada al sistema como sucede hoy con las Obras Sociales pequeñas en diversos lugares del interior del país.

La oferta de servicios de atención médica se organizaba principalmente de dos formas, ambas muy similares a los modelos que hoy prevalecen: "1) en las sociedades que cuentan con un crecido número de inscriptos y con local social, el servicio suele estar organizado mediante la instalación de un consultorio central para consultas y curaciones, con un número más o menos grande de especialistas; la asistencia médica ordinaria está a cargo de médicos de distrito también a sueldo, por lo común en número de ocho, pagándoseles sus servicios por visita en consultorio y a domicilio en los radios que cuentan con pocos miembros. 2) En las sociedades de escasa importancia numérica, es decir, que cuentan menos de mil socios, suele pagarse por servicio a los médicos, lo que les permite a veces ostentar listas de dichos profesionales casi tan numerosas como las de sus socios respectivos". En esta segunda situación, la forma de pago a los profesionales variaba según se tratase de una institución con un número relativamente bajo de afiliados y con alta concentración o con descentralización geográfica: en el primer caso se podía abonar por servicio prestado, mientras que para el último se utilizaba el sistema de prorrateo de Leipzig, por el cual un grupo de médicos contratistas de la mutualidad se prorrateaba el dinero de acuerdo con los servicios provistos individualmente a la sociedad, en forma similar a lo que actualmente sucede con los contratos capitados.

En lo que hace a la estructura de costos del sistema de mutualidades, Nasino dice que los honorarios médicos eran una de las mayores erogaciones que dichas entidades debían enfrentar. "Sabido es que el monto de esos honorarios suele absorber más de la tercera parte de sus cuotas, por lo que el problema de su reducción, en los límites de lo posible, debe preocupar seriamente a los administradores de nuestras entidades de previsión popular". Este comentario permite comprender que ya entonces el pago de servicios médicos representaba alrededor de la tercera parte de la estructura de costos del sistema de la seguridad social, existiendo preocupación no sólo por su nivel sino por su tendencia a seguir creciendo. En 1913, esta situación estaba comenzando a afectar al sistema en su conjunto por el aumento de la edad promedio de los asociados (Nasino, 1919, pág. 269).

Los cinco hospitales de comunidad existentes en la ciudad de Buenos Aires en 1909 reunían 1.091 camas, que representaban el 11% del total disponible en dicho distrito (Veronelli, 1975). Los datos de costos con que contamos son del censo municipal de 1887; allí se aprecian niveles disímiles en cuanto al gasto por cama/año: Francés 467 pesos, Italiano 295 pesos, Español 496 pesos, Inglés 521 pesos y Alemán 500 pesos. Es importante señalar las diferencias en la clientela de cada uno de ellos: el Francés, el Español y el Italiano tenían como pacientes a los miembros carenciados de dichas comunidades, mientras que el Británico y el Alemán atendían a directivos de compañías extranjeras, comerciantes y propietarios de establecimientos agropecuarios; en el caso del Alemán, se agregaban los pacientes que provenían

de un convenio para atención del personal de buques de banderas alemana, danesa, sueca y rusa. También difería el grado de utilización de la capacidad instalada, según sugieren los datos censales disponibles del Español (67%) y el Francés (88%), para 1888. Además de los servicios sanatoriales proporcionados por los hospitales de colectividades, existían también los llamados "sanatorios privados" que cobraban de 4 a 4,5 pesos diarios, y los hospitales públicos, que ofrecían servicios gratuitos sólo a los "pobres de solemnidad" y a los que podían recurrir los afiliados a las mutualidades categorizadas como "argentinas" y "cosmopolitas" (Belmartino *et al.*, 1987).

En lo que respecta a la intensidad de uso de la atención ambulatoria frente a la internación sanatorial y la de insumos farmacéuticos, si bien casi no existen datos debido a que en las encuestas aparecen gastos consolidados, puede inferirse que en su estructura predominaba la consulta médica clínica y las compras de medicamentos, con una baja participación de las prácticas especializadas y de la internación quirúrgica. Como ejemplo representativo de la situación imperante en la época descrita, puede citarse la estructura de gastos de la Asociación Obrera de Socorros Mutuos en 1919, donde, por una parte, se destacan los rubros visitas a consultorio con el 29,5%, fórmulas medicamentosas con el 25,3%, medicamentos específicos con el 10%, inyecciones con el 7,6% y visitas a domicilio con el 6,5%; por otra parte y contrariamente a esto, los gastos en maternidad y cirugía sólo representaban el 0,5% y el 0,2% respectivamente, lo que, como ya vimos, se explica por la no cobertura de atención de partos y la reciente aparición de la cirugía.

Un sector de gran importancia por el monto de población que nucleaba eran las llamadas "empresas sanitarias" que, en 1910, reunían 90.000 afiliados, es decir, el 36% del universo de población con cobertura de seguro médico. Según el informe de Bunge, el bajo costo de sus cuotas permitía el acceso de trabajadores de menor salario que el de la población afiliada a las mutualidades, compuesta principalmente por obreros calificados y sectores de la incipiente clase media, con mayor capacidad de pago individual. Esto muestra que la falta de solidaridad del sistema era ya un tema importante en épocas tempranas de nuestra historia. Bunge también rescata otro hecho positivo de las "empresas sanitarias": algunas cubrían también a la familia del beneficiario; en tanto que en el conjunto del sistema, según su cálculo, las socias mujeres se encontraban en una proporción de una cada siete varones y los niños de uno por cada treinta (14,2 y 3,3%, respectivamente), en las empresas de asistencia médica las mujeres constituían más de la tercera parte del total de cotizantes y los niños más del 20% (Belmartino *et al.*, 1987).

La prestación de servicios médicos y la provisión de medicamentos a la población afiliada a las empresas sanitarias presentaba, como hoy, situaciones de sobre y subconsumo. Hace referencia a ello la coexistencia de baja calidad y desperdicio de recursos, por una parte, y de insuficiencia de oferta por la otra. A esto alude un artículo de "La Mutualidad", año III, nº 8, pág. 5, agosto de 1905 (citado en Belmartino *et al.*, 1987): "Un médico sin conciencia y un mercader desalmado, se asocian para vivir y enriquecerse a costa de los enfermos pobres. El mercader se encarga de recorrer todos los conventillos y casas de pobres, para buscar abonados a la flamante sociedad o empresa. Hace la mar de promesas: médico, botica, subsidio, entierro, viaje a Europa, etc., etc., todo esto por la modesta suma de un peso con cincuenta mensuales. El médico, por su parte, se encarga de representar la otra parte de la farsa. Visita a los enfermos con un apuro tal que nunca se da cuenta de la

enfermedad que tienen y formula recetas tan baratas que en ningún caso su precio puede pasar de cincuenta centavos. Cuando se trata de una enfermedad importante, operación de parto o de otra naturaleza, el enfermo es des-pachado rápidamente para la Asistencia Pública".

Vemos que, tal como sucede contemporáneamente con algunas prestaciones efectuadas por el sistema de seguridad social médica, tienden a ser derivadas hacia el hospital público porque el sector privado se enfrenta con la incapacidad o inconveniencia de encararlos por razones de rentabilidad.

La fundamentación de un proyecto de ordenanza del Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires parece confirmar esto cuando dice que en dichas sociedades "... los médicos se prestan a manejos, se quita la asistencia al enfermo que la necesita (...) y dan fórmulas medicamentosas inútiles para el paciente, pero útiles para el negocio...".<sup>6</sup> Esto está presente también en los fundamentos del proyecto de Giménez sobre mutualidades, cuando dice de las empresas sanitarias: "Formas de mimetismo social, han encubierto una verdadera explotación..."; comenta también, ya en ese entonces, la falta de fiscalización del sistema: "Sin ningún control, rotuladas algunas como aprobadas por el superior gobierno por el simple hecho de pagar una patente de negocio, explotan a los profesionales a los que remuneran en forma irrisoria, a los farmacéuticos con las recetas microscópicas y la exclusión de otras imprescindibles, y a los miles de incautos que caen en sus redes..."

La problemática actual de fuertes diferenciales de precios por drogas equivalentes ya existía en ese entonces en el mercado farmacéutico argentino. Aunque la cobertura era buena, se reconocía que el sistema debía enfrentar un mayor gasto por la "adquisición de drogas innecesarias, por ser muchas de ellas especialidades que tienen equivalentes de costo muy inferior, o por ser recetas con exceso". Nasino atribuyó esta situación a la forma en que algunos profesionales realizaban la práctica médica: al no destinar al diagnóstico el tiempo requerido, en algunos casos por excesiva carga de trabajo y en otros, por considerar inadecuada la remuneración, recurrían al tratamiento sintomático mediante drogas. A esto se sumaba la difusión cultural del prejuicio de que "el médico que no receta algo al enfermo no lo ha atendido debidamente" o de que "de nada sirve una visita médica que no deja una droga nueva en la cabecera del paciente".

"La mayor parte de las sociedades de socorros mutuos existentes en la Argentina carecen de farmacia propia y adoptan para la provisión de medicamentos una de las dos formas siguientes: 1) algunas pagan el precio corriente de los medicamentos que procuran a sus socios enfermos, logrando en tal caso, las sociedades que cuentan con un crecido número de miembros activos, obtener una reducción más o menos importante sobre los precios usuales; 2) otras, y éstas desgraciadamente las más numerosas, prefieren adoptar para la provisión de medicamentos a sus socios un método muy cómodo para la contabilidad y las finanzas de esas sociedades, pero de resultados deplorables para los asistidos; este procedimiento, consiste en pagar a las farmacias con quienes se ponen de acuerdo a ese respecto una suma fija, generalmente de 50 a 60 centavos por receta, lo cual abre la posibilidad de engaño mediante la venta de menor cantidad del medicamento o, en el caso de

<sup>6</sup> Anales del Departamento Nacional de Higiene, XI, 1, enero de 1904, pág. 20, citado en Belmontino *et al.* (1987).

farmacéuticos honestos, el cambio por recetas de productos baratos, lo que no siempre era compatible con las exigencias terapéuticas". Eran muy pocas las instituciones que tenían farmacia propia (Nasino, 1919).

Es así que ya en esa época la sobreprestación médica y el sobreconsumo farmacéutico aumentaban los niveles de costos y disminuían la cobertura "real" de los enfermos. Como ya hemos dicho, estos rasgos han estado presentes a lo largo de toda la historia nacional y conviven actualmente con nosotros (Gaffuri, 1939).

Este conjunto de circunstancias comenzó a afectar financieramente al sistema y, en especial, a algunas de las mutualidades de menor cantidad de socios, que tenían un mayor peso relativo de costos administrativos y, al mismo tiempo, menores posibilidades de incorporar nuevos miembros de tramos etáreos más jóvenes. Por el contrario, y de un modo similar a lo que determina actualmente la capacidad ingresos/egresos y el grado de cobertura ofrecido por las distintas Obras Sociales, se observa una mayor disponibilidad financiera del afiliado de las instituciones con mayor número de socios, dado el menor peso relativo de los costos administrativos y las mayores rentas derivadas de inversiones inmobiliarias (Nasino, 1919).

## 11.2. Las décadas de 1930 y 1940. Cambios en las relaciones de poder Estado-sindicatos y el surgimiento de las Obras Sociales

A diferencia del censo de 1913, el de 1927 revela la aparición de nuevas mutualidades originadas en reparticiones estatales y que, integradas o no a un sindicato, se definen por la pertenencia al mismo oficio o actividad laboral. También aparecen mutuales del personal de algunas empresas industriales o comerciales (Belmartino *et al.*, 1987). En contraste con esto cabe destacar la pérdida relativa de importancia del factor nacionalidad como motivo aglutinante.

Sin embargo, la heterogeneidad institucional seguía siendo una de las principales características del sistema, manteniéndose la situación de principios de siglo en cuanto a los diferentes grados de eficiencia financiera de las entidades mutuales y sus diversos niveles de cobertura.

La concentración del número de afiliados y del capital social muestra que unas pocas entidades cubrían gran parte del universo. En efecto, dos mutualidades reunían el 25% del total de los beneficiarios, seis el 55% del mismo; en el otro extremo, 55 entidades, con menos de 500 afiliados cada una, agrupan sólo el 5,39% del total. En lo que hace a la posesión del capital social del sistema vemos que tres asociaciones controlaban el 40%; en el otro extremo, 45 entidades sólo tenían el 4,5% de ese capital (Censos de Mutualidades de 1911 y 1927, citado en Belmartino *et al.*, 1987).

La concentración del capital social y de la población beneficiaria en pocas instituciones permite inferir que el sistema de seguridad social médica mostraba las mismas características que las actuales: las sociedades más grandes, de más de 5.000 afiliados, tenían la menor disponibilidad promedio de capital por asociado -55,3 pesos, frente a los 379 pesos que exhibían las de menos de 200 socios-, pero, gracias a la contratación y compra de insumos y servicios médicos en gran escala, conseguían economías que les permitían brindar mayor cobertura de servicios a sus beneficiarios (Niklison, 1938).

Al respecto Niklison comenta en su trabajo: "Estas cifras ponen en eviden-

cia cómo las grandes mutualidades brindan servicios más complejos, con un costo por enfermo, que es inferior a la mitad de lo invertido por las pequeñas mutualidades..." Continuando con su análisis, muestra que más de la mitad del gasto en servicios correspondía al grupo de mutuales que superaban los 5.000 afiliados cada una; eran seis en total y agrupaban al 60% de la población afiliada, habiendo prestado servicios al 50% de sus socios. El siguiente grupo, de 14 instituciones, que agrupaba al 19% de la población afiliada, había asistido al 44% de la misma. Los porcentajes de asistencia brindada iban decreciendo para las entidades de menor número de cotizantes. Niklison explica así este fenómeno: "La mayor suma de riesgos relativos resultan soportados por las grandes mutualidades y decrecen, en general, con la menor importancia de éstas, lo que puede explicarse teniendo en cuenta que aquéllas imponen menos restricciones al uso de sus servicios y que realizando su obra de solidaridad en los grandes centros urbanos, los riesgos de enfermedad crecen con la mayor intensidad del trabajo y con el hecho de vivir una vida menos higiénica. Sabido es que las grandes mutualidades realizan una labor más amplia, más completa, en procura de la conservación de la vida de sus asociados..."

Estos hechos demuestran también la falta de correlación entre gasto por afiliado y calidad y cobertura prestacional.

En el estudio de Gaffuri se discute también la fragmentación institucional del sistema de seguridad social en la década del treinta, fragmentación que en diversas regiones del país, a raíz del pequeño número de afiliados, obligaba a muchas entidades nacionales a operar con baja cobertura y con alto costo prestacional por cotizante. Al respecto plantea lo siguiente: "Suele comprobarse en determinados países y regiones la existencia de gran número de asociaciones de socorros mutuos, que reúnen en su seno un escaso número de socios. A los efectos de la debida compensación de riesgos sería prudente que se dejaran de lado ciertos antagonismos injustificados, y que se reuniesen varias asociaciones entre sí, para beneficio de todos, pues a mayor número de afiliados corresponde paralelamente una disminución en el costo de los beneficios".

La ausencia de un organismo estatal que actuase como regulador, superintendente y coordinador del sistema fue también rasgo predominante en el sistema de seguridad social de la Argentina en esos años. A dicha ausencia de política regulatoria se atribuye la gran variabilidad en los grados de eficiencia financiera del sistema por la fragmentación en instituciones de diferente tamaño, con un desigual peso de costos administrativos y con una disímil gestión empresarial. Para cubrir los déficits financieros provenientes de dicha situación y de los costos crecientes de la atención médica debidos al cambio tecnológico y al envejecimiento de la población cubierta, las instituciones debieron recurrir a otras fuentes de ingresos, principalmente a las provenientes de rifas, fiestas, y rentas de bienes raíces acumulados durante sus primeros años de existencia en los que, por lo general, sus asociados eran jóvenes y hacían poco uso del sistema.

Otra analogía con la situación contemporánea, planteada también por Gaffuri, es la que se refiere a los subsidios estatales: "Las subvenciones de los poderes públicos, nacionales, provinciales y municipales, contribuyen también a reforzar los ingresos sociales. La falta de una reglamentación a ese respecto se hace sentir, pues los subsidios en cuestión son acordados con un criterio

anárquico, beneficiándose muchas veces en forma desproporcionada instituciones que en realidad no lo merecen."

Esta presencia estatal como mecanismo de provisión de subsidios es uno de los cambios más importantes que surgen de la comparación intercensal del sistema mutual de los años 1913 y 1927, además del aumento de los costos de atención médica y el envejecimiento relativo de la población ya mencionado. Resulta claro, asimismo, que ese crecimiento fue acompañado por el mayor espacio político del movimiento sindical en la sociedad argentina. Sobre este último aspecto comentan Belmartino *et al.* (1987): "El peso de este tipo de organizaciones en las reparticiones públicas parece haber sido lo bastante importante como para justificar el Acuerdo de Ministros del 26 de septiembre de 1932 por el cual se facultaba a las Direcciones de Administración o Tesorerías a efectuar descuentos de los sueldos de los empleados a favor de asociaciones autorizadas por éstos." Los decretos número 9.849, de setiembre de 1932, y 88.855, de agosto de 1936, que determinaban que tales sociedades debían tener como mínimo doscientos asociados, no sólo confirman el espacio político ganado por ellas, sino que representan un intento de mejorar la eficiencia financiera de un ya importante grupo comprador de servicios e insumos de salud, cuyo número de beneficiarios se estimaba en aproximadamente dos millones de personas al comienzo de los años 1940. Esto contrasta con la visión tradicionalmente aceptada de que la seguridad social comienza a tener importancia en el mercado argentino de la salud en la década del cincuenta.

