

Atención Gerenciada: la Reforma Silenciosa*

Celia Iriart¹, Silvia Faraone² y Howard Waitzkin P³

RESUMEN

La atención gerenciada opera como un instituyente silencioso de la reforma de la seguridad social médica. En muchos casos genera rearticulaciones contradictorias y conflictivas entre procesos macro y micropolíticos, y entre los propios defensores del proyecto neoliberal. La desregulación de la seguridad social médica en Argentina es un ejemplo paradigmático de las políticas del Banco Mundial y sus gobiernos aliados, para favorecer la introducción del capital financiero multinacional en el sistema de salud.

El caso argentino es importante de analizar porque la seguridad social médica (obras sociales) maneja un porcentaje muy alto del total del gasto en salud, el sindicalismo conduce la mayoría de estas instituciones, y está siendo cooptado por

ABSTRACT

Managed care works as a silent institutional process in the reform of medical social security systems. In many cases it generates contradictory and conflicting re-articulations between macro-political and micro-political processes and among neoliberal project followers. The dismantling of the medical social security system in Argentina is a paradigmatic example of how the policies of the World Bank and its allied governments favor the introduction of multinational financemnt in the health system.

It is important to analyse the case of Argentina, because the medical social security system (called "social works") manages a high percentage of the total health budget and also because the unions that control most social security

Fecha de recepción: septiembre 13 de 1999
Fecha de aprobación: diciembre 17 de 1999

¹ Division of Community Medicine, Department of Family and Community Medicine, University of New Mexico, USA, y Central de Trabajadores Argentinos (CTA).
E-mail: iriart@unm.edu

² Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, y Central de Trabajadores Argentinos (CTA).
E-mail: sfaraone@mail.retina.ar

* Este artículo se basa en el capítulo del mismo nombre, que forma parte de la tesis de doctorado "Atención Gerenciada: Instituyente de la Reforma Neoliberal" defendida por Celia Iriart en la Universidad de Campinas (UNICAMP), Brasil, en marzo de 1999.

³ Division of Community Medicine, Department of Family and Community Medicine, University of New Mexico, USA.
E-mail: waitzkin@unm.edu

el proyecto multinacional. Las empresas gerenciadoras y de seguros de salud de los Estados Unidos están adquiriendo protagonismo. Estas empresas aprovechan los intersticios que la nueva legislación contiene, para introducirse como administradores de los fondos de la seguridad social. El caso argentino es importante de analizar porque un porcentaje muy alto del total del gasto en salud lo maneja la seguridad social médica (obras sociales) y la mayoría de estas instituciones están controladas por el sindicalismo que está siendo cooptado por el proyecto multinacional. Las empresas gerenciadoras y de seguros de salud de los Estados Unidos están adquiriendo protagonismo. Estas empresas aprovechan los intersticios que la nueva legislación contiene, para introducirse como administradores de los fondos de la seguridad social.

institutions are already enroled in the implementation of policies developed by the World Bank and executed by the Argentina Government. Managed care organisations and insurance companies based in the United States, are acquiring a protagonic role in the implementation of those policies. These organisations take advantage of 'empty spaces' in new legislations in Argentina, becoming managers of social security funds.

Palabras clave: atención gerenciada, desregulación, seguridad social médica, Argentina, reforma silenciosa.

Key words: *managed care, deregulation, medical social security, Argentina, silent reform.*

Introducción

En este artículo exponemos la modalidad de introducción de la atención gerenciada, en lo que hace a la articulación —muchas veces contradictoria y conflictiva— entre procesos macro y micropolíticos, y entre los propios defensores del proyecto neoliberal local e internacional. También analizamos el proceso de reacomodo que los primeros hacen para subsistir y que da por resultado la modalidad particular que adquiere la reforma.

Los análisis toman el caso argentino por considerarlo paradigmático de los objetivos que el neoliberalismo se propone lograr en los países latinoamericanos a través del Banco Mundial, otras agencias multilaterales de crédito y sus gobiernos aliados. La reforma del sistema de salud argentino permite mostrar la forma en que operan estos organismos y los gobiernos, para doblegar las resistencias que encuentran en el cumplimiento de sus objetivos.

En este sentido fue de interés analizar, a partir de los datos recogidos en la investigación "Atención gerenciada en América Latina: su papel en la reforma de los sistemas de salud"² el proceso desarrollado por el gobierno argentino apoyado financiera y técnicamente, principalmente por el Banco Mundial y de manera secundaria por el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización Panamericana de la Salud.

La información que analizamos se refiere, fundamentalmente al periodo que va de septiembre de 1997 a fines de 1998, somos concientes que al ser un proceso que está en pleno desarrollo, datos y situaciones pueden haber sufrido modificaciones hasta la fecha de publicación de este artículo. Por ser 1999 un año electoral en Argentina, la desregulación de la seguridad social parece haber entrado en un proceso de estancamiento, o por lo menos muchos de los cambios observados durante la investigación, parecen desactivados o retardados. Sin embargo, sostenemos que los procesos desarrollados hasta el 2000 en la desregulación de las obras sociales, así como en el sector estatal de los servicios

de salud, implicaron cambios radicales en la confirmación del sector salud de Argentina, que no pueden dejar de considerarse al analizar dicho sector.

En 1991 se inicia la etapa de desregulación de la economía argentina e inmediatamente comienza el proceso de reforma del sistema de salud, bajo los nuevos lineamientos definidos por el Banco Mundial.³ Estos lineamientos, adoptados por el Banco en todos los países, implican abandonar los proyectos específicos destinados a programas o áreas muy recortados, y abordar el proceso de reformas del sistema de salud en conjunto, con el objetivo central de que se reduzca la participación estatal en la financiación, administración y prestación, y aumente la privada. Asimismo, el Banco va a condicionar su asistencia crediticia a la demostración de que se cumplen los acuerdos de reforma estructural, y que los gobiernos destinan los fondos públicos para salud, a los servicios definidos como prioritarios (Buse y Gwin, 1998).