Dicha presencia económica y política aparece explícitamente reconocida en la sociedad argentina hacia 1944, con la asistencia del entonces Coronel Perón al Congreso de Mutualidades realizado ese año. Ese congreso contó con la participación de importantes instituciones: las mutualidades del personal de varias reparticiones públicas (Ministerio de Marina, Matadero y Frigorífico Municipal, Mercado de Hacienda, Telégrafos, Policía, Hospicio de las Mercedes, Dirección General de Aduanas, Ministerio de Hacienda, Departamento Nacional de Higiene, División de Impuesto a los Réditos, entre otras) y las nucleadas en torno del personal de algunas empresas privadas (Cervecería Palermo, Frigorífico La Negra, Talleres Metalúrgicos San Martín, Tamet, Frigorífico Anglo, Corporación Nacional de Granos y Elevadores, Piazza Hnos., Fábrica de Tejidos La Unión, etc.) (Belmartino *et al.*, 1987); estas mutualidades servirán de base a las Obras Sociales promovidas luego desde el gobierno.

El sistema de la seguridad social va a experimentar un sostenido crecimiento con el importante proceso de sindicalización ocurrido entre 1946 y 1955 durante el gobierno peronista, ya que, partiendo de 877 mil afiliados en 1946, pasó a 1,5 millones en 1948, 2 millones en 1950 y a 2,3 millones en 1954 (Doyon, 1975). Obviamente esto implica una rápida traslación a la curva de demanda en el mercado de servicios de salud (Véase en el capítulo IV la incidencia que esto tiene sobre el funcionamiento general del mercado).

En el plano político, el cambio de la relación entre el Estado y el sector de la seguridad social se produjo tras el nombramiento del entonces Coronel Perón como Secretario de Trabajo y Previsión en 1943. En 1944 se transfirió a dicha cartera de Estado el Departamento de Asistencia Social, que integraba hasta ese entonces el ámbito de la Dirección Nacional de Salud Pública; ese mismo año se creó también el Instituto de Previsión Social, que cubría los siguientes riesgos: accidentes de trabajo, invalidez, vejez, muerte, viudez, or-

fandad, maternidad e infancia, familiar a cargo, enfermedad, cesantía, desocupación y otros. (INOS, 1974). Es importante observar que en esos años el sistema de la seguridad social transitó caminos algo diferentes a los que imaginara el proyecto técnico de salud del Ministro Carrillo. La Secretaría de Previsión tuvo objetivos de política pública diferentes de los que caracterizaban al área de salud. Esto no sólo implicó cierto divorcio institucional entre la cartera de salud y el sistema financiador, sino que también aumentó el campo cubierto por la secretaría laboral. Su escasa capacidad para coordinar y regular el sistema no hizo sino perpetuar la ya histórica ausencia de políticas globales en esta área de la vida nacional.

A lo largo de toda esta etapa el gobierno central siguió impulsando el desarrollo del sistema de Obras Sociales, tanto sindicales como oficiales, no sólo sobre la base de la población afiliada a las instituciones mutuales preexistentes, sino también induciendo un creciente proceso de sindicalización. "Con miembros de la misma Secretaría y bajo la supervisión directa de la Vicepresidencia de la Nación, ocupada en ese momento por el Coronel Perón, se crea en 1944 la Comisión de Servicio Social, encargada de 'propulsar la implantación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad...' (Decreto 30.655 del 14/11/44, art. 1º). La creación de dicha Comisión es aceptada corrientemente como punto de partida de la organización de las obras sociales sindicales. Los servicios sociales cuya implantación debía promoverse eran, entre otros, atención médica y farmacéutica a precios de costo." (Belmartino y Bloch, 1982).

En dicha dirección se establecieron, entre otras, las siguientes Obras Sociales: de los ferroviarios en 1944, del Ministerio del Interior en 1947, del Ministerio de Educación en 1948, del Ministerio de Agricultura y de los bancarios (ley 13.897), del Vidrio (14.056) y de Seguros (14.057) (INOS, 1986 e INOS, 1972). "Más tarde, ya en la década del 50, se incorporará a los beneficios del sistema el personal de la Aeronáutica, el Ejército, la Presidencia de la Nación, el Ministerio de Asuntos Económicos, la Secretaría de Comunicaciones, Comercio Exterior, etc. y el personal de los frigoríficos estatales y privados" (Belmartino y Bloch, 1982).

Los rasgos que caracterizaban al sistema desde décadas anteriores siguieron predominando en las nuevas entidades creadas, ya que la dispersión del tamaño y recursos *per capita* continuó generando e incluso acentuando situaciones de inequidad. Aun entre las obras sociales estatales era muy extraño encontrar similitudes, en razón de los diferentes aportes y contribuciones que recibía cada una de ellas. Las organizaciones con mayor capacidad financiera lograron brindar a sus beneficiarios una mejor atención médica y, en algunos casos, comenzaron a instalar servicios propios de internación y atención ambulatoria, especialmente en la Capital Federal.

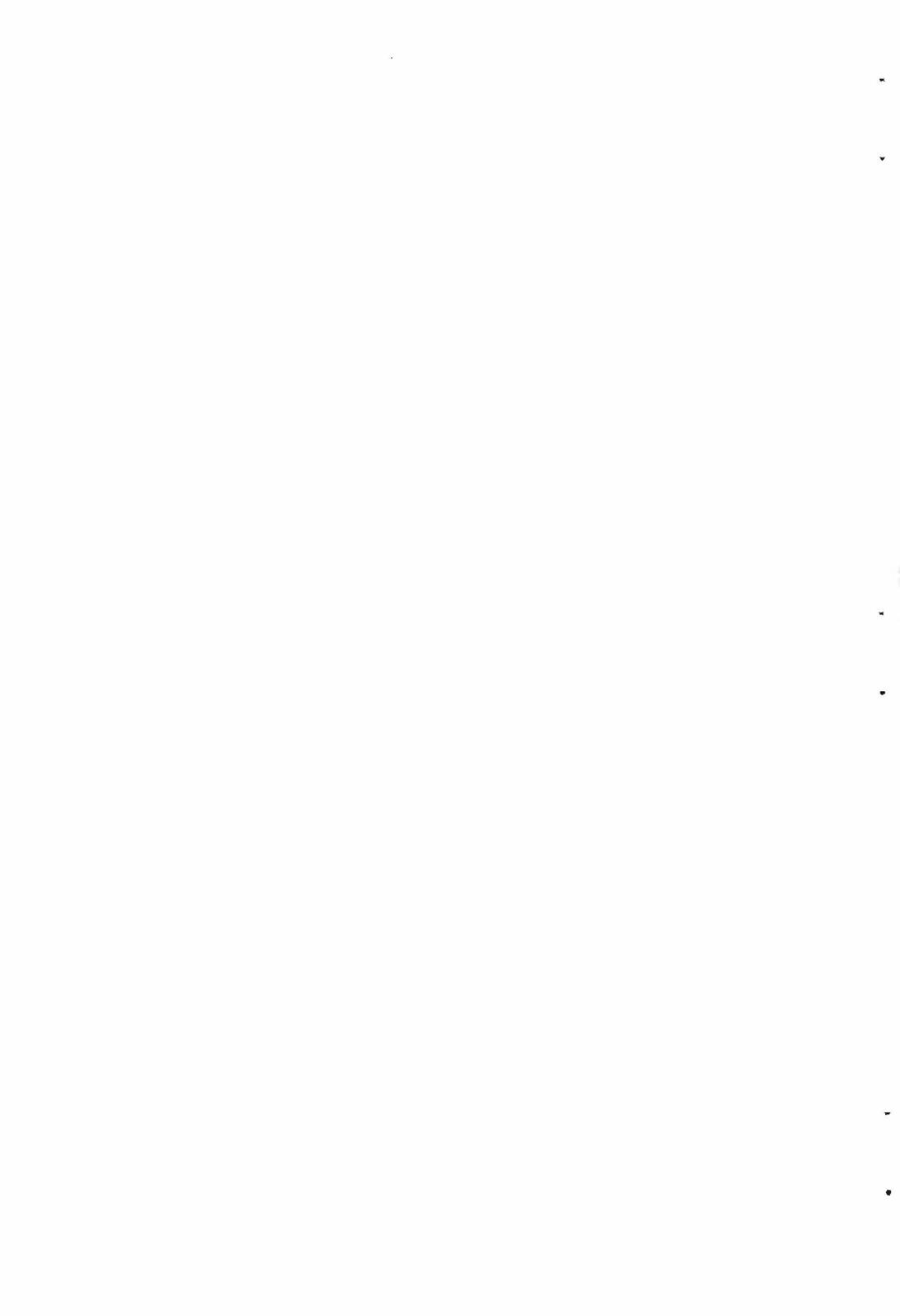
La ausencia de coordinación de objetivos entre las carteras de Salud y de Trabajo permitió la continuidad histórica de los viejos modelos de financiación, de prestación y de cobertura. Al respecto, el Seguro Nacional de Salud proyectado por el Ministro Carrillo preveía la administración financiera y la coordinación de los servicios por parte del Estado; la provisión de dichos servicios estaría a cargo de los efectores del sector público, ya que este sector había duplicado la capacidad instalada en camas y había aumentado en más del doble el número de médicos y enfermeras. Pero la mencionada ausencia de coordinación de políticas entre los Ministerios de Salud y de Trabajo llevó a que el sistema de la seguridad social tendiera al desarrollo de capacidad ins-

talada propia, en los casos de las instituciones de mayor número de beneficiarios, y a la contratación de servicios con efectores privados, en los casos de las instituciones de menor población afiliada (Belmartino y Bloch, 1982).

Entre agosto de 1950 y marzo de 1951 se efectuaron alrededor de 15 reuniones, convocadas por el entonces Ministerio de Asuntos Técnicos, con el propósito de conseguir la coordinación del sistema de Obras Sociales. El Ministro de Asuntos Técnicos, que presidió la reunión, expuso la necesidad de coordinar el sistema, sin llegar a centralizarlo, ya que reconocía que el Ministerio por sí mismo no podía resolver todos los problemas; se afirma en ese momento lo siguiente: "Es necesario tener un organismo de coordinación, con la ventaja en este caso de que no costará nada, porque su personal realiza otras tareas al mismo tiempo." En la primera reunión los delegados de los ministerios propusieron racionalizar las normas, coordinar la adquisición de medicamentos y la importación conjunta de drogas y otros materiales, uniformar los servicios, los aranceles médicos y los aranceles en institutos particulares, unificar los aportes del Estado y las cuotas, racionalizar los recursos y elaborar una escala de acuerdo con los sueldos e implantar la reciprocidad en las prestaciones, la utilización conjunta de sanatorios y clínicas, la contratación simultánea de especialistas y clínicos, las prestaciones máximas y mínimas y la derivación de algunas de ellas hacia establecimientos oficiales. Entre las sugerencias efectuadas se destaca el reconocimiento de la falta de institutos oficiales en el interior, que obligaba al afiliado a recurrir a los particulares con aranceles superiores a los mutualistas; la necesidad de solucionar el problema de los enfermos crónicos, infecciosos, mentales y pulmonares mediante la compra o construcción de establecimientos especializados; la utilización conjunta de sanatorios o clínicas propios de cada Obra Social, haciéndose cargo cada una de los gastos de sus afiliados y extendiendo este beneficio a empleados provinciales y municipales; y, finalmente, la creación y ejecución centralizada de un sistema estadístico.<sup>7</sup>

Como resultado de estas reuniones se sancionaron los decretos 21.119, de 1953, y 4.642, de 1954; el primero, en su art. 5º inc. 11, recomienda a los Ministerios facilitar la coordinación de los servicios de las Obras Sociales bajo su jurisdicción, propendiendo a la reducción de costos; el segundo, en su art. 1º, decreta que el Ministerio de Trabajo y Previsión, con el asesoramiento de una comisión, coordinará los distintos servicios sociales de la Administración Nacional para dar cumplimiento al inciso mencionado anteriormente. Estas normas legales no tuvieron el efecto deseado, a juzgar por el diagnóstico sobre los problemas de funcionamiento del sistema que el decreto 693 de 1960 contiene entre sus considerandos.

<sup>7</sup> Copia de varias sesiones, trabajo mimeografiado no publicado.



## IV. Funcionamiento del mercado de salud

En el capítulo II de este trabajo examinamos diversos rasgos de la oferta de servicios médicos, sanatoriales y de productos farmacéuticos. Posteriormente, en el capítulo III, tuvimos oportunidad de observar cómo la demanda de servicios de salud -en particular, la que proviene de la seguridad social- fue adquiriendo ciertos rasgos que indujeron el desarrollo de un modelo de prestación y financiamiento de servicios de salud altamente idiosincrático, ineficiente e inequitativo en la organización y división social del trabajo médico y en la distribución de los beneficios de la atención médica en la comunidad.

Corresponde ahora explorar el funcionamiento del mercado de salud estudiando la interacción de oferta y demanda. En la primera parte de este capítulo concentraremos nuestro esfuerzo a nivel agregado, esto es, a escala del mercado nacional como un todo. Allí tendremos oportunidad de ver que nuestra sociedad atraviesa una paradójica situación: oferta excedente de servicios médico-asistenciales en los tramos de altos ingresos de la comunidad y simultánea escasez de médicos, servicios sanatoriales y medicamentos en los sectores de menores ingresos. En otros términos, la sobreprestación y el sobreconsumo conviven con la falta de acceso a los servicios e insumos para el cuidado de la salud.

Sin embargo, tal como dijéramos en las páginas introductorias de este trabajo, es evidente que existe más de *un* modelo de comportamiento en el sector salud en el ámbito nacional. Por lo tanto, es necesario caracterizar distintos "escenarios" del mercado atendiendo a lo específico e idiosincrático de las diversas situaciones provinciales, a los casos particulares de los pueblos y ciudades pequeñas del interior, al de la Capital Federal y el Conurbano de la provincia de Buenos Aires, etc. Entonces, tras examinar el caso general, concentraremos nuestra atención en algunas situaciones particulares en las que el funcionamiento del mercado de salud difiere de la norma general en ciertos aspectos de detalle que conviene identificar. Porque a la hora de diseñar e implementar medidas de política pública, dichas diferencias de detalle seguramente resultarán cruciales para definir formas adecuadas de intervención en cada ámbito particular.

## 1. El mercado de salud desde una perspectiva agregada

Cinco mil nuevos médicos por año -en un país que ya cuenta con cuatrocientos veinticinco habitantes por médico-, una oferta de camas sanatoriales privadas que crece al 4,2% anual frente a una población que se expande al 1,7% anual y, finalmente, 350 nuevos fármacos que ingresan por año a un mercado que exhibe un estándar de consumo -50 dólares/habitante/año- que ya es alto en una comparación internacional, configuran una situación masiva y generalizada de expansión de la oferta de insumos y servicios en el mercado de salud. Pero ya vimos que ello no significa una distribución equitativa de la oferta a lo largo de la sociedad y de la geografía nacional.

Desde el punto de vista de un modelo estático de equilibrio competitivo, un ritmo de expansión de la oferta como el actual, en principio, tendría que provocar una caída de precios que, aunque mayor en algunos campos terapéuticos, por la elasticidad de la demanda, debería observarse a nivel agregado, es decir, para el sector tomado en su conjunto. Sin embargo, esto no es así, lo que requiere cierta explicación a la que nos abocamos de inmediato.

Son al menos tres las razones que podrían explicar el hecho de que los precios no estén reflejando de manera adecuada el aumento observado en la oferta. La primera de dichas razones -manteniendo el análisis dentro del marco convencional de un modelo estático de equilibrio competitivo- podría buscarse en el hecho de que la expansión y rotación de la curva de demanda, originada en el crecimiento de la población cubierta por la seguridad social, haya sobrecompensado el aumento de la oferta, neutralizando su efecto sobre los precios de mercado (Frech III y Ginsburg, 1975). Y en efecto, la población cubierta por la seguridad social ha crecido en nuestro medio a una tasa del orden del 5,1% anual en el curso de las últimas dos décadas.

Un segundo conjunto de razones explicativas podrían hallarse en el ritmo y la naturaleza del cambio tecnológico que el sector salud ha ido incorporando y en la relación entre el cambio tecnológico y los precios de mercado. El cambio tecnológico se refiere tanto a nuevas prácticas médicas o a nuevos productos (medicamentos, prótesis, etc.) como a nuevos procesos que permiten llevar a cabo a menor costo (o con mayor calidad) la fabricación de productos ya conocidos, o la realización de prácticas médicas preexistentes.

Ahora bien, ¿cómo se fija el precio de mercado de las nuevas prestaciones y/o productos? y, en el caso de prestaciones y/o productos preexistentes, donde el progreso técnico permite la introducción de procesos que bajan su costo productivo de largo plazo, ¿hasta qué punto dicho precio refleja el costo competitivo de producción de largo plazo?. No hay duda de que se trata de preguntas de gran importancia que deben examinarse si se pretende comprender el funcionamiento del sistema de precios en el campo de la salud.

Desde que el Informe Kefauver (1961, págs. 98 y 99) iluminara -hace casi treinta años- el mecanismo de formación de precios en materia de nuevos fármacos, varios estudios mostraron que el "precio de introducción" de una nueva práctica médica o de un nuevo insumo para el cuidado de la salud tiende a reflejar el mayor precio que el mercado está dispuesto a aceptar -dado, por lo general, por el precio de la práctica o el producto que resulta sustituido- y no el verdadero costo competitivo de producción del producto o servicio involucrado. De esta forma el progreso tecnológico no resulta transferido a los consumidores por la vía del mecanismo de precios, sino que es apropiado *in situ* por el productor o proveedor del servicio, bajo la forma de una renta in-

novativa. Ello se observa con claridad en el siguiente párrafo del Informe Kefauver (1961, pág. 93):

"El progreso de la ciencia y la tecnología frecuentemente hacen posible que un producto pueda ser obtenido a costo inferior a su inmediato predecesor. Los ahorros de costos más dramáticos ocurren cuando un producto nuevo es de carácter enteramente distinto que los rubros preexistentes y puede ser elaborado a través de un proceso mucho más simple".