Los análisis que aquí presentamos se centran en la desregulación de la seguridad social médica —obras sociales—, fundamentalmente, las dirigidas por el sindicalismo. Este tuvo un papel central en el desarrollo de la seguridad social médica en Argentina en los últimos cincuenta años. El proceso de reforma necesitó considerar este dato, ya que la mayoría de las obras sociales son sindicales. Esto significa que la recaudación de aportes y contribuciones de la nómina salarial, son asignados a organizaciones conducidas por representantes sindicales de la rama de actividad a la que corresponde cada obra social. Estas organizaciones están legalmente diferenciadas del sindicato, pero son sus líderes quienes designan o asumen la conducción de las obras sociales.

Dado que la masa financiera que estas instituciones manejan es un porcentaje muy alto en el total del gasto en salud, el sindicalismo adquirió a lo largo de estos años un

² En esta investigación se analizó el papel de la atención gerenciada en los procesos de reforma de los sistemas de salud de Argentina, Brasil, Chile y Ecuador. La modalidad que adquiere su exportación desde los Estados Unidos, las motivaciones de las empresas para desembarcar en los países latinoamericanos y los procesos desarrollados en los contextos nacionales. En el apéndice se listan los investigadores que participaron en cada país y las instituciones que la apoyaron financieramente.

³ En Argentina, ese año se reformulan los proyectos con financiamiento del Banco Mundial, aprobados en 1985 y destinados a áreas parciales, tales como descentralización de instituciones de salud, desarrollo de los recursos humanos, red de información en salud y programa materno infantil. La reformulación implicó un primer acercamiento a las nuevas pautas del Banco Mundial, hasta dar por concluido el préstamo en abril de 1994. Los siguientes préstamos profundizaron los lineamientos propuestos por el Banco Mundial para la reforma y se destinaron a apoyar la transformación de los hospitales estatales en hospitales públicos de autogestión (Préstamo 3931, Programa de Reforma del Sector Salud -PRESSAL) y a la desregulación de la seguridad social médica (Préstamos 4002-AR, 4003-AR y 4004-AR Proyecto BIRF -PNUD ARG 96/005, Programa de Reforma de las Obras Sociales -PROS) (MSAS, 1995 y 1996a y b).

importante poder en el espacio sanitario.⁴ Esto le había permitido, hasta el actual proceso, actuar como sujeto en los intentos que se hicieron por transformar el sistema argentino. El sindicalismo había logrado imponer los proyectos con los que se oponía a cualquier intento de controlar el financiamiento que administraba.⁵

Los resultados que presentamos muestran como el actual proceso de reforma está subordinado a los grupos sindicales, que pasan a actuar como actores⁶ dentro de las propuestas impulsadas por el Banco Mundial y ejecutadas por el gobierno nacional. Al analizar este proceso se ponen en evidencia también, las pujas que se dan en el seno del propio neoliberalismo ya que, mayoritariamente, los grupos sindicales que administran obras sociales, son los estrechamente ligados al proyecto de reconfiguración de la economía argentina, para su inserción en el capitalismo globalizado.

La atención gerenciada que ingresa con los capitales financieros multinacionales, especialmente los estadounidenses, tiene un papel central en estas pujas y reacomodamientos. La manera en que opera es silenciosa: no hay un proyecto global declarado, ni hay una explicitación de los gobiernos o desde los organismos multilaterales de crédito, de que esta es la forma elegida. Las propias empresas, en sus operaciones argentinas, prefieren omitir el uso del término atención gerenciada o administrada, tal como lo expresó el presidente de *International Managed Care Advisors*, un fondo que invirtió en un joint venture con el Banco de la Provincia de Buenos Aires. "En la Argentina, no usamos el término administradores de salud. El plan Provincia Salud

llama a su actividad coordinadora de salud" (The New York Times, 16/6/99).

Lo que observamos es la difusión de sus principios, a través de cursos, seminarios, conferencias, congresos, consultorías y publicaciones, bajo la apariencia de técnicas de organización y administración neutrales.⁷ En estas actividades participan funcionarios de los niveles directivos de los organismos estatales y de las obras sociales. El financiamiento se hace con partidas del presupuesto institucional y/o utilizando la partidas de los préstamos destinados a la reforma, acordados con el Banco Mundial y otros organismos.

La implantación de la atención gerenciada se realiza, fundamentalmente, a partir de los intersticios abiertos por los procesos de desregulación de la seguridad social médica. Estos procesos facilitan la introducción de los capitales financieros internacionales, que compran empresas de seguros, prepagos y prestadores privados, y/o se insertan como administradores de obras sociales o realizan convenios de prestación con ellas. Desde estas posiciones introducen la atención gerenciada como modalidad organizativa.

La atención gerenciada técnica o ideología

Cabe en este momento detallar a qué nos referimos cuando hablamos de atención gerenciada, para que los lectores ubiquen nuestros análisis desde el significado que damos a este concepto y a partir del cual hallamos sentidos específicos a las reformas de los sistemas de salud latinoamericanos (Testa, 1997). También consideramos importante esta explicitación porque observamos, en los debates a los que hemos asistido, que muchas veces se analiza como una técnica neutra, y se la critica o elogia como un concepto en sí mismo, abstraído del proceso en que surge y se consolida, y de los intereses que están presentes en quienes son sus principales impulsores.

⁴ Según datos presentados por el Dr. Alberto Díaz Legaspe, Director Provincial de Capacitación de la Provincia de Buenos Aires, que toma como fuente un estudio del Ministerio de Salud de la Nación, realizado con financiamiento del Banco Mundial, el gasto de la seguridad social médica representaba el 41% del total del gasto en salud para 1993 (año en que se inicia la consolidación de los proyectos de reforma estructural del sistema de salud), el gasto estatal era el 23% y el privado el 36% (Díaz Legaspe, 1994).

⁵ Los dos intentos más importantes fueron en 1973 cuando el gobierno peronista intenta unificar el sistema bajo el control estatal (Sistema Nacional Integrado de Salud) y, en 1985 durante el gobierno radical que pretendió algo semejante, pero basado en la concepción de seguro de salud. En ambos casos se avanzó muy poco en la implantación de las reformas por la oposición sindical. En la última experiencia, debieron sancionarse dos leyes, la de Obras Sociales (23660) y la del Seguro Nacional de Salud (23661), que en los hechos desvirtuó el espíritu del seguro.

⁶ En la parte destinada a la discusión de este mismo artículo, se retoma esta conceptualización que estamos proponiendo al diferenciar entre actor y sujeto.

⁷ A manera de ejemplo mencionaremos algunos de estos cursos: Alta Gerencia para el "Programa de Capacitación y Reconversión del Personal del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados", organizado por la George Washington University y el International Health Care Consulting Group; el Executive Management Training Program de la Universidad de Illinois, Chicago; los Advanced Seminars in Management Innovation de la University of Columbia y Management in Health del Health Project Management y del Harvard Institute for International Development, organizado por el Institute for International Research S.A. y The World's Leading Business Company, para el Instituto Nacional de Capacitación (INAP). Para estos cursos los profesionales reciben financiamiento para viajar a USA. Las últimas empresas nombradas también organizaron en Argentina, el curso Management en Salud y Los Nuevos Actores en Salud.

Los desarrollos de la atención gerenciada tienen un lugar y tiempo específicos para su surgimiento. Estados Unidos es donde surge y se consolida la atención gerenciada y, aunque frecuentemente se la describe como una reforma recientemente desarrollada (OPS, 1996), los antecedentes de esta iniciativa los encontramos en la década de 1960 en el trabajo de Alain Enthoven, un economista estadounidense (Waitzkin, 1994a; Tucker, 1966; Enthoven y Smith, 1971). En este trabajo Enthoven desarrolla una propuesta de "programación, planificación y presupuesto" para el Departamento de Defensa, con la finalidad de analizar los costos y beneficios de cada nuevo método de conducir la guerra. Por sus fracasos en el campo militar Enthoven sale de allí, y en 1977 propone "un plan de salud de elección del consumidor" basado en una "competencia regulada en el sector privado." La propuesta otorgaba un papel importante a la competencia en el mercado entre grandes organizaciones de proveedores y al control administrativo de las decisiones clínicas para reducir pruebas y tratamientos costosos (Enthoven, 1978; Enthoven, 1980).

Esta orientación tuvo, durante las décadas de 1980 y 1990, el apoyo del sector empresarial que debía dar cobertura de salud a los trabajadores. Este grupo consideró que era un método para reducir los costos de cobertura. Enthoven y sus colegas colaboraron con los impulsores de organizaciones para el mantenimiento de la salud ("health maintenance organizations, HMOs"), con ejecutivos de corporaciones y funcionarios de compañías privadas de seguros en el desarrollo más refinado de la propuesta. A mediados de los años 80 se puso énfasis en la "competencia gerenciada" como respuesta a las preocupaciones manifestadas por los economistas y líderes de negocios. Estos consideraban que la propuesta original tenía supuestos de libre mercado que exigían modificaciones a través de un "gerenciamiento" más ajustado al programa (Enthoven, 1986).

Después de la publicación de una propuesta revisada en 1989 (Enthoven y Kronick, 1989), la coalición que apoyaba la competencia gerenciada se amplió para incluir a funcionarios de las más grandes compañías de seguro privadas de Estados Unidos que se fueron diversificando en la gestión de la atención de salud (Lancet, 1993). Durante la campaña presidencial del Bill Clinton se adoptó la orientación de la atención gerenciada como un componente de su plan para un programa nacional de salud (Ellwood, Enthoven y Etheredge, 1992; Brown, 1992; Starr y Zelman, 1993; Starr, 1992). A pesar del fracaso del plan Clinton, la reforma se ha difundido rápidamente en Estados Unidos, especialmente bajo la influencia de las grandes empresas de seguros privados, que han iniciado subsidiarias con especialización en esta área.

Enthoven y sus colegas asesoraron reformas del sistema de salud en Holanda, Gran Bretaña, Suecia, Noruega y otras naciones de Europa. Si bien los beneficios en costos, calidad y satisfacción no fueron demostrados mediante investigaciones, la atención gerenciada ganó influencia, especialmente a causa de que enfatizaba la competencia en el mercado. Se iniciaron reformas de los sistemas públicos de esos países con cambios organizacionales que apoyaron la orientación de la atención gerenciada y la privatización de servicios públicos. Sin embargo, a partir de 1995 se han revertido algunas de estas políticas, porque la realidad de la atención gerenciada no satisfizo las expectativas (Enthoven, 1988; Abel-Smith, 1988; Glaser, 1993a y b; Light, 1995).

La atención gerenciada, tiene como objetivo central la reducción de los gastos de salud, vía la contención de costos, ya que se diagnostica como causa de la crisis del sector el crecimiento de estos y la sobreprestación por parte de los profesionales y dueños de centros asistenciales. Para lograr la reducción del gasto se considera fundamental establecer una intermediación entre prestadores y usuarios, para separar la administración financiera de las prestaciones de servicios. La propuesta implica la introducción de empresas que administren, bajo el concepto de riesgo compartido, el financiamiento (sistemas capitados), y contraten con prestatarias de las que los servicios estatales o universitarios podrán formar parte (OPS, 1996; Merhy, Iriart y Waitzkin, 1998).

Los difusores de la atención gerenciada denominan a estas empresas "compradores inteligentes". Utilizan incentivos financieros y control de la gestión, para dirigir los pacientes a los proveedores preferenciales, es decir, aquellos que atienden a menor precio. Los afiliados a las empresas de atención gerenciada tienen una limitada o nula cobertura si se atienden fuera de la red de proveedores contratados por la gerenciadora (OPS, 1996).

La atención gerenciada implica la imposición de la racionalidad económica sobre los criterios clínicos, a través de la implantación del control administrativo de la práctica clínica. Esto significa que los médicos y otros profesionales de salud deben desarrollar su práctica bajo las pautas establecidas por los administradores del sistema. Estos normatizan para cada cuadro clínico, los métodos de diagnóstico y el tratamiento que aceptan pagar. Para esta normatización utilizan, frecuentemente, lo que se denomina "medicina de la evidencia", que utilizada por las gerenciadoras no es más que otro artilugio con apariencia científica, para aceptar las prácticas que, según el monto de la cápita, la empresa está dispuesta a pagar.