Sigue a esto un extenso intercambio entre el Senador Kefauver y el Sr. Dixon, de Upjohn, en torno al mecanismo de formación de precios del Orinase, una droga antidiabética administrable por vía oral, cuyo precio de lanzamiento al mercado fue fijado por Upjohn sobre la base del precio de la insulina bovina, que constituía, en ese entonces, el camino terapéutico alternativo disponible para la comunidad diabética. Al cabo de dicho intercambio el Senador Kefauver resume el debate afirmando: "Si entiendo bien, el precio es aproximadamente el mismo que el de la insulina inyectable. El punto importante es, sin embargo, que la insulina debe fabricarse en base a páncreas animal lo que la transforma en un producto mucho más caro de fabricar que una tableta de insulina oral que, como el Orinase, es una combinación química más fácil y barata de producir".

El informe Kefauver abunda en ejemplos de esta índole que prueban que en el campo farmacéutico el productor logra capturar rentas innovativas de fuerte magnitud, originadas en la imperfecta difusión de información y en otras anomalías semejantes que entorpecen el funcionamiento de las señales de precios. El argumento podría generalizarse al caso de las nuevas prácticas médicas, como la tomografía computada, la hemodiálisis y otras, que se han ido incorporando al instrumental cotidiano de atención de la salud a precios que claramente exceden el costo competitivo de producción y que involucran la captación de una significativa renta tecnológica por parte del proveedor del servicio.

La incorporación del tema del cambio tecnológico y de su relación con el mecanismo de formación de precios nos aleja del modelo estático de equilibrio competitivo y nos pone más cerca de un modelo de equilibrio dinámico "a la Vernon"- (Vernon, 1966); en ese modelo el "precio de introducción" de un nuevo producto incorpora un elevado componente de renta tecnológica y el mayor o menor ritmo de difusión de la nueva tecnología entre los miembros del mercado, o su eventual sustitución por otra tecnología superadora, inciden sobre la rapidez con que el precio de mercado converge hacia el equilibrio competitivo de largo plazo.

En otros términos, según este modelo, es cierto que a nivel de una práctica médica o producto particular, la difusión de información acaba eventualmente erosionando la renta tecnológica inicial y el precio tiende a caer hasta reflejar el costo competitivo de largo plazo. Pero, a pesar de ello, un rápido ritmo agregado de cambio tecnológico y una gradual disminución del "ciclo de vida" de las nuevas tecnologías incorporadas al mercado -sean éstas prácticas médicas o productos utilizados en la atención de la salud- podría estar impidiendo que los precios de mercado caigan, aunque la oferta de bienes y

servicios aumente significativamente a través del tiempo. En la medida en que el componente "innovativo" de la oferta global siga creciendo -como efectivamente ocurre en el caso del mercado de la salud- los grupos prestadores lograrán captar un flujo relativamente estable de rentas recurriendo al constante reemplazo de bienes y servicios por sustitutos tecnológicamente superiores (o imaginados como tales por parte de la comunidad médica, como en el caso de ciertos fármacos y de no pocas prácticas de diagnóstico y atención médica de dudosa contribución marginal en el plano clínico). Obviamente este modelo supone que existe una fuerte heterogeneidad en los servicios, prácticas y productos que reciben los distintos sectores de la comunidad, incluso frente a cuadros clínicos sustantivamente semejantes. Es claro que no resulta difícil de aceptar ese supuesto como un rasgo típico de la situación doméstica, donde la variación en el tratamiento de cuadros clínicos incluso idénticos es realmente significativa.

Finalmente, un tercer camino para "explicar" por qué los precios de mercado no parecen reflejar el aumento observado de oferta de bienes y servicios, podría encontrarse abandonando el modelo de equilibrio competitivo -estático o dinámico- como marco analítico y atribuyendo ese fenómeno al fracaso parcial del mercado como mecanismo de regulación de la conducta económica en el campo de la salud. En tal caso, deben examinarse, entonces, las diversas razones del fracaso. A lo largo de este trabajo hemos visto que dichas razones son múltiples y que difieren según el escenario examinado.

Así, en el mercado de servicios médicos la heterogeneidad del "producto" ofrecido y los esfuerzos de diferenciación del mismo que realiza la comunidad médica, la "cartelización" de esta última en el marco de asociaciones de primero, segundo y tercer grado que con frecuencia bloquean el funcionamiento del juego competitivo, así como la imperfecta información con que opera la demanda, aparecen como causas importantes del fracaso de las señales de precios en lo que atañe al valor de la consulta médica. Es decir, un sector de la comunidad médica ofrece un producto indiferenciado y se comporta como "tomador de precios" y otro sector, una fracción creciente en el interior de la comunidad médica, usa la especialización como factor de diferenciación de producto, con lo que logra transformarse en "formador de precios" e impedir la tendencia natural de los mismos a caer ante el crecimiento que registra la oferta de profesionales.

En el caso de la oferta de servicios sanatoriales, el aumento de la oferta de camas privadas y la caída en la tasa media de utilización de la capacidad instalada deberían dar lugar a caídas en los aranceles. Ello ocurre sólo parcialmente, en especial con los contratos capitados o por cartera fija, que le permiten a una clínica dada aumentar el grado de utilización de su planta y bajar costos operativos. Pero la creciente sofisticación en la hotelería, la incorporación de especialistas de prestigio en la nómina de profesionales que integran el personal médico de la clínica o que ofrecen sus servicios a través de ella, la adquisición de equipos de alta complejidad que favorecen la aparición de prácticas de diferenciación de producto y, finalmente, el creciente desarrollo gremial de este segundo grupo prestador también derivan, como en el caso anterior, en la aparición de "nichos" de mercado en los que la competencia imperfecta frena la hipotética tendencia a la baja de precios por la expansión de la oferta.

Por último, en relación con el caso de los medicamentos, resulta claro que son escasos los nuevos fármacos que involucran un aumento significativo en

el valor terapéutico del producto ya existente. La inmensa mayoría de los lanzamientos son duplicaciones de productos conocidos y ya comercializados, así como sustitutos de productos que se discontinúan a fin de circunvalar el control de precios que ejerce la autoridad pública. Ninguno de ellos significa novedad terapéutica alguna, a pesar de lo cual la propaganda busca diferenciarlos a los ojos de la comunidad médica encargada de recetarlos. Como ya vimos, el precio medio de estos productos nuevos supera varias veces el precio promedio del mercado de especialidades farmacéuticas. Esto indica que el elevado número de lanzamientos anuales no induce la baja de los precios de mercado; por el contrario, los precios suben respecto de los de los productos que reemplazan, sin modificar necesariamente su valor terapéutico. También aquí el ritmo innovativo juega en contra de la caída de precios, a pesar del rápido crecimiento de la oferta.

En resumen, el aumento de la demanda, por un lado, el cambio tecnológico y su impacto sobre el mecanismo de formación de precios y sobre la generación de rentas innovativas, por otro y, finalmente, el fracaso parcial del mercado como agente de regulación de la actividad económica en el campo de la salud, constituyen todas explicaciones plausibles, y no necesariamente excluyentes, de por qué los precios de mercado no están reflejando el aumento de oferta de servicios médicos, sanatoriales y de productos medicinales que nuestro sistema de salud incorpora anualmente.

El tema de la imperfección de los mercados conduce a una dimensión geográfica que hasta el presente ha recibido escasa atención en nuestro medio. Por cierto, parece poco satisfactorio afirmar que existe un único mercado de salud en nuestro país; resulta más razonable hablar de diferentes morfologías de los mercados regionales caracterizadas por distintos tipos de imperfección en el funcionamiento del juego competitivo. Es por esto que se justifica presentar a continuación una breve caracterización del funcionamiento del mercado a nivel agregado, para proseguir con el estudio de varios "modelos" regionales del mercado de salud. Ello permitirá identificar y resaltar las diferencias de detalle que se observan en el funcionamiento del sector salud en distintas latitudes del ámbito nacional.

A nivel agregado es dable caracterizar por lo menos tres diferentes situaciones de mercado que, a título ejemplificativo, llamaremos:

1. Capital Federal y conurbano;
2. pueblos y ciudades grandes del interior; y
3. pueblos y ciudades chicas del interior.

Esta clasificación presta atención al poder relativo de negociación, por un lado, de las distintas federaciones y entidades gremiales de los grupos prestadores entre sí -federación médica, federación de clínicas y sanatorios, etc.- y, por otro, de dichas entidades con el sistema de Obras Sociales con las que celebran contratos para cubrir la atención de sus afiliados. La celebración de contratos puede hacerse separadamente -esto es, cada una de las federaciones negocia directamente con el sistema de Obras Sociales- o a través de un acuerdo en el que una de las dos federaciones actúa como titular del contrato con Obras Sociales y subcontrata la participación de la otra. Históricamente, la federación médica tuvo por lo general la titularidad del contrato,

subcontratando los servicios de clínicas y sanatorios; pero existen situaciones en las que el "modelo" funciona a la inversa. A su vez, el poder relativo de negociación del sector que en este caso representa a la demanda -esto es, el sector de Obras Sociales- será función de variables tales como su tamaño absoluto como demandante de servicios médicos, el mayor o menor ingreso de sus afiliados, la disponibilidad de internación propia, etc. La relación entre prestadores y prestatarios de servicios de salud -particularmente en los distintos ámbitos provinciales- estará condicionada además por la magnitud de la Obra Social provincial en cada ámbito jurisdiccional, así como por el ejercicio de la titularidad del contrato capitado con PAMI (quién y cómo la ejerce); el contrato puede ser manejado, en algunos casos, por la federación médica y en otros por la federación de clínicas y sanatorios, suscitándose muy diversas situaciones de distribución de rentas entre sectores prestadores. Veremos que, en función de las circunstancias mencionadas, es posible caracterizar distintos "escenarios" en los que el funcionamiento del mercado de salud difiere significativamente.

En el caso de Capital Federal y conurbano -donde hay una alta concentración y un rápido ritmo de crecimiento de prestadores- la Obra Social exhibe mayor capacidad de negociación con entidades gremiales como FEMECA u otras, y logra muchas veces imponer sistemas cerrados de atención, en los que el principio de libre elección tiende a desdibujarse. La Obra Social aprovecha aquí la existencia de excedente en la oferta de efectores y, en el marco de listas cerradas de prestadores, puede ofrecer cobertura a sus afiliados a costos relativamente más bajos que si operara la libre elección -por los importantes descuentos que consigue de los proveedores al comprar en grandes cantidades. Pero no es improbable que la calidad de la atención baje como consecuencia de la falta de opciones competitivas; sólo la capacidad de fiscalización y control de la Obra Social puede interceder para que ello no ocurra; pero como dicha capacidad de fiscalización es escasa, la calidad por lo general tiende a resentirse.

En ciudades grandes del interior, la federación médica es la entidad que habitualmente posee la titularidad del contrato con Obras Sociales; la federación de clínicas y sanatorios puede tener contratos separados para internación con el conjunto de las Obras Sociales o, alternativamente, operar como subcontratista de la federación médica. En todos los casos, es el titular del contrato el que recibe los pagos de la Obra Social, legaliza y cobra las prestaciones de sus socios percibiendo un arancel por ello y abona a dichos socios -y a las clínicas y sanatorios cuando operan como subcontratistas- las consultas e internaciones oportunamente facturadas a la seguridad social. El contrato con las Obras Sociales tiene carácter de exclusivo; los médicos y las clínicas no pueden facturar por su cuenta a determinada Obra Social prestaciones a afiliados de esta última realizadas al margen del contrato general vigente entre la federación respectiva y la Obra Social. En este segundo "modelo" el consumidor tiene mayor capacidad de elección que en el primero, ya que, efectivamente, existe un mayor juego competitivo. Pero, tanto en el frente gremial médico como en el de clínicas y sanatorios, los acuerdos colusivos tienden a fracturarse al aumentar la oferta o al producirse situaciones de desfinanciamiento de la Obra Social que la llevan a demorar sus pagos a prestadores o a usar "índices" de pago que involucran pagar sólo una fracción de lo adeudado (80%, 60%, etc.). Al fracturarse los grupos prestadores aparecen los contratos cerrados de cartera fija, los acuerdos capitados que violan el principio

de la libre elección, o, lisa y llanamente, se produce la denuncia del contrato preexistente y la no recepción de pacientes de una (o varias) Obras Sociales.

La organización del acto médico en este segundo modelo difiere significativamente del caso de la Capital Federal y el conurbano, y su cobertura y calidad dependen del mayor o menor poder de fiscalización que tiene y ejerce la entidad titular del contrato. En última instancia, ésta es la que tiene poder sobre el manejo de los recursos, que da origen a importantes rentas de capital que permiten el desarrollo de la entidad gremial respectiva. Dentro de este caso merece una atención particular el contrato capitado con PAMI, el que por su modalidad -pago *ex ante*, cantidad de afiliados, etc.- genera interés y diversas formas de conflicto entre entidades prestadoras.

Finalmente, en pueblos y ciudades chicas del interior resulta mucho menos factible que surjan antagonismos significativos entre médicos y clínicas sanatoriales, ya que estas últimas suelen ser propiedad de aquéllos. Por ende, no hay mayor margen para la aparición de situaciones conflictivas en torno del manejo de los recursos obtenidos de las Obras Sociales. En este ámbito el poder de fiscalización de las Obras Sociales es francamente escaso y tienden a registrarse los mayores índices de sobreprestación por parte de los distintos efectores. Como en el caso anterior, este tema reclama una investigación de detalle que en nuestro medio todavía no se ha encarado.

Ya señalamos que el país muestra un mosaico de situaciones distintas en torno de estos tres "modelos" básicos de funcionamiento del sector salud. A continuación, y a título de introducción y exploración, examinaremos algunos de los varios "escenarios" detectados. Sin duda, para comprender a fondo el funcionamiento del sector salud en la heterogénea geografía nacional, serán necesarios nuevos estudios de esta índole.

## **2. Distintos modelos de funcionamiento del sector salud a lo largo de la geografía nacional**

### *2.1. El caso de la provincia de Corrientes*

*Libre elección de médico y sanatorio, con conflicto de intereses en el interior de la comunidad médica y ruptura del frente oligopólico en el sector de clínicas y sanatorios. No uso de formulario terapéutico nacional para el abastecimiento de fármacos. Arancelamiento del hospital público. Creciente déficit fiscal ante la incorporación de Obras Sociales deficitarias, carenciados, etcétera.*

En primer lugar, corresponde caracterizar la oferta de servicios y la situación estructural del mercado privado de salud.

En la provincia de Corrientes actúan aproximadamente unos 1.500 médicos, de los cuales 900 están radicados en la ciudad capital y 600 en el resto del territorio provincial. Ello revela que la capital provincial cuenta con un médico cada 250 personas, en tanto que el resto de la población de la provincia funciona con un médico cada 700 habitantes.

La tarea médico-asistencial que realizan unos y otros, los recursos tecnológicos y de capital con que actúan, etc., difieren significativamente. La Federación Médica provincial efectúa tareas de auditoría médica, pero sólo son efectivas en el ámbito de la capital provincial, razón por la que la sobrepresta-

ción tiende a ser mucho mayor en los pueblos y ciudades chicas del interior. El diferencial de ingresos entre los médicos de capital y los del interior aparece como un incentivo importante para que los nuevos graduados permanezcan en el ámbito de la capital provincial.

Los médicos de la provincia se agrupan gremialmente en 13 colegios médicos regionales. A su vez, la Federación Médica de la provincia reúne a dichos colegios y cada uno de ellos está representado por dos votos en el Consejo Directivo de la misma. Esto implica que el Colegio de la capital provincial, a pesar de tener más afiliados que todos los restantes colegios sumados, a la hora de las votaciones posee un bajo poder relativo de negociación. Como veremos luego, este hecho adquiere importancia para el funcionamiento del mercado de servicios médicos.

La Federación Médica provincial concentra el poder de negociación de la comunidad médica, negocia los contratos de trabajo con las Obras Sociales provinciales y recibe el pago por los servicios médicos que brindan sus afiliados. En el interior de la provincia actúa subcontratando clínicas y sanatorios, que facturan a las Obras Sociales a través de la Federación. Ello no es así en la ciudad capital; allí la Asociación de Clínicas y Sanatorios tiene presencia institucional propia y negocia contratos de internación directamente con las Obras Sociales.

La percepción de recursos y su manejo -el tiempo y la forma de retribución a los médicos y a las clínicas del interior que son subcontratistas de la Federación Médica- le otorga a ésta un fuerte poder de mercado.

En la negociación de los contratos de prestación de servicios la Federación Médica debe enfrentar al sistema de Obras Sociales. De estas últimas, la más importante es la Obra Social Provincial (IOSCOR) que agrupa a unos 160.000 beneficiarios, siguiendo en orden de importancia -aunque son varias veces más pequeñas- PAMI (15.000 beneficiarios), Bancarios (8.000), Ferroviarios (5.000), ISSARA (3.000), etc. Se calcula que cerca del 50% de los ingresos de un médico de la provincia proviene de pacientes de IOSCOR, en tanto que el restante 50% deriva de PAMI, Ferroviarios -35%, aproximadamente- y de varias decenas de Obras Sociales mucho más pequeñas.

Algunas de estas Obras Sociales -como el PAMI, Ferroviarios, Marítimos y otras- actúan sobre la base de contratos capitados; IOSCOR, en cambio, paga por prestación realizada. El tipo de contrato pactado entre la Obra Social y las federaciones de prestadores -pago "por capitación" o "por prestación"- tiene incidencia tanto sobre la cantidad y la calidad de la prestación, como sobre la viabilidad y efectividad de las acciones de fiscalización del gasto. En el caso del pago por acto médico, el servicio tiende a ser más caro y sesgado hacia la sobreprestación y hacia una mayor complejidad tecnológica. En cambio en los contratos capitados es la misma Federación Médica la que está interesada en bajar costos, racionalizar prestaciones, etcétera.

A su vez, las clínicas y sanatorios de los pueblos y ciudades chicas del interior de la provincia suelen ser propiedad de los médicos que controlan la Federación Médica y no forman parte de la Asociación de Clínicas y Sanatorios de la provincia; en cambio, la separación entre el profesional médico y la clínica es mucho más nítida en la capital provincial, donde la entidad gremial de clínicas y sanatorios tiene mayor presencia institucional y un más alto poder relativo de negociación a la hora de fijar condiciones de pago y de funcionamiento en el mercado de salud de la capital provincial.