La "evidencia práctica" que se observa en Estados Unidos donde este sistema está implantado, es que ante dos pacientes con el mismo cuadro clínico, la aseguradora autoriza dos prácticas de diagnóstico y/o tratamiento diferentes, dependiendo de la prima que cada uno paga al seguro. Esa es en definitiva la "medicina de la evidencia" que usa la atención gerenciada, una ideología disfrazada de "cientificidad", para que sea la capacidad adquisitiva de la gente la que determine a qué puede aspirar para cuidar o mantener su salud. Los médicos, muchas veces, deben firmar contratos que contienen una cláusula, llamada "mordaza", por la cual se obligan a no informar a los pacientes de todas las alternativas a sus necesidades de salud, sino solo de aquellas que la administradora acepta pagar (Waitzkin, 1998; Kuttner, 1998).⁸ Los paquetes básicos para aquellos pacientes que pagan poco y más amplitud clínica para los que pagan más. En América Latina sirven de instrumento para la focalización, las canastas básicas, los cálculos del subsidio a la demanda, entre otras medidas de "racionalización" del sistema. Es decir, una clínica y una epidemiología al servicio de cubrir lo mínimo y medir los riesgos soportables (Breilh, 1998).

Otro elemento que es privilegiado por las organizaciones de atención gerenciada es la contratación de médicos generalistas, de atención primaria o de familia, a quienes les asignan por capitación un número de pacientes, para su atención en el primero y segundo nivel. Esto significa que con esa cápita el médico debe pagar los honorarios de los especialistas a los que derive, así como las prácticas de diagnóstico que requiera. Esto ha convertido a estos médicos en verdaderos "porteros", es decir, en profesionales que "atajan" la demanda de los pacientes evitando al máximo posible desplazarlos hacia los otros niveles de atención (Waitzkin y Fishman, 1997; Angell, 1993; Emanuel y Dubler, 1995; Rodwin, 1995; Mechanic y Schlesinger, 1996).

Las empresas de atención gerenciada a su vez, realizan un seguimiento de la práctica de los médicos contratados, controlando el número de derivaciones a los niveles de mayor complejidad que no se cubren con la cápita, la cantidad de medicamentos recetados, y el número de prácticas de diagnóstico y/o tratamiento realizadas. Según sea el resultado de estas evaluaciones, el médico será premiado, si fue un buen contenedor de los gastos, o sancionado, incluso

con la pérdida del contrato, si derivó en exceso (Waitzkin, 1994b; Waitzkin y Fishman, 1997; Woolhandler y Himmelstein, 1995; Kuttner, 1998).

Con la contención del gasto por prácticas innecesarias estaríamos de acuerdo, el problema es que esta contención está relacionada con un interés netamente económico y se torna una barrera al acceso, ya que no se realiza con la intención de hacer una práctica racional, sino con la de gastar lo menos posible, para que el lucro de las empresas sea mayor.⁹ Muchos ejemplos en Estados Unidos nos muestran que el paciente debe conocer sus necesidades de salud o recurrir a una segunda opinión, para tener argumentos sólidos que le permitan presionar hasta obtener la derivación a los servicios de diagnósticos y/o tratamientos más complejos (Kuttner, 1998).

Toda esta "racionalidad", entonces, está orientada por la lógica de la eficiencia (que privilegia la relación costo-beneficio económico) y por la competencia en el mercado. Supone una profunda transformación de la práctica clínica, ya que se opera una radical subordinación de los profesionales de salud a los administradores del sistema. El actor que emerge y adquiere centralidad es el capital financiero externo al sector salud y, fundamentalmente, multinacional (Stocker, Waitzkin e Iriart, 1999).

Caracterización de la seguridad social médica argentina¹⁰

Desde su surgimiento el sistema de salud en la Argentina presentó una profunda fragmentación, al quedar conformado desde la década del cuarenta con base en la existencia de tres subsectores diferenciados jurídica y financieramente: el estatal, el de la seguridad social médica y el privado (Belmartino y Bloch, 1985; Isuani y Mercer, 1986).

Al final del artículo presentaremos resumidamente el subsector de la seguridad social médica —obras sociales—, por ser este el ámbito en el cual se puede observar con

⁸ Esta exigencia de las aseguradoras fue prohibida recientemente en los Estados Unidos para los programas de Medicaid y Medicare.

⁹ La gran mayoría de empresas de atención gerenciada son de lucro, cotizan sus acciones en *Wall Street* y pagan dividendos a sus inversionistas.

¹⁰ Esta parte del artículo se basa en entrevistas a consultores y funcionarios de la seguridad social médica, y a representantes de los prestadores. También utilizamos la información recogida por Celia Iriart en otros trabajos de investigación y de consultoría en obras sociales (Iriart *et al.*, 1994; Iriart, 1997).

nitidez la forma en que los capitales transnacionales operan para captar el financiamiento de la seguridad social, objetivo declarado de su ingreso en América Latina (Stocker, Waitzkin e Iriart, 1999). Este objetivo está en relación a la masa financiera que administra la seguridad social y a la cantidad de población que cubre (alrededor del 60% del total de población, es decir, casi 20 millones de personas).¹¹ Las obras sociales que se rigen por leyes nacionales, según información de 1998, son 297 y cubren el 53% de la población total del país, de estas 209 son sindicales (ANSSal, 1998).

Las obras sociales cubren mayoritariamente a los trabajadores del mercado formal (activos y pasivos), y a los pensionados por vejez o discapacidad. Comprende organizaciones que, si bien tienen su actividad regulada por normas oficiales, integran el patrimonio de entidades, en su mayoría sindicales, que administran el aporte y las contribuciones obligatorias sobre el salario. El sector estaba conformado hasta 1993, momento en que se inicia el proceso de fusiones, por 370 obras sociales (ANSSal, 1990). Este gran número obedeció a que cada rama de actividad creó su propia obra social, o más de una, en las ramas que diferenciaron las del personal jerárquico del no jerarquizado.

La afiliación de los trabajadores en relación de dependencia a las obras sociales es obligatoria (población cautiva). El financiamiento se realiza a través de los aportes y contribuciones deducidos de la nómina salarial, correspondiendo al empleador cubrir un porcentaje, mientras que otro está a cargo del empleado (Leyes 23.660 y 23.661 y sus modificatorias). Históricamente el porcentaje total era del 9%, correspondiendo 6% a los empleadores y 3% al trabajador, en la actualidad, como veremos más adelante, este porcentaje tiende a reducirse bajo el argumento de la necesidad de disminuir el costo laboral argentino, para lograr competitividad internacional.

Dadas las diferencias salariales por ramas de actividad, existen obras sociales "ricas y pobres". Esto marcó una gran heterogeneidad en las coberturas ofrecidas y determinó que en muchos casos los afiliados a las obras sociales con menos recursos, se atendieran en los servicios estatales, mientras que los trabajadores de mayores ingresos, no satisfechos con los servicios que su obra social le daba, solían duplicar

su cobertura adhiriéndose a planes prepagados de salud. Esto significó que las obras sociales tuvieron además de los subsidios oficialmente establecidos por el sistema, este tipo de subsidios indirectos provistos por las instituciones estatales y por los propios afiliados.¹²

Las obras sociales tienen por misión financiar prestaciones de atención médica (legalmente están obligadas a destinar como mínimo el 80% de sus ingresos a estas prácticas). Para ello contrataron predominantemente los servicios con el sector privado ya que, prácticamente no desarrollaron capacidad prestacional propia.¹³ El subsector privado determinó históricamente el gasto de la seguridad social y las políticas prestacionales. En el primer caso porque los contratos eran por prestación y en el segundo porque eran las decisiones de los prestadores las que comandaban el proceso. El paciente podía tomar la decisión inicial sobre el tipo de especialista que consultaba, dentro del listado ofrecido por la obra social, luego comenzaba su carrera dentro del sistema con base a las indicaciones médicas. Las obras sociales no ejercieron un control sobre la calidad y necesidad de las prácticas indicadas (los controles, cuando se realizaban, eran básicamente de carácter económico). El gasto tuvo a partir de la década del 80 un aumento inusitado, debido al crecimiento de los costos y a que los prestadores estimularon la demanda mediante la sobreprestación y excesiva prescripción de estudios de alta complejidad y de medicamentos.

Esta modalidad prestacional basada en las decisiones de los prestadores, así como la aceleración del desfinanciamiento de la seguridad social condujeron a profundas disparidades entre los ingresos y los egresos de las obras sociales. Este proceso llevó a estas instituciones a situaciones de absoluta insolvencia financiera, que les impedía cumplir con los pagos a los prestadores. Ante la falta de pago estos cortaban unilateralmente los servicios, o cobraban en forma directa a los usuarios aranceles adicionales a los pagos acordados con la obra social (Iriart, Leone y Testa, 1995).

¹¹ Estas cifras son estimaciones que realizamos utilizando la información provista por la "Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud - Área Metropolitana - Año 1995" del Ministerio de Salud y Acción Social.

¹² Hasta 1995 existió un fondo de redistribución administrado por el estado y formado por el 10% del aporte de cada obra social que, según la letra de la norma, debía ser redistribuido entre las obras sociales de menores recursos. Nunca funcionó de esta manera sino que se otorgó a las que ejercían mayor presión política sobre el gobierno de turno.

¹³ Según datos del catastro realizado por el Ministerio de Salud de la Nación, en 1980 la capacidad prestacional de las obras sociales era del 4% de la capacidad total instalada en el país. Para 1995 esa capacidad se había reducido al 1,4% (MSAS, 1996b).

Para la población dependiente de las obras sociales, la última mitad de la década del 80 y comienzos de la del 90, fue un período de grandes limitaciones en sus beneficios, ya que se redujo notablemente la cantidad y calidad de los prestadores, se establecieron copagos para las prácticas de mediana y alta complejidad, y se implementaron múltiples trabas administrativas. Estas situaciones condujeron a que parte de los afiliados, en especial, los de ingresos más bajos, los pertenecientes a la obras sociales de menores recursos o los habitantes de provincias con menos cobertura prestacional, se vieron obligados a recurrir a los hospitales estatales para atender su salud. De esta manera se estableció un subsidio desde estos a la seguridad social.

La decisión de los dirigentes gremiales de ofrecer cobertura a través de prestadores privados fue, también, artifice y condicionante del crecimiento y modalidad adquirida por este subsector. En efecto, los prestadores privados crecieron a expensas de los contratos con la seguridad social y también entraron en crisis, y en algunos casos quebraron cuando estas, en especial, a partir de la década del 80, no pudieron cumplir con los contratos.¹⁴

El proceso de desregulación

El gasto creciente y sin control es el pilar fundamental sobre los que se apoyan los diagnósticos que hablan de la crisis financiera de la seguridad social médica. Con este argumento se justificó la necesidad de una profunda reforma tendiente al control administrativo del gasto y la eficientización de las obras sociales eliminando la cautividad de la población, y obligándolas a competir por los afiliados (FIEL, 1991, 1995; OSAM, 1991; ANSSa, 1991). Estos diagnósticos tienen escasamente en cuenta la disminución constante de la masa de recursos que recauda la seguridad social, producto del crecimiento de la desocupación, subocupación y del mercado informal de trabajo, del estancamiento y aún disminución del valor del salario, así como de las rebajas en los porcentajes de contribuciones patronales (tendientes a disminuir lo que, desde el gobierno y los empresarios, se define como costo laboral) (Iriart, Leone y Testa, 1995 el gobierno y los empresarios, se define como costo laboral) (Iriart, Leone y Testa, 1995).

En la segunda parte de la década del 80 se iniciaron algunos intentos por resolver la crisis financiera. Las soluciones que

inicialmente se propusieron tenían por objeto realizar un ajuste de caja, es decir, que los egresos no fueran mayores que los ingresos. Estas iniciativas eran desarrolladas dentro de los marcos intrainstitucionales, por lo que cada obra social propiciaba los ajustes que su conducción decidía. Así fue como algunas obras sociales iniciaron ensayos de convenios por capitación con los prestadores privados, cortaron servicios (salud mental, odontología), y/o disminuyeron o eliminaron actividades ligadas a la promoción como turismo y recreación, y prestaciones sociales (jardines maternos, subsidios por prestaciones extraordinarias, entre otros).