En dicha capital operan unas veinte clínicas privadas que reúnen un total

aproximado a las 500 camas. Existen enormes diferencias de calidad entre ellas y es posible que sólo unas pocas cumplan efectivamente con los criterios de acreditación impuestos por la autoridad regulatoria. La mayoría posee instalaciones sumamente precarias y no están preparadas para atender adecuadamente muchas de las prestaciones que realizan. Asociada a esta dispersión del nivel de calidad de los servicios prestados también se observa una correlativa variación en el nivel de utilización de la infraestructura disponible; sólo los mejores establecimientos del mercado alcanzan un índice de utilización elevado, compatible con una alta velocidad de rotación del capital invertido.

En lo que atañe a fármacos, los médicos y clínicas de la provincia no suelen emplear un formulario restringido de especialidades. En el transcurso de las internaciones los pacientes no reciben los medicamentos directamente de las clínicas y sanatorios, sino que los adquieren en las farmacias particulares. En el interior de la provincia se han registrado situaciones de sobreprestación y de uso indebido de las chequeras de fármacos.

Hasta aquí una muy breve descripción de la morfología del mercado provincial de salud. Nuestro interés no es abundar en detalles, sino brindar una base sumaria de información que permita explorar el funcionamiento del mercado, tema del que pasamos a ocuparnos.

En la provincia existe -quizá deberíamos decir existía- la libre elección de médicos y sanatorios. La Federación Médica es la que administra el sistema y tras recibir los ingresos de Obras Sociales o el pago adelantado de los contratos capitados tipo PAMI, paga a médicos y clínicas y sanatorios (en este último caso a los del interior, ya que los de la capital negocian directamente con las Obras Sociales a través de la Asociación de Clínicas y Sanatorios).

Dicho pago a médicos y sanatorios se hace por lo general con cierto atraso, existiendo aquí un importante ingreso de capital para la Federación Médica, producto de la colocación financiera de los recursos recibidos. Los sanatorios cobran a 30 días, en tanto que los médicos lo hacen en plazos más largos.

El mercado entra en crisis debido a la creciente estrechez de recursos con que el sector salud se ve obligado a actuar a través del tiempo. Los costos de la atención médica crecen, mientras que los recursos del sistema de Obras Sociales lo hacen más lentamente o permanecen estancados. Comienza así a producirse el atraso en los pagos a los distintos prestadores y el pago sobre la base de índices que buscan institucionalizar alguna fórmula de repartición equitativa de los insuficientes recursos que ingresan al sistema.

Surge, entonces, entre los prestadores la puja en torno de la repartición de los recursos existentes, puja que se acrecienta en el caso de los contratos capitados que, al revaluarse a un ritmo menor al que avanza el costo de la atención médica, acaban perdiendo rentabilidad para la entidad que los administra, en este caso la Federación Médica. Esta, al intentar pagar por índice, entra en conflicto con la Asociación de Clínicas y Sanatorios, la que decide cortar los servicios de internación. Sin embargo, el frente de concertación de clínicas y sanatorios tiende a fracturarse por el hecho de que aquéllos que operan con alta capacidad subutilizada en sus establecimientos prefieren romper el acuerdo oligopólico de no internación a cambio de ver incrementada su tasa de utilización con pacientes PAMI, aceptando así que la Federación Médica -su administradora- continúe fijando condiciones de mercado. Aquí se pierde el principio de libertad de elección de médico y sanatorio, ya que la

Federación Médica debe forzar a algunos de los pacientes a elegir aquellas clínicas y sanatorios que han violado el acuerdo oligopólico. A su vez, y en función de la administración del contrato capitado con PAMI, el Colegio Médico de la Capital entra en conflicto con la Federación Médica y plantea su posible retiro de la misma, buscando captar el contrato PAMI por su propia cuenta. Como vemos, el mercado privado de salud, el principio de la libre elección y el equilibrio entre prestadores, entran en crisis y la confrontación entre médicos y sanatorios tiende a generalizarse y a aumentar. Si, como posible válvula de escape, se decide implantar el uso de un formulario terapéutico restringido, la industria farmacéutica también será parte del conflicto, agravándose la situación. Todo esto, por supuesto, guarda poca o ninguna relación con los principios de racionalidad médica que permitirían ordenar la cobertura, los niveles de atención, la organización y división social del trabajo, la sobreprestación y deficiente infraestructura sanatorial que hoy prevalecen, etc., todos ellos rasgos estructurales de largo plazo que acusa este mercado provincial.

Hasta aquí hemos descrito el funcionamiento del sector privado. Incorporaremos ahora al análisis al sector público. La atención médica del sector público está arancelada, pero, en los hechos, es escasa la probabilidad de recuperar los costos de atención de pacientes de Obras Sociales. La Obra Social Provincial (IOSCOR) enfrenta dos caminos para diluir el déficit a que se ve sometida al incorporar a su cobertura a Obras Sociales deficitarias, sectores carenciados, etc. O bien transfiere su déficit al presupuesto provincial -como lo hizo recientemente al incorporar a su cobertura al deficitario gremio tabacalero- o bien trata de que el hospital público reciba a sus pacientes sin hacerse cargo del arancelamiento que aquél estipula. De una u otra forma, la insuficiencia de recursos con que opera el sistema acaba siendo transferida al Estado, ya sea directamente, por vía del déficit en las cuentas fiscales, o indirectamente, a través del nivel y la calidad de los servicios que está forzado a dar el sector público.

En resumen, en la base hay una situación estructural sumamente precaria en la que resaltan: a) una oferta médica fuertemente desbalanceada si se compara la capital provincial con el interior; b) elevados índices de sobreprestación y sobrefacturación, particularmente en el interior de la provincia; y c) salvo situaciones de excepción, un plantel de clínicas y sanatorios inadecuado a la luz de los estándares de acreditación requeridos por INOS. A esta situación se agrega en la actualidad una crisis originada en la creciente estrechez de recursos con que opera el sector salud y en el costo cada vez mayor de la atención médica. La crisis rompe el frente gremial de médicos y de clínicas y sanatorios y arroja progresivamente el problema al erario público, ya sea por el mayor uso y el eventual desfinanciamiento del hospital público o por el aumento del déficit fiscal provincial. La caída en los niveles de cobertura y de calidad de la atención, así como el incremento de los pagos de bolsillo por parte de la comunidad usuaria, constituyen rasgos salientes de la presente crisis.

Concluimos aquí nuestro examen de este primer caso "estilizado". Como veremos, otras provincias exhiben situaciones de salud que, a pesar de tener rasgos en común con el caso de Corrientes, presentan otros elementos idiosincráticos que las diferencian del presente "modelo" y que no pueden obviarse si hemos de comprender adecuadamente la situación global.

## 2.2. El caso de la provincia de Mendoza

*Libre elección de médico y sanatorios, aunque parcialmente restringida para afiliados de la Obra Social Provincial y otras. Conflicto de intereses dentro del grupo de sanatorios y clínicas, por la importante "demanda cautiva" y por la capacidad de internación propia de sociedades de socorros mutuos y de varias Obras Sociales. No uso del formulario terapéutico nacional para el abastecimiento de fármacos. Hospital público gratuito y con importante presencia prestadora.*

En esta provincia hay aproximadamente 4.000 médicos, de los cuales el 70% se encuentra radicado en el área poblacional de mayor concentración, esto es, el Gran Mendoza. Esto indica que en dicha zona hay un médico cada 273 habitantes, mientras que en el resto de la provincia existe uno cada 422 habitantes. Asimismo, el Gran Mendoza concentra la mayor parte de la infraestructura tecnológica de diagnóstico y tratamiento, razón por la que la tarea médico-asistencial de los profesionales de la capital difiere significativamente de la tarea de los profesionales del interior de la provincia.

Un estudio reciente (Estudio Mendocino, 1982) que toma un universo de 1.600 médicos del área capital, dividiéndolos por estratos según cantidad de galenos facturados a las Obras Sociales, indica que el 10% de los médicos facturaron a la seguridad social el 45% del total de galenos -lo cual arroja 2.856 galenos por médico-, en tanto que el 50% del tramo inferior de la escala de ingresos sólo logró facturar el 11% del total de galenos -lo cual alcanza a sólo 137 galenos por médico en un mes. La notable concentración del ingreso que estos datos revelan se asocia con formas de diferenciación de producto relacionadas en el estrato superior con el prestigio profesional y con el uso de costosas tecnologías complejas. Los estratos inferiores funcionan mucho más competitivamente sobre la base de una alta intensidad de consultas ambulatorias y derivando pacientes hacia el estrato superior, donde la diferenciación de producto y la especialización actúan en desmedro del juego competitivo.

No resulta extraña la aparición de formas de "asociación" que les permiten a los profesionales de los estratos inferiores escalar posiciones en la pirámide de ingresos; ello se da a través de diferentes mecanismos de "referenciación" de los pacientes que atienden en la primera fase de la consulta ambulatoria. En estos estratos de menores ingresos predominan los profesionales de menor antigüedad en el mercado y también se observa una importante presencia femenina. Estas tendencias, junto a la creciente contratación del médico como asalariado, parecen similares a las observadas en otras regiones del país.

Existen en toda la provincia tres círculos médicos; el de la ciudad capital es el más importante, dado que agrupa a más del 70% de los profesionales provinciales. Cada profesional debe abonar el 10% de su facturación a Obras Sociales al Círculo Médico respectivo por el servicio que éste le brinda en cuanto a la validación legal de las prestaciones, a los pagos de aportes jubilatorios a las cajas previsionales médicas, etc. Dicho pago otorga una fuerte capacidad de "lobby" al sector de profesionales de altos ingresos, que no es propenso a favorecer una mayor tarea normatizadora y de fiscalización de servicios por parte del sector público. Resulta poco sorprendente, entonces, la existen-

cia de sobreprestación y sobrefacturación difíciles de contrarrestar en este tramo del mercado.

Además de los ingresos de la actividad privada la comunidad médica también recibe ingresos por cargos públicos, de los cuales existen alrededor de 1.900. A ellos accede, fundamentalmente, el grupo de ingresos medios. Los médicos del segmento más alto carecen de incentivos para competir en ese mercado, por el elevado costo de oportunidad que tiene actuar en la actividad pública, en tanto que la falta de antecedentes curriculares de los estratos más bajos actúa como barrera al ingreso a dichos cargos.

Pasando ahora al tema de clínicas y sanatorios observamos que sobre un total aproximado de 5.300 camas con que cuenta la provincia, 1.200 corresponden al sector privado propiamente dicho, 445 pertenecen a tres entidades mutuales de colectividades que han incorporado recientemente sistemas propios de prepago, 310 son de Obras Sociales con capacidad de internación propia -Ferroviarios 240 y la Obra Social Provincial (OSEP) 70- y el resto, estos es, 3.350 camas aproximadamente, son del sector público, que de esta manera controla cerca del 70% de las camas totales. El poder de negociación de clínicas y sanatorios se ve así restringido por la presencia de una importante "oferta cautiva" en manos de entidades mutuales y de Obras Sociales con capacidad de internación propia, a lo que se suma un sector público de gran peso como prestador.

La distribución por tamaño de las clínicas y sanatorios privados revela una fuerte dispersión. Así, las primeras 11 entidades sanatorias reúnen 697 camas, lo que da un promedio cercano a las 63 camas por institución; las 27 entidades restantes tienen un tamaño medio de 17 camas, en un rango que cubre desde 4 a 32 camas, evidenciando esto una variancia mucho mayor que en el primer grupo. Al igual que en otras regiones o mercados, la dispersión de calidad entre ambos grupos y en el interior de los mismos, es muy grande.

Además de la diferencia de escala, conviene también observar que en el grupo de clínicas de mayor tamaño predomina la propiedad en manos de un grupo médico cuya conducta de acumulación y reinversión de capitales se asocia a la lógica económica general en mayor medida que en el caso de las clínicas pequeñas. Estas últimas son el lugar de trabajo de médicos particulares más que una entidad manejada con criterios verdaderamente empresariales.

Médicos y clínicas y sanatorios contratan con el sistema de Obras Sociales. La mayor es la Obra Social Provincial (OSEP) que reúne 200.000 beneficiarios. Le siguen PAMI -que es un contrato capitado- con 91.500 afiliados, OSECAC con 74.000, OSPAD (Viñateros) con 61.000 beneficiarios -esta última tuvo un contrato capitado hasta fecha reciente-, etc. La población cubierta ronda los 800.000 habitantes, según información proporcionada por la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud mendocino, estimándose que el resto carece de cobertura.

En lo que hace al gasto anual por beneficiario también aquí se observa una fuerte dispersión entre Obras Sociales, fluctuando entre 55 dólares por beneficiario/año en OSECAC y 180 dólares por beneficiario/año en Bancarios. Los datos disponibles ubican a PAMI en los 130 dólares anuales por beneficiario. Pero esta dispersión no refleja necesariamente diferencias de igual magnitud en materia de cantidad y calidad de servicios recibidos.

Descritos los agentes podemos ahora concentrarnos en el funcionamiento del mercado y en el examen de la crisis actual. El conjunto de Obras Socia-

les que no tiene infraestructura propia de prestación de servicios contrata directamente -y por lo general por la modalidad denominada de "libre elección y pago por prestación"- con las federaciones de profesionales y de clínicas y sanatorios. En el caso del contrato capitado de PAMI, la Federación Médica -que tiene su titularidad y exclusividad- subcontrata los servicios sanatoriales de la respectiva entidad gremial provincial. El resto de las Obras Sociales contratan directamente con la Federación de Clínicas y Sanatorios la provisión de los servicios de internación y otros, pagando en forma individual por cada uno de los actos de atención médica.

El estudio sobre distribución de la facturación previamente citado muestra un predominio de la atención ambulatoria, el 45%, aunque las prácticas asociadas a la especialización y al uso de equipamiento sofisticado suman casi el 55% de la facturación global, con la siguiente distribución: 15,7% para rayos X, 4,5% para cardiología, 3,6% para oftalmología, 3,4% para cirugía ginecológico-obstétrica, 3,1% para anatomía patológica, 2,8% para ecografía, y 2,65% para cirugía digestiva (Estudio Mendocino, 1982).

Del conjunto de 1.600 profesionales estudiados, los grupos de ingresos medios y bajos -el 90% del total- constituyen los niveles iniciales del sistema de atención médica, la "puerta de entrada" del paciente; estos profesionales se encargan de la derivación hacia el grupo de especialistas del estrato de ingresos superiores.

La concentración de ingresos se observa también entre los prestadores del estrato superior en cada uno de los grupos de prácticas especializadas citados. El estudio muestra que un pequeño número de profesionales facturó la mayor parte de los "galenos" a la seguridad social: dos prestadores facturaron el 100% de las prácticas nefrológicas, 20 radiólogos el 84%, cuatro especialistas en terapia intensiva el 80%, 15 cardiólogos el 88%, seis traumatólogos el 66%, 10 urólogos el 68%, 11 ginecólogos y obstetras el 64%, etc. (Estudio Mendocino, 1982).

El porcentaje que cobra la Federación Médica Provincial por la validación legal de la facturación a la seguridad social permite a los profesionales de mayores niveles de facturación -que son los contribuyentes con una participación más alta en el financiamiento del gremio- una capacidad de *lobby* y de manejo de la Federación superior a la de los prestadores ubicados en los estratos de ingresos inferiores. Así, la Federación defiende gremialmente la contratación mediante la modalidad de "libre elección de profesional" y pago por "acto médico" frente a otras formas de prestación de servicios, tales como la contratación asalariada y los contratos capitados.

La fortaleza que se observa en el gremio médico mendocino respecto de la capacidad propia de atención ambulatoria que algunas Obras Sociales tienen en la región, no es tan clara cuando se examina la situación de la Federación Sanatorial. Como vimos, existe una importante "oferta cautiva" en manos de la Obra Social Provincial, de la Ferroviaria, de los Hospitales de las FF.AA. -que atienden a los afiliados de sus respectivas Obras Sociales- y de los tres centros de internación y tratamiento de colectividades, a lo que se suma un importante sector público. A ello se agrega también la expansión que tuvieron en los últimos años los sistemas de prepago de las citadas entidades mutuales de colectividades, cuyos beneficiarios constituyen generalmente una "demanda cautiva" de los centros de atención médica que las mismas poseen.

Como en otras latitudes del país, en la prestación de servicios a los bene-

ficiarios de la seguridad social se observan importantes diferencias de calidad que explican parcialmente los rangos observados en los precios fijados por el Nomenclador; esos rangos se expresan bajo la forma de descuentos o sobrepagos ("plus") abonados por el usuario. Se repite también aquí la situación referida al papel que el sector público cumple en el mercado de salud haciéndose cargo de la cobertura de carenciados y de beneficiarios de Obras Sociales desfinanciadas. Dicho papel se acentúa más en aquellas áreas de la provincia con menor presencia de profesionales y clínicas privadas, y donde predominan los centros de atención ambulatoria y los pequeños hospitales públicos.

Así, entre los problemas estructurales que se observan en el caso mendocino se encuentran: a) una oferta de atención médica y hospitalaria, tanto pública como privada, fuertemente concentrada en las zonas urbanas de la provincia, con preferencia en el Gran Mendoza; b) una elevada concentración del ingreso y del poder gremial médico, con sobreprestación y sobrefacturación crecientes; c) una gran dispersión de calidad intrasectorial en clínicas y sanatorios, con bajo cumplimiento de los estándares de acreditación del INOS, etcétera.

Finalmente, el panorama coyuntural del sector salud mendocino es el de una creciente participación del sector público como resultado de una mayor demanda proveniente de carenciados y de beneficiarios de las Obras Sociales de menores recursos.

### 2.3. El caso de la provincia de San Juan

*Libre elección de médico y sanatorio en uno de los segmentos del mercado. Significativa presencia prestadora y fuerte capacidad de negociación por parte de ADOS -conjunto de Obras Sociales Nacionales más importantes. Situación de oligopolio bilateral entre ADOS, por una parte y el Colegio Médico y la Federación de Clínicas y Sanatorios, por otra. Hospital público gratuito y no uso del formulario terapéutico nacional.*

Existen en la provincia de San Juan unos 1.100 médicos de los cuales 975 están agrupados en el Colegio Médico de San Juan, según datos de abril de 1987. Esta entidad es la única en su tipo en la provincia.