Como señalamos, a partir de 1991, desde el aparato estatal y desde sectores ligados al capital financiero, se comenzará a propiciar la reforma del sistema en su conjunto. En ese año se aprueba el Decreto 2284 de desregulación de la economía, que incluye a la profesión médica (entre otras) y a la seguridad social. Este decreto expresa la decisión política del gobierno de Menem de romper con el poder de las corporaciones.

En el tema de salud el gobierno se propone quebrar el poder de dos fuertes corporaciones, la médica y la sindical. Esta política es muy importante para los procesos posteriores de reforma del sistema de salud, porque por un lado, prohíbe a las instituciones que controlan la matrícula profesional (colegios) actuar como representantes de sus asociados en las contrataciones con terceros. En el caso de la profesión médica establece que los contratos con la seguridad social deben ser realizados por los profesionales de manera individual. Esto le quitó, a estos profesionales un enorme poder de negociación ya que, cuando las obras sociales no cumplían los contratos, era el conjunto de los profesionales adheridos a un colegio o federación, el que cortaba los servicios, dejando a los usuarios sin ninguna posibilidad de obtener atención con la cobertura de la seguridad social. Esto generaba una fuerte presión sobre la obra social y el estado, para resolver o paliar la situación. La negociación a través de sus organizaciones también otorgaba a los profesionales gran poder para negociar el valor de los honorarios y aranceles.¹⁵

¹⁴ La comparación entre el catastro de recursos en salud de 1980 y el de 1995 muestra el crecimiento del sector privado en la oferta prestacional a pesar de las constantes crisis de la seguridad social. Se observa que el sector privado incrementó su participación desde el 44,6% al 55,2% (estos datos consideran todo tipo de establecimientos, con y sin internación) (MSAS, 1996b).

¹⁵ La desregulación de las formas de contratación está contemplada, además del mencionado decreto, en el 9/93 y en el 576/93. Este proceso fue, obviamente, muy cuestionado por los dirigentes gremiales médicos. Numerosos artículos, en especial, en las revistas de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, de la Confederación Médica de la República Argentina, así como de diversos colegios y asociaciones, muestran la preocupación de este grupo profesional por las consecuencias que estas normas tendrían. También se expresa en numerosos artículos la preocupación por encontrar nuevas formas jurídicas que permitan a las gremiales médicas mantener un papel importante dentro del sistema de salud y poder así retener la masa de asociados y los ingresos que las habían convertido en poderosas instituciones.

La desarticulación del poder de las corporaciones profesionales que inicialmente lograron las normas sancionadas, facilitaron la implantación de la reforma que cambió profundamente el sistema de salud argentino. Decimos inicialmente porque la corporación médica logró retomar la representación de sus asociados en los contratos con las obras sociales, pero cuando lo hizo el sector salud estaba reconfigurado, los capitales multinacionales ubicados en él y el poder de las administradoras de los fondos de la seguridad social había crecido considerablemente.

La quiebra del poder corporativo de los médicos y otros profesionales de salud, puede entenderse como una defensa de la seguridad social, porque a partir de esta legislación desapareció la obligatoriedad de ajustarse al nomenclador nacional, se renegociaron los contratos para lo que se utilizó la valoración de las prácticas por módulos, —incluyen un conjunto de prestaciones—, y se comenzaron a utilizar contratos capitados, de cartera fija u otros sistemas que introducían el concepto de riesgo compartido. Estas modalidades implicaron reducciones muy importantes en los valores de las prestaciones. Incluso, en algunos casos las obras sociales lograron renegociar la deuda. Sin embargo, también el proceso de desregulación avanzó sobre la seguridad social médica, aunque más lentamente. Esta lentitud estuvo originada, fundamentalmente, en que la reforma de la seguridad social sirvió como forma de presionar al sindicalismo cuando era necesario que los gremios limitaran la conflictividad social y que sus representantes en el Poder Legislativo votaran leyes de privatización de la previsión social, de flexibilización laboral, y de reducción de los costos laborales al quitar a los empleadores numerosas cargas sociales.

Este proceso se pone en evidencia al analizar los distintos decretos y resoluciones ministeriales que, desde 1993, se aprueban con relación a la desregulación de las obras sociales. Desde el primero de estos decretos el 9/93 se suceden numerosas normas que reiteran la legalización de algunos temas que eran muy resistidos por el sindicalismo. Este es el caso de la libre elección de obra social por parte de los afiliados que está presente en ese decreto, pero que recién se va a efectivizar en 1997. Las discusiones que se hicieron públicas durante distintas etapas del proceso de desregulación de la seguridad social y de reformas laboral y previsional, muestran esta compleja trama de relaciones entre el gobierno —de extracción peronista, y por lo tanto, con una histórica vinculación con el sindicalismo— y los dirigentes sindicales (Diario Clarín, 7/6/96; 29 y 30-4/98; 5 y 7/5/98; Diario Página/12, 10/5/97).

En la desregulación de la seguridad social también se ponen en evidencia los diferentes intereses representados por distintos aparatos de estado (Economía, Salud y la propia Presidencia, entre otros). En algunos momentos, eran los técnicos del Ministerio de Economía, en tanto representantes de los sectores más concentrados y transnacionalizados, con una visión más tecnocrática del problema del sistema de salud, quienes presionaban por la aprobación de normas que avanzaran más rápidamente en las reformas. En otros, o a la luz de los conflictos políticos que se suscitaban, desde el Ministerio de Salud o desde la propia Presidencia, se diluía o contenía la operacionalización de los decretos. La constante que se observa es el juego entre las discusiones sobre reforma laboral y previsional, y las concesiones hechas al sindicalismo en la desregulación de la seguridad social.

Estas demoras en la aplicación de las normas también fueron producto de la presión que pudieron ejercer los sindicalistas, y que demoraron los temas referidos a la realización de padrones, y a la unificación de la recaudación, es decir, que no llegue en forma directa a cada obra social, sino que sea el órgano de control impositivo el que recaude y luego derive a cada institución. La finalidad explicitada, desde el gobierno, era la de transparentar el sistema, a través de la fiscalización por parte del aparato estatal. Numerosos intentos de conocer la masa de dinero que administraban estas instituciones habían fracasado en el pasado, fundamentalmente, por el gran poder del sindicalismo.

Sin embargo, en el proceso de desregulación la operacionalización de estas cuestiones era indispensable, para reglamentar, entre otras cosas, el cambio de obra social. Estas demoras en la aplicación de los decretos posibilitó a los dirigentes sindicales reubicarse en el nuevo escenario y, seguramente, fue parte de la negociación con ellos.¹⁶

Lo expresado en las entrevistas, tomadas a importantes funcionarios de la representación de Argentina del Banco Mundial y del Ministerio de Salud y Acción Social, es coincidente en cuanto a señalar que la estrategia desplegada por el Banco Mundial y el gobierno, para desarrollar la reforma de la seguridad social médica, tuvo pasos sucesivos debido a la complejidad que este sector tiene en Argentina, por ser el sindicalismo un protagonista central. Esto llevó, según sus

¹⁶ Un funcionario de alto nivel político del Ministerio de Salud, dijo en la entrevista que si bien la reforma de la seguridad social no había pasado por la discusión en el Poder Legislativo, había sido muy negociada con los principales actores (en este caso el sindicalismo).

expresiones, a que fuera un proceso gradual y mucho más lento de lo previsto por algunos sectores, incluyendo el Banco Mundial. Los funcionarios del Ministerio de Salud señalaron que la transformación está siendo posible por el trabajo hecho para persuadir al sindicalismo de que un programa gradual de reconversión les podría dar una ventaja en el mundo globalizado. Consideran que de esta persuasión surgió la aceptación de los sindicalistas a que las consultoras internacionales se incorporen a las obras sociales, para analizar cuáles son las fallas más importantes del sistema y proponer los planes de reconversión.

Los conceptos centrales de la desregulación

Las normas aprobadas nos permiten analizar los conceptos fundamentales que, a través de la articulación entre procesos macro y micropolíticos está introduciendo el gobierno argentino con la asistencia técnica y financiera del Banco Mundial, para la radical transformación del sistema de salud argentino. En esta transformación la desregulación de las obras sociales es un componente central, de allí la importancia de desarrollar un proceso más lento, donde cada paso se vaya solidificando y sea dificultosa su desarticulación.

Uno de los conceptos centrales que se instala en la reforma de la seguridad social es el de la libre elección por parte de los afiliados. El supuesto es que esto mejorará la eficiencia al introducir la competencia por la captación de afiliados y, en consecuencia, por los recursos financieros.¹⁷

La introducción de la libertad de elección, limitada al cambio de obra social dentro del propio sistema, generó una serie de procesos estructurales e ideológicos. Por un lado, implicó la individualización de los aportes y contribuciones, convirtiéndolos, bajo el argumento de que es salario diferido, en propiedad de cada trabajador. Con esto se rompió el concepto de solidaridad grupal sobre el que estaba sustentada la seguridad social, ya que cada trabajador puede retirar su cotización y llevarla a otra obra social, desfinanciando a la primera. De hecho es lo que se intenta, ya que quienes tienen salarios más altos son el objetivo (explicitado en las campañas de captación de nuevos afiliados) de las obras sociales que desarrollaron acuerdos con el sector privado de prepagos, como veremos más adelante al analizar la forma en que se inserta el capital financiero en el proceso de desregulación.

Los promotores de la libre elección, eje central en muchos de los proyectos que circularon desde 1991, señalan que la cautividad lesiona el principio de soberanía del consumidor, eliminando la competencia y restando incentivos para mejorar la calidad y cantidad de servicios ofrecidos. Asimismo, plantean que es inequitativo dado que se tienen iguales servicios sin importar el aporte realizado. Es interesante la forma en que utilizan el concepto de equidad ligado al derecho de que quien más aporta, más reciba, y no que se reciba según las necesidades asistenciales, sin considerar el aporte hecho (FIEL, 1991 y 1995).

Dentro de la concepción de transformar a la salud en un bien privado de obtención individual, se habilita y propicia junto con la libre elección y la disminución de los aportes patronales la oferta de servicios adicionales con pago extra de bolsillo.¹⁸ Esto profundiza la concepción individualista, según la cual, quien más gana puede tener mejores posibilidades para atender su salud. Es decir, conseguir buena salud depende, bajo esta concepción, de la habilidad individual para mejorar los ingresos, que le permitan acceder a más y mejores servicios.

Por otra parte, la libre elección busca un efecto estructural fundamental: la concentración de la seguridad social. Este objetivo es declarado explícitamente por el Presidente Menem en 1991.¹⁹ Este efecto es inducido por la posibilidad de desfinanciamiento que puede significar la pérdida de un importante número de afiliados, y en especial los de mayores salarios, con la consiguiente necesidad de fusionarse, asociarse o desaparecer, ya que también se estipuló que las obras sociales con menos de 10.000 afiliados o aquellas sin capacidad de cubrir el Programa Médico Obligatorio (PMO)²⁰ serán obligadas a alguna de esas acciones. Otra medida que busca la concentración es la que establece que las familias o individuos con más de una obra social deberán optar por una de ellas, la que recibirá todos los aportes.²¹

¹⁸ La reducción de aportes patronales se establece en los Decretos 2.609/93, 292/95 y 375/95.

¹⁹ Esa es la primera vez que oficialmente se explicita la decisión del gobierno de disminuir el número de obras sociales. Menem dice en el Discurso de Apertura del II Congreso Nacional de Salud "Dr. Ramón Carrillo", diciembre de 1991 que, de las 370 obras sociales reguladas por leyes nacionales, deben quedar 30.

²⁰ Este Programa fue establecido por el Decreto 492/95 y reglamentado por la Resolución Ministerial 247/96. Supone una cantidad y diversidad de prestaciones que muchas obras sociales de hecho no brindan y no pueden hacerlo con la recaudación que tienen. Esto a pesar de que en otro decreto, el 292/95, se plantea que se garantizará una cotización mínima mensual de \$ 30 para los trabajadores titulares, que será aportada por el Fondo Solidario de Redistribución cuando las cotizaciones del trabajador no lleguen a esa cifra.