Los profesionales no agremiados en esa entidad trabajan para ADOS en forma asalariada, situación que contrasta con el principio, sustentado por el Colegio Médico, de libre elección y pago por prestación.

El 90% de los 975 médicos registrados en el Colegio vive en el área del Gran San Juan, lo cual da un índice de 300 habitantes por profesional en una zona que concentra el 60% de la población provincial. Si nos limitamos exclusivamente al departamento Capital, dicho índice disminuye a sólo 150 habitantes por médico. Esto contrasta con el interior de la provincia, donde la presencia médica es sensiblemente inferior. Vaya a título de ejemplo el caso de Jáchal, con 1.000 habitantes por médico. Esta diferencia llega a un médico cada cuatro o cinco mil habitantes en los departamentos más alejados de la Capital.

La Federación de Clínicas y Sanatorios de San Juan nació sobre la base de los dos principales sanatorios de la provincia a comienzos de la década del sesenta. Las razones fundacionales fueron las habitualmente encontradas en esa época en el resto del país: un grupo de médicos que deseaba tener un lu-

gar de trabajo. En años siguientes, al producirse el crecimiento del sistema de seguridad social, aumenta el número de clínicas pero no crece el tamaño de las existentes, lo que evita el incremento en la concentración de la propiedad en este sector. La venta a ADOS en 1972, de las dos clínicas más importantes de la provincia hizo que la Federación de Clínicas perdiera parte de su poder de negociación frente a ADOS y al resto del sistema de Obras Sociales. Dicho poder se resiente aun más cuando, tiempo después, el Colegio Médico decide construir un hospital privado que cuenta con 90 camas, reduciéndose nuevamente la libertad de elección de sanatorio por parte del usuario final. En este punto particular el caso sanjuanino es algo diferente al ejemplo de Corrientes, porque la fractura de la Federación de Clínicas correntina se produjo como consecuencia del conflicto con la Federación Médica.

Integrando la oferta de servicios sanatoriales junto al sistema de clínicas y sanatorios y al hospital privado del Colegio Médico, encontramos a las dos principales clínicas del escenario provincial, propiedad de ADOS. En conjunto suman aproximadamente 200 camas, cifra que equivale más o menos al número de camas que controla la Federación de Clínicas y Sanatorios. ADOS maneja los servicios de alta complejidad, en particular en terapia intensiva, neonatología y cirugía cardiovascular. La Federación de Clínicas sólo cuenta con una institución de alta complejidad: una clínica pediátrica que posee terapia intensiva infantil.

Pasando al otro lado del mercado, esto es, a los demandantes de servicios médicos, observamos que entre las Obras Sociales más importantes de la provincia se destaca la Obra Social Provincial, que cuenta con 108.000 beneficiarios, lo que significa el 23% de la población provincial. Esta Obra Social contrata con la Federación de Clínicas y Sanatorios y con el Colegio Médico. Le sigue un grupo de Obras Sociales nucleadas en ADOS que brindan cobertura a aproximadamente el 25% de la población sanjuanina. ADOS también maneja el contrato capitado con PAMI.

El sector público provincial cuenta con dos hospitales, el Rawson y el Marcial Quiroga, de 611 y 327 camas, respectivamente, localizados en el Gran San Juan. En el interior de la provincia hay además otros hospitales de mediana complejidad que reúnen aproximadamente otras 200 camas. Así, la disponibilidad provincial de camas de agudos ronda el número de 1.100. La oferta de camas públicas en internación de crónicos comprende 140 camas en un hospital geriátrico y 70 en un establecimiento neuropsiquiátrico.

Los dos hospitales principales citados son de alta complejidad; el Rawson tiene un importante servicio de terapia intensiva, que fue el primero instalado en el marco provincial. Dicho servicio no sólo satisfizo los requerimientos del área pública sino que recibió las derivaciones de ADOS y de la Federación de Clínicas. Hace poco una de las Clínicas de ADOS incorporó un servicio de esta naturaleza.

Entre los demandantes de servicios del sector público encontramos a los afiliados a Obras Sociales no nucleadas en ADOS y que disponen de escasos recursos financieros por afiliado, y a los sectores carenciados y de empleados por cuenta propia que reúnen aproximadamente el 20% de la población.

Hasta aquí hemos considerado a los tres subsectores en que se divide el mercado provincial de salud; veamos a continuación cómo es su funcionamiento. Como dijimos, el primero de los subsectores es el que cubre ADOS con efectores propios y abarca el 27% de la población provincial.

ADOS constituye el elemento idiosincrático del escenario de salud sanjua-  
nino. Se constituyó en 1970 como un ente sin fines de lucro que agrupaba a  
los beneficiarios de 17 Obras Sociales nacionales. En ese entonces adquiere  
las dos principales clínicas existentes en el ámbito provincial, como también  
varios centros de atención ambulatoria. Para la prestación de servicios ADOS  
contrata profesionales en forma asalariada, lo cual origina una clara fractura  
en el gremio médico: los así contratados deben abandonar el Colegio por  
cuanto éste sostiene como principio gremial la libre elección de médico y el  
pago por prestación. A ese conflicto se sumó el que se planteó con la Fede-  
ración de Clínicas y Sanatorios que también sustentaba el principio de la libre  
elección de efector y el pago por prestación.

ADOS opera normalmente utilizando a pleno su capacidad de internación  
y de atención ambulatoria, y derivando su demanda excedente hacia los  
profesionales del Colegio Médico y las clínicas de la Federación. El contrato  
capitado con PAMI es manejado por ADOS, lo que disminuye las oportu-  
nidades de fractura del frente de Clínicas y Sanatorios -como puede haberlas  
en el caso de Corrientes- ante el atractivo de establecer un vínculo "atado" con  
PAMI. El sector público atiende las patologías menos rentables, a los asocia-  
dos de Obras Sociales con menor cobertura, a los carenciados y a los emplea-  
dos por cuenta propia. La presencia de ADOS debilita el poder de negociación  
de la comunidad médica y de los propietarios de clínicas y sanatorios. Salvo  
las clínicas de ADOS y el Hospital Privado del Colegio Médico, la mayoría de  
las clínicas provinciales evidencian un bajo grado de equipamiento y poco  
cumplimiento de los estándares de acreditación oficiales.

Cerramos aquí este capítulo centrado en el estudio de la morfología y el  
comportamiento del mercado de salud. Como tuvimos oportunidad de mos-  
trar, no existe un único escenario nacional, sino un mosaico de situaciones di-  
ferentes en las que resulta claro el distinto poder relativo de negociación de  
los actores y, por ende, el distinto funcionamiento del mercado. Es verdade-  
ramente poco lo que se sabe sobre esos disímiles escenarios regionales y so-  
bre el comportamiento último de los varios grupos económicos -prestadores  
y prestatarios- que actúan en cada uno de ellos. Este capítulo describe algu-  
nos de los "comportamientos típicos" de los actores involucrados, pero reve-  
la también la urgente necesidad de seguir profundizando la investigación para  
reunir la información básica y los marcos interpretativos que integren estos  
comportamientos típicos en un cuadro global de situación.

El capítulo siguiente -quinto y último de este trabajo- está destinado a exa-  
minar algunos de los múltiples papeles que el sector público cumple en el cam-  
po de la salud.

## V. El sector público en el campo de la salud

Hasta aquí se examinó el funcionamiento de los mercados privados de salud; corresponde ahora encarar el rol que le cabe al sector público en este vasto territorio de la vida comunitaria.

En este capítulo veremos que la transición de largo plazo que está atravesando nuestro país desde la medicina estatal a la medicina comercial -transición que también está ocurriendo en otras latitudes del mundo- va recortando y redefiniendo el contenido y las formas de funcionamiento de lo que llamamos "sector público" en el campo de la salud. Desde esta perspectiva, el "sector público", en tanto prestador directo de servicios de salud, aparece como depositario último de todo aquello que la lógica de la tasa de ganancia va dejando fuera del campo de interés de la medicina comercial, brindada por prestadores privados.

El sector público actúa por lo menos en tres niveles distintos -nacional, provincial y municipal- cumpliendo roles diferentes que inciden directa e indirectamente sobre la salud de la población. Actúa como prestador directo de servicios cuando maneja un hospital o cuando brinda consultas ambulatorias a la población. En otro plano, cumple el rol de agente de regulación cuando se ocupa de la normatización, la acreditación y la fiscalización de las prestaciones que lleva a cabo el sector privado. Opera como ente de financiamiento cuando destina parte del presupuesto de la Administración Nacional a cubrir gastos de salud. A su vez, incide de manera indirecta en el cuadro de salud que exhibe la comunidad cuando se ocupa de proveer agua potable, excretas, servicios de recolección de basura y saneamiento ambiental, etc. También son de incidencia indirecta los esfuerzos del sector público por solventar la mayor parte de los estudios de pre y posgrado que se imparten en el país en el campo de la medicina. A dichos roles se agregan: vigilancia bromatológica y control de alimentos, producción y distribución gratuita de vacunas, atención primaria de la salud, farmacovigilancia, y un sinnúmero más de actividades que el Estado cumple en los tres niveles jurisdiccionales previamente mencionados.

Describir cada uno de dichos roles en cada nivel es una tarea compleja que, en buena medida, escapa a las posibilidades de este estudio. Además, las dificultades se potencian porque el escenario ha ido cambiando a través de la historia y porque el crecimiento y la complejización de los mercados fue-

ron construyendo una trama social cada vez más intrincada y difícil de ordenar y describir. Como en otros capítulos de este trabajo, nos proponemos presentar un diagnóstico general de situación que comience por una breve reseña histórica sobre el papel que el Estado cumplió en el sector salud en los albores de la organización nacional; luego nos acercaremos gradualmente al escenario que el país exhibe contemporáneamente en esta materia. La reseña histórica no es mera formalidad porque, como se verá, muchos aspectos centrales de la actual organización social de la medicina en nuestro medio constituyen herencia de larga data.

## **1. El sector público como prestador directo de servicios de salud**

Comencemos por examinar el papel del sector público en su rol de prestador directo de servicios de salud. En este sentido interesa estudiar cómo ha evolucionado en el hospital público la capacidad física instalada, la incorporación de recursos humanos calificados y equipos de alta complejidad, etc. En este tema habremos de caracterizar distintos "momentos" o "fases" históricas según el papel que el hospital público fue cumpliendo en el marco de la política gubernamental. En una etapa temprana el hospital público fue concebido como una institución destinada a atender sectores sociales de bajos ingresos -los "pobres de solemnidad", como se los llama en los documentos de la época. Pasa luego a una "fase" de rápido crecimiento y progreso tecnológico en la inmediata posguerra, momento en el que se visualiza al hospital público como eje de un proyecto de desarrollo de la solidaridad y de la previsión social que involucra la expansión de la cobertura médica (Carrillo, 1947). El proceso finaliza en nuestros días, en una situación en la que el sector público se va haciendo cargo de las patologías y tecnologías de atención o prevención consideradas como no rentables por el sector privado o que no cubre la seguridad social. Se acentúa así su pérdida de terreno relativo en materia de eficiencia, de nivel de complejidad y -en algunos campos terapéuticos más que en otros- de calidad del servicio ofrecido. Pasemos a considerar los detalles de esta extensa parábola histórica:

Los censos de 1887, 1904, etc., son documentos de gran riqueza informativa y prácticamente insustituibles a la hora de intentar una reconstrucción del escenario que en esta materia exhibe Argentina en las postrimerías del siglo pasado y los comienzos del presente.

El Hospital de Clínicas -que según el censo de 1887 contaba con 230 camas- fue el primer establecimiento asistencial importante en Argentina. En principio fue de carácter municipal hasta que, con la federalización de la ciudad de Buenos Aires en 1880, pasó a ser de jurisdicción y dominio de la Nación. Su origen puede encontrarse en la época colonial, en el primitivo Hospital San Martín que en 1806 fue trasladado a La Residencia, donde subsistió hasta 1882. En ese año se habilitó en el mismo sitio el Hospital Buenos Aires. Un año más tarde, en 1883, y por resolución del Congreso, aquél fue convertido en Hospital de Clínicas. Sin duda este hospital constituyó desde sus orígenes el principal centro de formación profesional con que contara el país. A la fecha del censo de 1887, 15 médicos y 16 practicantes conformaban su personal estable (Censo Municipal, 1887).

El cuadro V.1 muestra la distribución institucional de las 1.782 camas hospitalarias con que contaba la ciudad de Buenos Aires en el año indicado. De-

be tenerse presente que la nómina incluye establecimientos nacionales, municipales y de comunidades, tales como el Hospital Francés, el Italiano, el Español, el Inglés y el Alemán.

**Cuadro V.1. Situación hospitalaria de la Ciudad de Buenos Aires en 1887**

<i>Hospitales</i>	<i>Jurisdicción</i>	<i>Número de camas</i>	<i>Gastos anuales</i>	<i>Personal</i>	
				<i>Médicos</i>	<i>Practicantes</i>
Rivadavia	Beneficencia	186	77.568	6	9
Clínicas	Nacionales	230	157.080	15	16
Militar	Nacionales	160	43.008	n/d	n/d
San Roque	Municipales	320	106.728	7	10
Niños	Beneficencia	68	9.600	5	n/d
Aislamiento	Nacionales	50	49.200	n/d	n/d
Francés	Colectivos	90	42.022	n/d	n/d
Italiano	Colectivos	220	65.000	7	n/d
Español	Colectivos	115	57.000	6	13
Inglés	Colectivos	60	31.265	8	8
Alemán	Colectivos	40	20.000	n/d	n/d
Crónicos	nd.	67	24.440	n/d	n/d
Mixto	nd.	166	48.720	4	4
<b>TOTAL</b>		<b>1782</b>	<b>731.631</b>		

Fuente: Censo de la Capital Federal, setiembre 1887. Cap. IX, Hospitales, Asilos, etc., pág. 187.

Puede verse que ya 100 años atrás el sector salud de nuestro país mostraba varios rasgos estructurales que a través del tiempo ha mantenido y aun exacerbado.

En primer lugar, conviven en el ámbito capitalino establecimientos de diferente dependencia jurisdiccional; esto, sumado a la completa desarticulación organizativa que exhibe el sector permite que coexistan "...hospitales municipales repletos que no tienen ni un rincón ni una cama libre" y hospitales nacionales o de las Sociedades de Beneficencia que "ostentan espléndidas salas casi vacías"<sup>1</sup>.

Segundo, el hospital público -municipal o nacional- tiende a ser una institución para pobres; los extranjeros y los sectores de más altos ingresos logran una atención más esmerada, ya sea en los hospitales de comunidad (obsérvese el mayor gasto medio por cama que los mismos registran en 1887) o en un incipiente "sector privado", que según datos censales un poco posteriores -1909- reúne algo menos del 10% de las camas totales disponibles en la ciudad (Veronelli, 1975, pág. 38). En el citado comentario del Dr. Dellepiane al censo de 1904, éste informa que la Asistencia Pública -entidad municipal creada en 1856 al organizarse la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires- atiende a dos categorías de pobres: los de solemnidad, que tienen de-

<sup>1</sup> "La Beneficencia Pública", Informe del doctor Dellepiane, Censo de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1904), pág. 317.

recho a la asistencia médica gratuita, y los de segunda categoría, que deben abonar 30 centavos por consulta y receta. Estas últimas son personas que "...sin ser verdaderamente pobres no pueden costearse una asistencia particular" (Censo Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, 1904, pág. 304). Es el comisario seccional quien debe certificar la condición de pobreza y expedir un documento que la acredite.

Esta diferenciación en la atención (privada para los pacientes de mayores recursos y estatal para los pobres) permite comprender por qué varios años después -particularmente a partir de la década del cincuenta- el crecimiento del sistema de Obras Sociales tuvo como contrapartida la expansión de la infraestructura de efectores privados y no la del hospital público: los sectores gremiales sindicalizados históricamente han visualizado al hospital público como proveedor de un "bien inferior" frente a la opción de obtener atención privada.

Tercero, ya desde los orígenes del modelo prestador observamos una elevada variancia en gastos por cama; en el cuadro anterior, aun excluyendo el caso del Aislamiento -que es un hospital de enfermos contagiosos cuya cifra aparece muy alejada del resto de la distribución-, la variancia alcanza una relación de 1 a 4, lo que habla de fuertes diferencias de calidad y cobertura dentro de la misma medicina estatal. La falta de normatización y de un programa centralizado de fiscalización han permitido sin duda desde temprano la existencia de fuertes focos de inequidad e ineficiencia, incluso en el sector público.

En cuarto lugar, el censo de la Capital de 1904 -que revela la existencia de 13 establecimientos hospitalarios municipales- indica que existen habilitadas 8.578 camas "para los pobres del municipio y los provenientes del interior que llegan atraídos por la reputación de las clínicas de la metrópoli" (Censo Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, 1904, pág. 303). He aquí otro rasgo estructural de larga data del sistema nacional de salud: su fuerte concentración en el ámbito capitalino y la falta de desarrollo en el resto del territorio.

En resumen, la desarticulación administrativa, la coexistencia en el mismo ámbito geográfico de demanda excedente y capacidad subutilizada, la división en medicina para pobres en el ámbito estatal y medicina para sectores de mayores ingresos en el campo privado, las fuertes diferencias entre instituciones del campo estatal en lo que hace a gastos unitarios, la desigual cobertura geográfica y la gran concentración de recursos en el ámbito capitalino, son rasgos estructurales presentes desde siempre en nuestro medio.

Las diferencias y superposiciones jurisdiccionales se observaron primero entre la Sociedad de Beneficiencia y la Asistencia Pública haciendo que "...los recursos de aquélla, provenientes del Gobierno Nacional y de la Lotería sobrepasen en más de la mitad a los que el presupuesto municipal acuerda a la Asistencia Pública" (Censo Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, 1904). Esas diferencias se ahondan y multiplican cuando, sobre el final del siglo, se crea el Departamento Nacional de Higiene, que entra en conflicto con la Intendencia Municipal de Buenos Aires, particularmente en lo que atañe al manejo de epidemias y "enfermedades pestilentes". Dichos conflictos revelan con claridad la falta de un marco legal e institucional que delimite los fueros jurisdiccionales de las diversas reparticiones nacionales, provinciales y municipales en materia de salud pública, así como la ausencia de una autoridad central que la organice. Ambas carencias se seguirán arrastrando por largas décadas, hasta el presente.

Recién en los años cuarenta observamos cambios verdaderamente profundos en lo que podríamos denominar la "ingeniería institucional" del sistema. Esta denominación incluye tanto los aspectos de infraestructura física como los componentes de tipo ideológico y político en la forma de encarar la organización social y el financiamiento de los servicios de salud en el ámbito nacional (Plan Nacional de Salud Pública, 1947).

En esos años se produce un esfuerzo masivo -aunque no necesariamente muy ordenado- de organización del aparato burocrático del Estado en los distintos niveles políticos e institucionales en los que habría de manejarse el tema de la salud pública de allí en más. Así, el proceso comienza en 1943 con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública; continúa en 1946 con la incorporación a nivel de gabinete de gobierno de una Secretaría de Estado encargada del tema; culmina con la creación, en 1949, de un Ministerio de Salud Pública que, desde entonces, ha constituido la máxima autoridad nacional encargada del tema salud en nuestro medio. Los conflictos sobre fueros jurisdiccionales no se resuelven en la etapa política que el país recorre a lo largo de la inmediata posguerra; más aún, se ahondan al trasladarse también al ámbito de la relación entre la Secretaría de Trabajo y Previsión -encargada de la Asistencia Social y bajo la conducción en 1944 del entonces Coronel Juan Perón- y la Secretaría de Salud Pública. La Fundación Eva Perón, que, entre otros roles, absorbe los que cumplía la vieja Sociedad de Beneficencia, construye diversos establecimientos hospitalarios en el conurbano bonaerense (OIT, 1985, pág. 35), que posteriormente son transferidos al Ministerio de Salud Pública de la Nación. A pesar de que el Dr. R. Carrillo -Ministro de Salud Pública desde 1946- rechaza la división de jurisdicciones entre Salud Pública y Previsión Social, a lo largo de estos años no sólo no se avanza en otorgar mayor claridad organizativa al sector, sino que su manejo en función de objetivos políticos ajenos al campo propio de la salud, introduce diversas limitaciones al modelo de organización y financiamiento de la medicina que pretende desarrollar el Dr. Carrillo desde su Ministerio. Los grupos sindicales -que fueron adquiriendo creciente independencia del aparato estatal a lo largo de la década del cincuenta- y la Fundación Eva Perón pretenden desarrollar y capitalizar políticamente un masivo esfuerzo de organización institucional y de construcción de infraestructura física. De este modo llevaron a la aparición de una compleja trama de relaciones políticas y jurisdiccionales que restó fuerza al proyecto original de medicina estatal impulsado por el Dr. Carrillo (Véase Belmartino y Bloch, 1980).

Concomitantemente con esa complejización del cuadro institucional y con la superposición de niveles de responsabilidad, la segunda mitad de la década del cuarenta muestra también otros dos aspectos que conviene considerar a esta altura de nuestra reconstrucción histórica. Por un lado, aparece un cambio cualitativo en el "discurso ideológico" del Estado, en lo que hace a financiamiento y provisión de servicios de salud (Belmartino y Bloch, 1980); por otro, se produce una rápida expansión de la infraestructura física con que el Estado cuenta para la prestación de servicios.

Creemos conveniente examinar ambos temas. En relación con el primero, es importante observar que en esos años el discurso oficial comienza a hablar de la "semisocialización de la medicina" y el profesional del arte de curar pasa a ser visto como un funcionario del Estado que actúa bajo las órdenes y la responsabilidad de aquél (Discurso del General Perón del 4 de marzo de 1947, citado por J. Veronelli, 1975, pág. 65).

Con respecto al tema de la expansión de la infraestructura física, hay que comprender el cariz masivo y desordenado del crecimiento que alcanza en esos años la infraestructura de salud de nuestro país, gran parte de la cual es, por entonces, de propiedad pública. En 1946, el país tiene 66.300 camas hospitalarias"... de las cuales 15.424 pertenecen a establecimientos nacionales, 8.100 a establecimientos provinciales, 18.200 a establecimientos municipales, 815 a Universidades y 23.760 a mutuales y establecimientos privados. En 1951 las camas nacionales son 27.351, las provinciales 23.278, las municipales 20.877 y 1.700 las de universidades. La Fundación Eva Perón posee en ese año 18.130 camas, las Obras Sociales oficiales 2.040 y las privadas 21.233. Así, las 66.300 camas de 1946 se han convertido en 114.609 en 1951" (Veronelli y Rodríguez Campoamor, 1970, pág. 17). Continuando con esta rápida tendencia expansiva, el total de camas disponible en el país ha crecido hasta 134.218 en 1954. El presupuesto del Ministerio de Salud Pública se duplica en cuatro años y entre 1946 y 1951 el personal sufre un incremento equivalente a un 168% (Veronelli, 1975, pág. 67), pasando de 7.000 a 30.000 agentes. En 1955 el número de agentes alcanza a 35.000 empleados (OIT, 1986, pág. 36, tomado de Barrenechea *et al.*, 1963). Veronelli y Rodríguez Campoamor (1970, pág. 17) brindan otro indicador cuantitativo de este rápido proceso expansivo de la infraestructura pública de salud: "En junio de 1946 los edificios pertenecientes al Ministerio sumaban 401.917 metros cuadrados. En el período 1946-1961 se agregan 274.675 metros cuadrados".

Resulta claro que una incorporación masiva de recursos, como la que reflejan los números anteriores, casi necesariamente tenía que ocurrir en el marco de un profundo desequilibrio, con fuertes desbalances y "cuellos de botella" entre los distintos tipos de insumos y las formas organizativas de los servicios, y dando paso a un proceso de "indigestión" que llevaría varios años "digerir" y absorber adecuadamente en el marco social.

A pesar de la indudable carga ideológica que contiene, un detallado informe presentado en 1956 por el Dr. Odair P. Pedroso, consultor de la Oficina Panamericana de la Salud, permite comprender algunos aspectos microeconómicos de dicho proceso de crecimiento con desequilibrio de la infraestructura pública de salud. Entre sus páginas leemos lo siguiente (Pedroso, 1956):

"La mayor falla que se notó en los hospitales visitados es el sistema de administración. Todos tienen el mismo patrón, cualquiera sea su clase y tamaño, cualquiera sea la región en que se encuentran." (pág. 30).

"Hay un desconocimiento casi total de la técnica de administración hospitalaria, de sus funciones y del papel que un hospital debe desempeñar en la colectividad." (pág. 30).

"No existen organismos federales o provinciales suficientemente capacitados para orientar o solucionar los problemas vinculados con el desarrollo de la asistencia hospitalar ni tampoco personas suficientemente capacitadas para dirigir y resolver los problemas de funcionamiento y administración de hospitales." (pág. 30).

"No existen organismos fiscalizadores, encargados de inspeccionar y dar

licencias a las instituciones de asistencia hospitalar." (pág. 30). (Aquí se refiere también a la infraestructura hospitalaria privada).

"Por lo regular, no existe en los hospitales una organización médica similar a la de los demás países, esto es: director clínico, departamentalización, etc. (...) El número de enfermeras de nivel adecuado es irrisorio, (...) no existen dietistas, no existe una noción de lo que es el servicio social médico en los hospitales (a cargo de la atención primaria), como tampoco un servicio de Archivo Médico y de Estadísticas organizado, a pesar de que en la mayoría de los hospitales se hagan prontuarios médicos..." (pág. 31).

Además de comentar la organización de los servicios hospitalarios, el informe del Dr. Pedroso abunda en afirmaciones más generales relacionadas con las profundas carencias y "cuellos de botella" que el sector exhibe en ese momento a los ojos de un observador externo. Curiosamente la lista mantiene total validez al presente (Pedroso, 1956):

"En la República Argentina existe aún una diferenciación absoluta entre los conceptos de medicina asistencial (curativa) y social y sanitaria (preventiva). En la práctica todavía el significado de esta última es casi inexistente." (pág. 4).

"Los hospitales construidos en los últimos años satisfacen plenamente desde el punto de vista de la arquitectura hospitalar. Es de lamentar, sin embargo, que se haya seguido una estandarización exagerada de algunos tipos construidos en diferentes regiones del país" (pág. 10) "... Normalmente los hospitales fueron construidos sin exigencias de códigos o reglamentaciones sanitarias, no siendo necesaria siquiera la aprobación de la autoridad sanitaria..." (pág. 10).

"Fue común encontrar salas de primeros auxilios, estaciones sanitarias y hospitales rurales con ocupación inferior al 30% de pacientes. Se hace necesaria una revisión de la ubicación de muchos hospitales y sus zonas de influencia..." (pág. 12).

"La especialidad de la administración hospitalar se encuentra en la República Argentina en su infancia, por la carencia de los conocimientos básicos necesarios. Se confunde la medicina con el hospital, y el médico con un director o administrador. Se mezcla la técnica con la política anulándose, las más de las veces, la primera en beneficio de la segunda. De esta suerte fallan los principios fundamentales capaces de orientar cualquier administración. Derribados éstos, claudica la organización, fallan los sistemas, se malgastan recursos, resultan inoperantes los servicios, disminuye el rendimiento del personal, etc." (pág. 24).

El informe del Dr. Pedroso no hace más que corroborar un hecho intuitivamente obvio: la rápida expansión de la medicina estatal de fines de los años

cuarenta y principios de los años cincuenta ocurre en el marco de un complejo escenario social en el que abundan la desorganización y la superposición de fueros jurisdiccionales, los objetivos de naturaleza política y los desbalances y "cuellos de botella" intrasectoriales.

Hacia comienzos de los años cincuenta, el proceso expansivo de la infraestructura pública de salud comienza a perder impulso, como reflejo de la situación económica general que atraviesa el país tras la crisis de balance de pagos de 1952, la aparición de presiones inflacionarias y el deterioro del proceso de acumulación y crecimiento a nivel agregado (Katz y Kosacoff, 1987).

Conjuntamente con esta creciente incapacidad del sector público para seguir expandiendo su infraestructura de atención de la salud, cobra fuerza en los años cincuenta otro hecho que habrá de incidir profundamente sobre la dualidad "medicina estatal vs. medicina comercial", favoreciendo el desarrollo de esta última en detrimento de la primera. Nos referimos al decidido sesgo anti-hospital público, una entidad tradicionalmente asociada en Argentina a la atención de indigentes, que fuera tomando cuerpo en el movimiento sindical; este sesgo decididamente vuelca a dicho movimiento en favor del desarrollo de capacidad de internación propia y de subcontratación de servicios con el sector privado, considerado como proveedor de un "bien superior" y por lo tanto "preferible" al provisto por el hospital público.

Con respecto al primero de dichos temas, Belmartino y Bloch (1980, pág. 20) reflejan, a través de citas del Segundo Plan Quinquenal aprobado a fines de 1952, y de discursos del mismo Dr. Carrillo, "las crecientes dificultades afrontadas por el Ministerio para aumentar la capacidad instalada y financiar el funcionamiento de la existente". Dichos autores citan a R. Carrillo afirmando que "ha llegado el momento en que los fondos de rentas generales son insuficientes para seguir sosteniendo a los hospitales (...) Los servicios sanitarios nacionales están insuficientemente financiados, lo que se traduce en pobreza, falta de medios técnicos, mala organización y por ende deficiente servicio...". Como acertadamente afirman: "... los recursos del Estado han tocado su límite obligando a la reducción del gasto público..." (Belmartino y Bloch, 1980). Un indicador físico de esta situación puede hallarse en el hecho de que las 134.218 camas hospitalarias con que el país cuenta en 1954, pasan a ser sólo 121.250 en 1958 (OIT, 1986, págs. 36 y 61); es el sector público el que contrae la capacidad instalada, después de una década de vertiginosa expansión.

De allí en más, esta situación de desfinanciamiento en el sector público habría de volverse un fenómeno recurrente en el escenario económico nacional forzando respuestas como las siguientes: a) contracción lisa y llana del gasto público en salud, b) intentos de arancelamiento de los servicios brindados por el hospital público, c) proyectos y acciones concretas de transferencia de hospitales públicos nacionales a la órbita provincial y/o municipal, d) creciente aceptación del papel que las entidades privadas de atención médica pueden cumplir como prestadoras de servicios. En este último sentido es interesante observar que, todavía en 1951, el mismo Dr. Carrillo consideraba como transitorio el desarrollo de la infraestructura privada de atención de la salud. Sin embargo, de allí en adelante pasa a ser progresivamente aceptada como una posible salida de largo plazo a la crisis de financiamiento que padece el sector público.

Es importante observar que la manifiesta propensión del sector gremial a buscar atención médica en la esfera privada y/o a desarrollar capacidad propia de internación y atención ambulatoria, se manifiesta ya en los inicios de la

década del cincuenta; por entonces, sindicatos "grandes" del ámbito capitalino -Bancarios, Ferroviarios, Carnes, etc.- avanzan hacia el desarrollo de una infraestructura propia de atención ambulatoria e internación, mientras que otros sindicatos más pequeños buscan la subcontratación con el sector privado para satisfacer simultáneamente su preferencia por la atención médica privada y la necesidad de circunvalar las deseconomías de escala que les impone su dimensión más reducida.

El creciente desfinanciamiento del sector público lleva a que desde mediados de los años cincuenta la infraestructura pública de salud se reduzca no sólo en términos físicos, sino en su productividad por el deficiente mantenimiento y la obsolescencia tecnológica de las camas y equipos disponibles. Reflejando dicha situación, el reciente estudio del Banco Mundial indica que "... Muchos hospitales públicos tienen más de cuarenta años de antigüedad; poco o ningún mantenimiento han recibido durante los últimos 20 años. Como reflejo de ello 25% de la capacidad de internación de corto plazo está dilapidada más allá de toda posibilidad de reparación y otro 25% requiere una extensa tarea de mejoras. A su vez, los hospitales de crónicos son aun más viejos y 50% de sus camas están completamente obsoletas" (World Bank, 1987, pág. 31).

Acuciados por la creciente restricción financiera, sucesivos gobiernos a partir de fines de la década del cincuenta han intentado la descentralización ejecutiva y administrativa de los servicios nacionales, transfiriendo hospitales y servicios de esta jurisdicción a los ámbitos provincial y municipal. Además se intentó recurrentemente arancelar los servicios brindados por el hospital público, a fin de contribuir a su financiamiento. Como veremos a continuación, las acciones de este tipo, desligadas de una programación y reorganización global del sector salud, sólo aumentaron el grado de anarquía imperante en el sistema, empeorando la situación de desfinanciamiento de las entidades transferidas y deteriorando aun más el funcionamiento real y la imagen social del hospital público nacional. Veamos brevemente lo ocurrido en estos planos.

En relación con la gradual contracción de la infraestructura física de salud del Estado la información de catastros revela que las 97.319 camas que el sector público poseía en 1958, pasan a ser sólo 94.883 en 1980 (OIT, 1986). En ese mismo ínterin las camas privadas aumentan de 17.903 a 47.048; es decir, en 1969 constituían una cuarta parte del total y pasan a representar un tercio del conjunto a comienzos de la década del ochenta. A su vez, se observa una sustantiva reducción del peso relativo del sector público nacional frente a una marcada expansión del sector público provincial. Ello es lógica consecuencia de la política de transferencias jurisdiccionales que sucesivos gobiernos implementan desde fines de los años cincuenta y que pasamos a examinar.

El tema de la transferencia de hospitales nacionales a la órbita municipal y/o provincial adquiere presencia dentro de la agenda de política pública hacia 1957. Por entonces, una comisión de expertos internacionales sugiere utilizar este mecanismo para aliviar el presupuesto de la administración nacional. Así, una medida que, como la descentralización administrativa, debería haber permitido acercar el hospital público a la comunidad y ganar terreno en términos de participación comunitaria y de interacción entre usuarios y administradores, al ser instrumentada sin un adecuado marco programático y sólo como una salida de emergencia para enfrentar la escasez de recursos financieros del Estado nacional "...trajo como consecuencia un estado de

incertidumbre, de anarquía y de caos en los servicios asistenciales nacionales, con el resultado final de un desmantelamiento en cuanto a dotación de personal, renovación de equipos técnicos y mantenimiento presupuestario..." (Veronelli, 1975, pág. 77).<sup>2</sup> En el mismo discurso el Dr. Oñativia afirma: "...En muchas provincias se estableció la atención administrativa a cargo de la Nación y la técnica por las provincias, sistema que agravó aun más el panorama de crisis hospitalaria pues ni la Nación ni las provincias atendieron satisfactoriamente las necesidades del hospital..." (Veronelli, 1975, pág. 77).

La falta de un marco programático general para la descentralización administrativa del sistema hospitalario puede observarse en las marchas y contramarchas que se registran sobre el final de la década del cincuenta. En los primeros meses de 1958 se efectuaron transferencias parciales de establecimientos que pocos meses más tarde fueron reintegrados al Ministerio de Salud Pública de la Nación, para ser nuevamente transferidas en 1961 y 1962. Sobre el final de la década -1967/1968- volvemos a encontrar nuevas acciones de descentralización administrativa y ejecutiva (Veronelli, 1975, pág. 80). De esta forma, ya sobre el final de la década del sesenta, el presupuesto de salud del Estado Nacional ha pasado a constituir sólo una fracción menor del gasto público global que el país realiza en materia de salud -véase el análisis de este tema algo más adelante en el presente capítulo-; ahora son los presupuestos provinciales los que absorben la parte más sustantiva del esfuerzo público en esta materia. Como contrapartida de dicha transformación, las 23.278 camas provinciales que el país tenía en 1951 pasaron a ser 57.076 en 1980, en tanto que las camas nacionales han caído entre esas dos fechas de 27.351 a 10.580. *Pari pasu* con este cambio estructural del sector público consolidado, el peso relativo del sector privado aumentó significativamente en el curso de las décadas del sesenta y del setenta, de forma tal que las 23.273 camas privadas y de mutualidades de 1951 llegan a ser 55.127 en 1980 (World Bank, 1987, Tabla 6, Anexos 5-6).

Decíamos que junto con la idea de la descentralización administrativa en los años sesenta comienza a plantearse el tema del arancelamiento del hospital público, es decir, del pago directo por parte de los usuarios, como mecanismo de fortalecimiento financiero. En los hechos, ésta ha sido una vía poco exitosa para aportar recursos al erario público en la medida en que "... no existen incentivos para que el hospital público identifique a los pacientes según la obra social a que pertenecen y facturen a esta última los costos de atención de sus afiliados..." (World Bank, 1987, pág. 33). La información referida al uso que el sistema de Obras Sociales hace del hospital público es escasa y fragmentaria; el citado informe del Banco Mundial sugiere que el 40% del total de pacientes/día atendidos por el sector público (seguramente se refiere al ámbito municipal y capitalino) son afiliados del sistema de seguridad social, y datos preliminares recogidos en el interior del país (Villamil, 1987, comunicación privada) confirman dicha estimación. Pero, a pesar de esa falta de información, sin duda se puede afirmar que "... son las Obras Sociales más pobres las que son indirectamente subsidiadas por el hospital público..." (World Bank, 1987, pág. 34) a través de este mecanismo de no facturación por la atención de sus afiliados. En este sentido, también la comunidad empresaria resulta

<sup>2</sup> Veronelli cita este texto perteneciente a un discurso que el Ministro Oñativia pronunció en las jornadas de Salud Pública de 1963 llevadas a cabo en San Juan.

subsidiada en la medida en que el hospital público se hace cargo de accidentes de trabajo y de patologías y riesgos que según la legislación laboral deberían estar cubiertos por la empresa pero que en los hechos terminan siendo atendidos gratuitamente en hospitales públicos.

En resumen: la descentralización administrativa y ejecutiva y el arancelamiento de servicios -dos de los caminos elegidos para enfrentar la crisis de financiamiento que padece el hospital público desde fines de los años cincuenta- no parecen haber rendido mayores frutos. Esto "explica" la dramática caída de performance del hospital público a lo largo de los últimos años y hace que el mismo exhiba una tasa media de estadía por paciente relativamente alta -casi 11 días/paciente, en promedio- junto con una tasa de utilización que no supera el 60% de la capacidad instalada en hospitales de agudos, evidenciando así una performance *cuantitativa* relativamente pobre. Escasez de recursos financieros con los que afrontar gastos corrientes, desorganización administrativa, decaimiento de la infraestructura física, uso de tecnologías que exigen más mano de obra y más tiempo de internación, etc., constituyen explicaciones parciales y complementarias de la situación observada. Sin embargo, y tal como lo refleja el informe del Banco Mundial, lo anterior no constituye evidencia suficiente como para concluir afirmando que en la comparación con el sector privado en términos *cuantitativos* la inferioridad relativa del hospital público sea un hecho obvio y evidente. Este es un tema que "...da lugar a una apasionada controversia", en la que aún se carece de estudios de calidad y cobertura lo suficientemente detallados e imparciales como para extraer conclusiones definitivas. En este sentido la conclusión del reciente informe del Banco Mundial debe tomarse como un oportuno llamado de atención cuando afirma: "... La calidad de la atención es, en promedio, superior en los hospitales públicos especialmente en lo que concierne a quemados, pediatría, cirugía pediátrica, neurología e inmunología. La obsolescencia de los equipos impide en algunos casos una atención más actualizada. Sin embargo, en capitales de provincia y en la mayoría de las ciudades y pueblos pequeños del interior el hospital público aún hoy constituye la mejor atención disponible." (World Bank, 1987, pág. 32).

Hasta aquí lo referido al papel que el sector público ha cumplido y cumple en nuestro medio como prestador directo de servicios de salud en el plano de la internación hospitalaria. Hemos centrado nuestra atención en el tema de las camas hospitalarias como insumo central de la infraestructura física de atención. Pero, a pesar de su importancia, éste no es el único tema que reclama atención cuando pretendemos arrojar cierta luz sobre la evolución de la medicina estatal. Por ello, a continuación nos ocupamos de los recursos humanos calificados -médicos, personal de enfermería, etc.- y del equipamiento de alta complejidad, integrantes igualmente básicos de la función de producción de servicios de salud -tanto ambulatorios como de internación- del sector público.

Como vimos en el capítulo II, Argentina posee una dotación relativamente alta de médicos: 69.000 en actividad, según el censo de 1980 (World Bank, 1987, pág. 38) que, en términos aproximados, constituye un tercio del total de la fuerza de trabajo que emplea el sector salud en su conjunto. Esto implica la existencia de 425 habitantes por médico, cifra elevada según los estándares internacionales. Esta situación constituye un rasgo histórico de larga data. En 1914 el país contaba con 3.542 médicos, cifra que se eleva a 16.240 en 1947 y a 22.412 en 1954 (OIT, 1986, pág. 42); desde fecha temprana, pues, el

país exhibía índices de habitantes por médico del tipo de los que muchos países desarrollados recién alcanzan contemporáneamente.

Por el contrario, la dotación relativa de personal de enfermería no sólo es insuficiente en relación con el tamaño de la comunidad médica, sino que resulta sumamente baja según los patrones internacionales. Estadísticas oficiales revelan que en 1980 había en el país 64.685 enfermeras, lo que arroja prácticamente una relación de uno por uno respecto de los médicos. En países desarrollados dicha relación es del orden de 3 a 1 o de 4 a 1. Esto señala que existen fuertes diferencias entre nuestro país y los más desarrollados en la organización del trabajo médico y el papel que el médico juega dentro del equipo prestador de servicios de salud.

El catastro de 1980 indica que sobre 69.338 médicos activos en el país, el sector público emplea 35.452, es decir, el 51% de la nómina global. Ello, por supuesto, no dice nada acerca del número de horas de dedicación; puede suponerse que el elevado número de puestos en realidad encubre diversas formas de dedicación parcial complementadas con contratos simultáneos celebrados con unidades prestadoras del sector privado o del área de la seguridad social. Si recordamos que en dicho año el sector público operaba con 94.883 camas (OIT, 1986, pág. 10), surge un índice de 2,6 camas por médico en el área de la atención pública. El ya citado informe del Banco Mundial ubica en 1,79 las camas por médico en el sector privado (World Bank, 1987, Tabla 3, Anexos 6-5), pero la menor confiabilidad de la estadística de médicos empleados en el campo privado hace que el margen de error en dicho dato sea probablemente más alto que en el caso de la estadística pública. De todas formas, ambos indicadores son mucho más bajos que los que suelen prevalecer en el escenario internacional, donde cinco camas por médico constituye un número razonable. Este hecho justifica que el ya citado informe del Banco Mundial afirme que "...Los servicios hospitalarios están sobreabastecidos de médicos, lo que se pone en evidencia ante un promedio de 2,06 camas por médico. Es más, no parece haber grandes diferencias en este sentido entre el sector privado y el sector público. La productividad y la eficiencia son extremadamente bajas. Los médicos argentinos muestran una alta dedicación a su tarea. Pese a las pobres condiciones de trabajo la relación médico-paciente es normalmente buena y cálida. Sin embargo, existen múltiples razones que explican la baja performance tanto en el área pública como privada. Entre dichas razones se citan: el trabajo *part-time*, la fragmentación de tareas ("peacemeal" duties), los extensos tiempos de transporte (entre lugares de trabajo y pacientes), la escasa dotación de enfermeras y personal complementario, lo reducido y obsoleto del equipamiento disponible, etc., todo ello en adición a salarios bajos y a una sensación general de desaliento." (World Bank, 1987, pág. 39).

En lo que hace específicamente al equipamiento disponible, el cuadro V.2. confirma que la dotación de capital por cama atendida con que opera el sector público es mucho menor. Si a ello sumamos la mayor obsolescencia tecnológica y el peor estado de mantenimiento técnico de los equipos disponibles en hospitales públicos, obtenemos una explicación parcial pero significativa del diferencial de performance que es dable observar entre una y otra esferas de atención.

En el cuadro V.2. se puede observar que la disparidad en densidad de equipamiento de alta complejidad es muy significativa, aun tomando en consideración sola y exclusivamente las camas de agudos en el área pública, y el

hecho adicional de que, al basarse la información en el Catastro de 1980, los datos subestiman el número absoluto de equipos de alta complejidad disponibles en el sector privado. Este sector, entre dicho año y el presente, ha continuado importando a pasos acelerados equipos como los involucrados en el cuadro V.2. Véase en este sentido el "Estudio de Mercado sobre el sector Electromédico" (1986, pág. 3) cuando dice: "Información adicional obtenida de importadores y representantes de firmas vendedoras del exterior indica que en 1980/81 se instalaron en el país 40 tomógrafos computados y no menos de 80 cámaras gamma, electrocardiógrafos, etc., de última generación..."

**Cuadro V.2. Equipamiento de alta complejidad disponible en hospitales públicos y privados**

<i>Equipos</i>	<i>Sector Público Nº Equipos</i>	<i>Sector Privado (*) Nº Equipos</i>	<i>Total de Equipos</i>
Ecógrafos	112	425	566
Riñón artificial	107	353	489
Mamógrafos	27	120	156
Bombas de Cesio	5	8	13
Tomógrafos	2	28	30
Bombas de circulación extracorpórea	52	127	187
Rayos Láser	2	4	6
Centellógrafos	63	110	177
Cámaras Gamma	13	33	48

(\*) La información sobre el sector privado excluye los datos referidos a la seguridad social. La última columna refleja el total de equipos disponibles en 1980, incluidos los que operan en el área de las obras sociales.

Camas totales sector público 94.883; de agudos: 70.095

Camas totales sector privado 47.048; de agudos: 41.096.

Fuente: Dirección de Estadísticas de Salud. Recursos en Operación, diciembre 1985.

Cerramos aquí lo relativo al papel del sector público como prestador directo de servicios ambulatorios y de internación hospitalaria. En nuestra opinión no es aconsejable comparar estadísticas de performance entre éste y el sector privado, esto es, reflexionar acerca del número de egresos, días de estadía, número de consultas ambulatorias evacuadas, etc., en uno y otro casos, como frecuentemente se hace en estudios de esta índole. Dada la distinta organización del trabajo médico, la diferente dotación de personal complementario que integra el equipo de salud, la intensidad absolutamente incomparable de capital físico por cama, médico, etc., el hecho de que en uno y otro casos se esté prestando atención a individuos de distinto nivel socioeconómico y, por ende, con distinto nivel nutricional y de "calidad de vida", el hecho de que muchas veces los hospitales públicos brindan formación profesional a los residentes médicos y que ello tiende a afectar el tiempo de estadía de los enfermos,

etc., tornan sumamente dudosos los índices comparativos de performance entre los sectores público y privado, y pueden inducir a más de un error de apreciación. Resulta mucho más razonable preguntarnos cómo ha ido cambiando la performance del sector público a través del tiempo, manteniendo cuasi constante la naturaleza del universo bajo observación.

El cuadro V.3. da cuenta de la información recogida en ese sentido en el marco de los hospitales públicos de la Capital Federal operados por la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. La estadística revela con toda claridad que la productividad del sector público ha ido creciendo significativamente a través de los años.

**Cuadro V.3. Productividad del recurso cama.**  
**Establecimientos de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad**  
**de la Ciudad de Buenos Aires**

<i>Año</i>	<i>Camas Disponibles</i>	<i>Camas Ocupadas</i>	<i>Promedio Permanencia</i>	<i>Giro de Camas</i>	<i>Consultas por Egreso</i>
1970	12.302	79,90	18,10	16,20	18,20
1971	12.025	79,20	17,30	16,70	20,20
1972	11.869	77,90	17,40	16,40	19,70
1973	11.900	75,60	17,30	16,00	21,70
1974	11.887	73,20	17,60	15,20	22,90
1975	11.666	72,60	17,10	15,50	21,60
1976	11.575	70,90	16,00	16,20	24,60
1977	9.432	67,60	15,10	16,40	26,10
1978	7.461	71,00	13,50	19,20	27,40
1979	6.588	74,40	12,40	21,80	28,10
1980	6.205	79,50	12,40	23,40	27,30
1981	6.091	75,00	12,20	22,30	29,10
1982	6.007	76,90	12,30	22,90	30,30
1983	6.031	78,90	12,60	22,80	33,60

Fuente: Plan de Salud de la Ciudad de Buenos Aires 1985-1989.  
Municipalidad Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Salud Pública

## 2. El sector público como ente regulatorio

A poco que el investigador penetra en el estudio del papel que el sector público cumple como ente regulador en el campo de la salud, advierte problemas de confusión jurisdiccional, de superposición de roles gremiales y regulatorios por parte de distintos núcleos prestadores de servicios, y de fragmentación institucional. Todo ello dificulta sustantivamente el funcionamiento del sector tomado en su conjunto. La falta de patrones claros de normatización, acreditación y fiscalización de las diversas actividades involucradas en el campo de la salud lleva a que el funcionamiento y la administración del sector resulte mediatizado por un complejo sustrato de relaciones políticas interprovinciales que, en más de una oportunidad, se erige como ba-

rera para la racionalización y mejora de los servicios de salud. Muchos de estos temas ya mencionados en secciones anteriores son problemas de larga data en el ámbito nacional y en no pocas oportunidades su origen debe buscarse en el fundamento jurídico del Estado Federal sancionado en la Constitución, o sea que proviene de uno de los pilares esenciales de la organización política de nuestro país.

Observamos en este sentido que "...Las provincias conservan todos los poderes inherentes que no hayan delegado por la Constitución en el gobierno federal. Siendo que el número de los poderes confiados al gobierno federal es limitado, el poder provincial es, por lo tanto, la regla genérica y el poder federal es la excepción." Entre los poderes expresamente delegados al gobierno federal *no se menciona la salud* tema que, por lo tanto, queda dentro de la competencia o jurisdicción provincial. (Art. 104 y 67 inc. 28 de la Constitución).

Hasta aquí el cuadro institucional parece claro: las provincias son las que tienen jurisdicción en materia de salud. Sin embargo, las cosas no resultan tan sencillas. Por un lado, porque la Nación actúa -mucho más en el pasado que contemporáneamente- con efectores propios que trabajan a nivel provincial. Por otro, porque existen programas de carácter nacional -vacunación, Chagas, etc.- que se manejan desde el nivel federal. Ambas cosas llevan a crear la figura de los "delegados regionales", que no son más que representantes federales que actúan en el ámbito provincial. La posibilidad de duplicación y superposición de funciones resulta aquí clara. El problema, sin embargo, no termina en esto: Existen en el marco del sector salud diversas actividades que se llevan a cabo cubriendo el ámbito nacional -por ejemplo, la producción y distribución de medicamentos- y para las cuales la matriculación y fiscalización debe ser por definición de ámbito nacional, a pesar de que el efector opere en el medio provincial. También ocurre que la capacidad regulatoria de las distintas provincias varía según el grado de desarrollo madurativo de sus planteles administrativos, razón por la cual las más pobres muchas veces depositan en el ámbito federal acciones regulatorias de jurisdicción provincial.

Complicando aun más el cuadro se agrega la problemática jurisdiccional de la Capital Federal. En el caso de ésta "el gobierno político se encomienda al Congreso (como legislatura local) mientras que el régimen municipal o régimen administrativo de la ciudad se reserva para ser ejercido por la Municipalidad en la forma en que el Congreso preceptúe" (Plan de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, pág. 64).

Ocurre entonces que, mientras que en la Capital Federal la Nación es la que matricula médicos, el Municipio es el que se encarga de la habilitación e inspección de clínicas y sanatorios. Ocurre también que en las provincias la acreditación de médicos -y otras acciones de contralor ético- las cumple una entidad paraestatal que es el Colegio Médico; este último es distinto del Círculo Médico que, en realidad, es una institución de carácter gremial y de afiliación no obligatoria para los profesionales en medicina. Pero no en todas las provincias hay Colegio y Círculo Médico, razón por la que la acción de acreditación y contralor médico tiende a superponerse con la acción gremial, hecho no necesariamente aconsejable. En la provincia de Buenos Aires, la matriculación médica la realiza el Estado Nacional en una delegación de funciones propias del estado provincial.

En síntesis, el rol regulatorio del Estado en el campo de la salud fue pobre y confuso desde hace 100 años y continúa siéndolo al presente, debido a un

cuadro jurídico-institucional poco claro. En él se superponen los fueros nacionales, provinciales y municipales, en él se mezclan las funciones ético-regulatorias con las actividades gremiales y corporativas, etc. Resulta claro que será necesario llevar a cabo, ante todo, una extensa labor de "ingeniería institucional" para poder normatizar los servicios de salud que se desea dar a la población, supervisar adecuadamente la acreditación de efectores, fiscalizar *ex post* el cumplimiento de normas, etcétera.

Pero la falta de un marco jurídico-institucional adecuado no es el único motivo por el que asistimos a un marcado fracaso del Estado en el plano regulatorio. Otro factor fundamental es la creciente estrechez financiera con que se desempeñan tanto la Secretaría de Salud Pública de la Nación como las autoridades de salud de los respectivos estados provinciales. (Para una clara identificación de lo magro e insuficiente de los recursos públicos disponibles en esta materia a nivel nacional véase el cuadro V.4.; se carece de información de esta índole a nivel provincial o municipal).

Es más, las diferencias ideológico-políticas que subsisten en la base misma del sistema llevan a que el logro de acciones concertadas y el afianzamiento de un marco regulatorio adecuado sigan tropezando en la actualidad con graves dificultades. A raíz de todo esto el tema de la salud, junto con otros en los que el país todavía reclama avanzar hacia un verdadero Pacto Federal que trascienda de lo meramente declarativo, aparece como prioritario en la agenda política de años venideros.

**Cuadro V.4. Estructura del gasto de la Secretaría de Salud Pública de la Nación e INOS  
(en miles de Australes de 1985)**

	Secretaría de Salud Pública									Total Sec. Salud
	PGM 015	PGM 026	PGM 050	PGM 037	PGM 010	PGM 033	PGM 036	FAM	INOS (2)	
Personal	22.626,4	4.201,8	92,4	1.409,8	3.818,5	3.259,8	--	--	909,0	36.317,7
Bienes de consumo	14.459,5	7.252,0	3,9	609,0	744,4	206,6	--	1.611,5	144,0	25.030,9
- Alimentos y prod. agropecuarios	2.347,3	748,5	--	--	--	--	--	--	--	3.095,8
- Prod. químicos y medicinales	3.604,2	5.319,8	--	472,8	148,2	86,1	--	1.611,5	--	11.242,6
Servicios no person.	6.261,9	722,3	5,3	217,4	3.879,4	253,5	--	--	211,0	11.550,8
Transferencias para erogaciones ctes.	1.587,5	--	--	5,6	1.384,8	--	25.548,0	--	44.921,0 (1)	73.446,9
Transferencias para erogaciones de cap.	508,6	--	367,3	--	--	--	14.721,0	--	2.226,0 (1)	17.822,9
Equipamiento e Inversiones	6.971,2	529,0	4.895,2	36,6	58,9	459,6	--	--	15,0	12.965,5
Préstamos a otros entes del sector Púb. y Obras Sociales	--	--	--	--	--	--	--	--	15.362,0 (1)	15.362,0
Totales por programa	52.415,1	12.705,1	5.364,1	2.278,4	9.886,0	4.179,5	40.269,0	3.223,0	63.788,0	192.496,7

Fuente: Ley de Presupuesto, 1985

015: PGM de Medicina Asistencial y Rehabilitación (Hospitales Nacionales)

026: PGM de Medicina Sanitaria (Atención de Salud de las Personas, Maternidad e Infancia, Epidemiología, programas de Vacunación y Educación para la Salud).

050: PGM de Construcciones Sanitarias (54% del monto gastado corresponde a la construcción del Hospital Nacional de Pediatría).

037: PGM de Optimización del Medio Ambiente (Incluye tratamiento del Chagas mediante delegaciones sanitarias nacionales que fiscalizan a las provincias y realizan campañas de fumigación conjunta con las mismas).

010: PGM de Conducción y Administración (Los viajes oficiales de todos los funcionarios como así también las transferencias a organismos internacionales como OPS y OMS se pagan a través de este programa).

033: PGM de Fiscalización y Control (Si bien el programa tiene un presupuesto reducido, su impacto social es significativo, ya que su organismo más importante es el que fiscaliza drogas, medicamentos y alimentos).

036: PGM de Asistencia a las Provincias (PAS)

(1) Transferido a Obras Sociales

(2) No proviene de rentas del Tesoro. Está financiado con recursos provenientes del Fondo de Redistribución del INOS, recursos que son un por ciento de la recaudación de Obras Sociales.



## VI. Reflexiones finales

Cerramos aquí el presente diagnóstico del cuadro de situación que el sector salud exhibe actualmente en la República Argentina.

El mismo revela que en un país que gasta en el cuidado y la restauración de la salud de sus habitantes cerca del 8% del PBI -5.400 millones de dólares anuales, lo que arroja 180 dólares por habitante-, que posee aproximadamente 70.000 médicos activos -uno cada 425 personas-, que cuenta con 150.000 camas sanatoriales y que consume 1.500 millones de dólares anuales de productos farmacéuticos -50 dólares por año *per capita*- las condiciones de equidad y eficiencia con que opera el sistema distan de ser socialmente satisfactorias.

La raíz última de este hecho es tanto económica como política. En lo relativo al aspecto económico, hemos mostrado que el imperfecto funcionamiento de los mercados -de servicios médicos, de atención sanatorial, de productos farmacéuticos, etc.- y la creciente incapacidad del aparato regulatorio estatal para normatizar la cobertura que se desea brindar a la población, para manejar adecuadamente la acreditación de agentes proveedores de bienes y servicios y para fiscalizar *ex post* el cumplimiento de las normas, abren camino a un sinnúmero de prácticas restrictivas, formas de sobreprestación y sobreconsumo, etc., que favorecen escasamente el bienestar comunitario. El sobreconsumo y la sobreprestación propia de los tramos más altos de la pirámide de ingresos conviven con la falta de servicios médicos, de atención sanatorial y de medicamentos en los tramos bajos de la misma, pudiéndose estimar que no menos del 20% de la población nacional revista en la categoría de sectores carenciados.

En lo que hace a las raíces políticas de la situación observada cabe destacar que la cuestión salud, al haber sido un tema recurrente de negociación política entre Estado y sindicatos, se ha manejado en nuestro medio con pautas muchas veces ajenas a las verdaderas necesidades de la población y a su cambiante cuadro etáreo, de morbilidad, etcétera.

Visto en una perspectiva de largo plazo nuestro país está transitando desde la medicina estatal hacia la medicina comercial en un escenario de mercados altamente imperfectos, con una pronunciada conflictividad política y con una creciente incapacidad del sector público para regular la producción y la distribución de bienes y servicios.

El presente estudio pone de manifiesto estos temas y sugiere la conveniencia de futuras exploraciones micro y macroeconómicas que arrojen nueva y más detallada luz sobre los problemas expuestos. Será difícil reordenar el funcionamiento de los mercados, replantear la relación entre sector público y sector privado y recuperar los niveles de equidad y eficiencia hoy perdidos, si nuestra sociedad no profundiza el estudio, el debate y la participación comunitaria en torno de estos temas.

## Referencias bibliográficas

- Banta, H. David y Russell, Louise B., "Políticas sobre tecnología médica: una revisión internacional", en *Cuadernos Médico Sociales*, nº 20, 1982.
- Belmartino, Susana y Bloch, Carlos, "La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo", en *Cuadernos Médico Sociales*, nº 14, 1980.
- Belmartino, Susana, Bloch, Carlos y de Quinteros, Z.T., "Estructura y dinámica ocupacional del médico: Rosario 1978", en *Cuadernos Médico Sociales*, Número especial, octubre 1980.
- Belmartino, Susana y Bloch, Carlos, "Políticas sociales y seguridad social en Argentina", en *Cuadernos Médico Sociales*, nº 22, 1982.
- Belmartino, Susana, Bloch, Carlos, Luppi, Irene y Troncoso, María del Carmen, "El mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en la Argentina", en *Cuadernos Médico Sociales*, nº 36, 1986.
- Belmartino, Susana, Bloch, Carlos, Persello, A.V. y Quiroga, H., "Las instituciones de salud en la Argentina. Desarrollo y crisis", Buenos Aires, Secretaría de Ciencia y Técnica, 1987.
- Borini, Leopoldo, "Estrategias para la incorporación de tecnología médica en la Argentina", en *Cuadernos Médico Sociales*, números 29 y 30, 1984.
- Carrillo, Ramón, *Introducción al Plan Analítico de Salud Pública*, Buenos Aires, 1947.
- Censo de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1887).
- Censo Municipal de la Ciudad de Buenos Aires* (1904).
- Comisión Coordinadora de los Servicios Sociales Sindicales "Encuesta preliminar sobre Obras y Servicios Sociales Sindicales", Decreto 2.318/67, 1967.
- CONCISA, "Gasto en Salud y Medicamentos, Argentina 1985", mayo de 1987.
- Corne, A.E.C. de et al., "Panorama Histórico de la medicina argentina", Buenos Aires, Ed. Todo es Historia S.R.L., 1977.
- Cuadernos Médico Sociales, "Proyecto de Ley sobre Seguro Nacional de Salud: posición de la Confederación Médica de la República Argentina", nº 36, 1986.
- Diario *Buenos Aires Herald*, "A brief history of the British Hospital", número aniversario, 28 de octubre de 1944.
- Diario *Clarín*, Solicitada de ACLIBA, junio de 1987.

- Díaz, Alejandro, Carlos, F., *Ensayos sobre la historia económica argentina*, Buenos Aires, Amorrortu, 1975.
- Doyon, Louise M., "El crecimiento sindical bajo el peronismo", en *Desarrollo Económico*, nº 57, Buenos Aires, 1975.
- "Estudio de Mercado sobre el Sector Electromédico argentino", 1986, trabajo mimeografiado.
- Estudio Mendocino, "Evaluación de la facturación de servicios por atención médica a las Obras Sociales", Mendoza, 1982, trabajo mimeografiado no publicado.
- FECLIBA, "Variables que determinan las coberturas en el sector salud", 1987.
- Feldman, J., Golbert, L. e Isuani, E.A., "Maduración y crisis del Sistema Previsional Argentino", en *Boletín Techint*, nº 240, 1986.
- FEMEBA, Asesoramiento Estadístico, "Facturación por médico para todas las Obras Sociales por entidad primaria y por mes", julio 1983.
- "Recursos humanos médicos en la Provincia de Buenos Aires", 1983.
- Fernández, Heriberto H., "Medicamentos y prestaciones de salud", en *Boletín Económico*, CAEME, Año VIII, nº 36, febrero 1982.
- FIEL, "Gasto Público-Propuesta de Reforma del Sector Público Argentino", noviembre 1986.
- FRECH III, H.E. "Ted" y Ginsburg, Paul B., "Imposed Health Insurance in Monopolistical Markets: A Theoretical Analysis", en *Economic Inquiry*, vol. 13, nº 1, marzo 1975, págs. 55-70.
- Gaffuri, Mario C., "El mutualismo en la República Argentina", Tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Buenos Aires, 1939.
- García, Juan César, "La medicina estatal en América Latina (1880-1930)", en *Revista Latinoamericana de Salud*, julio 1981.
- Giménez, Angel, "Proyecto de Ley de Sociedades de Socorros Mutuos", 1914.
- Golbert, Laura, "El envejecimiento de la población y su impacto sobre la Seguridad Social", 1987, en *Boletín Informativo Techint*, enero 1988.
- I.M.S., "Argentina, mercado farmacéutico", varios números.
- Informe Kefauver, "Report for the Committee on the Judiciary: Administers Prices. Drugs", U.S. Government Printing Office, Washington D.C., 1961.
- INOS, "Las obras sociales en la República Argentina", 1972.
- El Sistema Nacional de Obras Sociales, 1974.
- Isuani, Ernesto A., *Los orígenes conflictivos de la seguridad social argentina*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1985.
- Katz, Jorge M. et al., *Oligopolio, firmas nacionales y empresas multinacionales. La industria farmacéutica argentina*, Siglo XXI, junio de 1974.
- "Reestructuración productiva y empleo: el caso de la industria farmacéutica", Proyecto Gobierno Argentino-PNUD-OIT, ARG/84/029, diciembre 1986.
- *La industria farmacéutica y farmoquímica: desarrollo histórico y posibilidades futuras: Argentina, Brasil y México*, Buenos Aires, CEPAL, 1987.
- Katz, Jorge M. y Kosacoff, Bernardo, "El sector manufacturero argentino: maduración, retroceso y prospectiva", octubre 1987, trabajo mimeografiado no publicado.
- Machado, M.H. y Leite, I.B., "La médica y el mercado de trabajo", en *Cuadernos Médico Sociales*, nº 35, 1986.
- Marracino, Camilo, "El modelo prestacional vigente", en *Medicina y Sociedad*, vol. 9, nº 4, 1986.

- "Perspectivas del sistema de atención médica en la República Argentina", CONFELISA, 1987.
- Mastrangelo, Clotilde L., "La Mutualidad en la Argentina", en *Boletines Informativos del Instituto Nacional de Acción Mutual*, nº 30 a 36, 1984 y 1985.
- Ministerio de Bienestar Social, "Separata del Informe Final de la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales", 1968.
- Molinerio, M.I.P. de, Fonteau, I., Pulizzi, M.C. del C., Romero Lago, P., Tomé, M.S. y Muller, M., "Gasto en salud y utilización de servicios en el Sistema de Obras Sociales", t. II, 1985, trabajo mimeografiado.
- Fonteau, Inés y Tomé, María S. "Estructura del gasto en prestaciones médico asistenciales", 1987, trabajo mimeografiado.
- M.P.A.S. Y OPS/OMS, "Argentina: descripción de su situación de salud", 1985.
- Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente, "Plan de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 1985-1989".
- Nascimbene, Mario C., *Historia de los italianos en la Argentina (1835-1920)*, Buenos Aires, CEMELA, 1986.
- Nasino, Pablo, B., *Tratado de Economía Social y Mutualismo Argentino*, Buenos Aires, Establecimientos Gráficos Franco, 1919.
- Niklison, Carlos, A., *Contribución al estudio del movimiento mutualista*, Santa Fe, Universidad Nacional del Litoral, 1938.
- OIT, *La terciarización del empleo en la Argentina: el Sector Salud*, 1986.
- Pampliega, Eneas L., "La financiación: clave para la implementación de políticas de salud", en *Medicina y Sociedad*, 1984.
- Pedroso, Odair, "Informe presentado por el Consultor en Administración de Hospitales de la Oficina Sanitaria Panamericana", 1959, reimpresso por la Escuela de Salud Pública, UBA, 1968.
- Pérez Arias, E.B. y Feller, J.J., "Estructura y dinámica del recurso humano médico de la Provincia de Buenos Aires", en *Cuadernos Médico Sociales*, nº 26, 1983.
- Plan Nacional de Salud Pública*, Buenos Aires, 1947.
- Plaza, Carlos de la, "Participación de los médicos en el desarrollo de la Seguridad Social", FEMEB, Documento nº 4, 1986.
- Presidencia de la Nación, Secretaría del Consejo Nacional de Desarrollo, Sector Salud, "Encuesta preliminar sobre Obras Sociales y Mutualidades (Resultados parciales)", Buenos Aires, 1965.
- Reale, Armando M., Laspiur, Juan M. y O'Donnell, Juan C., "El Nomenclador Nacional. Sus antecedentes y características en el sistema arancelado", en *Medicina y Sociedad*, 1978.

- Troncoso, María del Carmen, "Evolución histórica de la educación médica en Argentina y su relación con el Sistema de Salud y la práctica médica", en *Cuadernos Médico Sociales*, nº 32, 1985.
- Vernon, Raymond, "International Investment and International Trade in the Product Cycle", en *Quarterly Journal of Economics*, May 1966.
- Veronelli, Juan C. y Rodríguez Campoamor, N., "La política sanitaria nacional", en *Cuadernos de Salud Pública*, números 6 y 7, Buenos Aires, 1971.
- *Medicina, gobierno y sociedad*, Buenos Aires, 1975.
- Villamil, A., Comunicación privada, 1987.
- Vuegen, Silvia, "Hospital y espacio de atención. El caso del Hospital Rivadavia", 1987, trabajo mimeografiado.
- World Bank, *Argentina: Population, Health and Nutrition Sector Review*, January 1987.

# Indice

Introducción .....	7
I. Los temas centrales de esta investigación .....	9
II. Morfología de los mercados. Proveedores de bienes y servicios para la atención de la salud .....	17
1. Introducción .....	17
2. El mercado de servicios médicos .....	20
3. El mercado de servicios sanatoriales .....	27
4. El mercado de medicamentos .....	30
5. Interdependencias mutuas y génesis de la puja distributiva .....	33
III. Situación contemporánea de la seguridad social médica en la República Argentina: el sistema de Obras Sociales .....	35
1. Introducción .....	35
2. La década del sesenta: consolidación de los grupos proveedores y compradores en el mercado doméstico de salud .....	36
3. Aparición del Instituto Nacional de Obras Sociales como ente estatal de superintendencia y regulación del sistema. Génesis de las leyes 18.610 y 22.269 .....	41
4. El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS): un nuevo intento trunco de reorganización de la oferta y la demanda en el mercado de atención médica .....	45
5. Formación de precios en el mercado doméstico de salud: papel del Nomenclador Nacional de Aranceles como determinante de la conducta médico-empresaria .....	54
6. El escenario contemporáneo: papel de las modificaciones en el nomenclador como incentivo para la incorporación de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento .....	56
7. Los problemas del "modelo financiero" de la seguridad social médica. El Fondo de Redistribución .....	61

8.	La interrelación entre el sector de la seguridad social y el sistema de hospitales públicos: utilización de este último por la población sin cobertura médica .....	62
9.	La ampliación de la cobertura previsional: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y el Programa de Atención Médica Integral ...	63
10.	Conclusiones sobre la actual situación de la seguridad social médica y el impacto del envejecimiento de la población beneficiaria .....	67
11.	Apéndice histórico .....	69
	11.1. Antecedentes históricos de la seguridad social en la República Argentina: las sociedades de socorros mutuos en las primeras décadas del siglo .....	69
	11.2. Las décadas de 1930 y 1940. Cambios en las relaciones de poder Estado- sindicatos y el surgimiento de las Obras Sociales .....	77
IV.	Funcionamiento del mercado de salud .....	83
	1. El mercado de salud desde una perspectiva agregada .....	84
	2. Distintos modelos de funcionamiento del sector salud a lo largo de la geografía nacional .....	89
	2.1. El caso de la provincia de Corrientes .....	89
	2.2. El caso de la provincia de Mendoza .....	93
	2.3. El caso de la provincia de San Juan .....	96
V.	El sector público en el campo de la salud .....	99
	1. El sector público como prestador directo de servicios de salud .....	100
	2. El sector público como ente regulador .....	112
VI.	Reflexiones finales .....	117
	Referencias bibliográficas .....	119

## Indice de cuadros

II.1.	Estructura del gasto en salud según información INOS 1987 .....	19
II.2.	Veinticinco laboratorios farmacéuticos en 1969 y 1984 .....	32
III.1.	Cuadro General de las Mutualidades en Buenos Aires. Año 1910 .....	72
V.1.	Situación hospitalaria de la Ciudad de Buenos Aires en 1887 .....	101
V.2.	Equipamiento de alta complejidad disponible en hospitales públicos y privados .....	111
V.3.	Productividad del recurso cama. Establecimientos de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires .....	112
V.4.	Estructura del gasto de la Secretaría de Salud Pública de la Nación e INOS (en miles de Australes de 1985) .....	115