¹⁷ La libertad de elección se establece y reglamenta a través de varios decretos: 9/93, 576/93, 1141/96, 1142/96, 638/97 y 1301/97.

Este proceso llevó a las obras sociales a adoptar el modelo de las instituciones privadas, invirtiendo grandes sumas en publicidad, en estudios de mercado, en cambios en la infraestructura edilicia para modernizar las instalaciones y mobiliario, y en indumentaria para cambiar la imagen de los empleados. Importantes porcentajes de los préstamos otorgados por el Estado y el Banco Mundial dentro del Programa de Reconversión de las Obras Sociales fueron destinados a la campaña comercial y superaron ampliamente los montos destinados a temas específicos de la reforma del modelo prestacional y de mejora de la eficiencia que es, lo que redundaría en beneficio de los usuarios.²²

La profundización de la reforma

Con muchas de las reformas desarrolladas desde el aparato de estado, a partir de 1991, podríamos estar de acuerdo, si solo nos atenemos al texto de las normas y los proyectos. El sistema tal como se conformó en Argentina, como en muchos países latinoamericanos, no cumplió con las necesidades de la población, sino que generalmente, fue utilizado por los dirigentes para sus intereses particulares, ya fueran políticos, sindicales o estrictamente personales. Sin embargo, es necesario poner en contexto las normas y los proyectos, para ver cómo se están operacionalizando, qué articulaciones y conflictos han generado y qué reconfiguración resulta de estos procesos.

El sindicalismo aceptó la inexorabilidad de la reforma que se instalaba y generó algunas acciones para mantener su poder de decisión en la administración de los fondos de la seguridad social. Para ello procedió a la creación de administradoras *ad hoc* a las cuales transferían los fondos administrados, bajo la forma de contratos de riesgo. Estas administradoras, en las cuales los propios sindicalistas tenían participación actuaban como intermediarias entre los usuarios y los prestadores.²³ En otros casos, directamente

propusieron reformular los contratos con los prestadores con base en la modalidad de riesgo compartido o contratos capitados, y/o reorganizaron las obras sociales dentro de una modalidad, básicamente en cuanto a la imagen, más cercana al de la medicina prepaga.

Sin embargo, desde el gobierno y el Banco Mundial, la intención era, como vimos, que los cambios fueran más radicales e involucraran al conjunto de la seguridad social médica, es decir, que no fueran dependientes de la voluntad y decisión de los dirigentes de las obras sociales. El objetivo explícito del proceso de reforma oficial, puesto de manifiesto en las sucesivas normas legales, es la articulación de los diferentes sectores bajo el comando de la lógica del mercado, para que todos los subsectores (estatal, privado y seguridad social) compitan por la obtención de fondos. La reforma oficial también estimula que se realicen mayores pagos de bolsillo por parte de la población y la activa participación del sector privado como administrador y prestador.

Esta necesidad de profundizar la reforma, en parte, por la presión de los organismos financieros internacionales, hizo que a fines de 1994 el gobierno nacional solicitara apoyo al Banco Mundial para la realización de un estudio de la situación de la seguridad social y de proyectos para apoyar la operación de las normas sancionadas (PARSOS, 1995).

Con base en el documento elaborado con este financiamiento, denominado Programa de Apoyo a la Reforma del Sistema de Obras Sociales, se firmó el Decreto 439/96 por el cual, el gobierno y el Banco, acuerdan financiar en conjunto el Programa de Reconversión de las Obras Sociales (PROS).²⁴

Los préstamos fueron muy atractivos para los dirigentes de las obras sociales, ya que podían obtener hasta tres meses de recaudación (con base en el promedio de los últimos doce meses), a ser devuelto hasta en 15 años, con tres de gracia y un interés de 3,75% anual (MSAS, 1996^a).

Según se desprende del documento del Ministerio de Salud y Acción Social citado en el párrafo anterior, el Programa presenta tres componentes a reconvertir: a) el financiero, que permite a las obras sociales con deuda prestacional, solicitar fondos para cancelación de las mismas; b) la planta de personal, lo que implica que aquellas obras sociales que

²¹ Esto lo establecen los decretos 576/93 y 292/95.

²² Obtuvimos información confidencial de los porcentajes asignados en el préstamo otorgado a algunas obras sociales. En algunos casos la proporción del monto que debía destinarse a la modificación del modelo prestacional y la introducción del médico de cabecera era el 0,04 % del destinado a marketing y comercialización (Dils.EUA. 60.000/1.500.000).

²³ La primera en desarrollar esta modalidad, hacia principios de 1990, fue la obra social de empleados de comercio (OSECAC), con más de un millón de afiliados. Esta obra social entregó la administración total de la cobertura a una gerenciadora de capitales nacionales formada para tal fin.

²⁴ El Banco Mundial otorga 150 millones de dólares y el gobierno argentino debe poner 210 millones de contrapartida nacional, a través de fondos provenientes de la misma seguridad social que administra, la Superintendencia de Sistemas de Salud (SSS).

estén sobredimensionadas podrán solicitar fondos para pagar indemnizaciones por despidos; y c) el fortalecimiento institucional, esto es financiamiento para desarrollar sistemas gerenciales y de operación, redefinición de la estructura, capacitación de los recursos humanos, sistemas de comunicación con los organismos de control y reconversión de los sistemas de prestaciones médicas para cumplir con el PMO. La solicitud puede ser hecha para todos o alguno de los componentes.

En el documento el proceso de reconversión se determina en tres etapas: a) etapa de adhesión, la obra social que decide participar de la convocatoria, firma un convenio, en el cual se establece su adhesión a las Políticas Sustantivas e Instrumentales de Salud de la Nación (Decreto 1269/92) y a los principios del Programa de Reconversión de Obras Sociales; b) etapa de precalificación, para ser precalificadas y acceder al financiamiento deberán contar con no menos de 10.000 beneficiarios a la fecha de presentación y cumplir con requisitos legales, financiero-contables, administrativos y prestacionales, para esto deben realizar un diagnóstico de situación. La precalificación habilita a la formulación del Plan de Reconversión como paso previo a la calificación final; y c) etapa de calificación, las obras sociales deberán presentar su Plan de Reconversión. El PROS brinda asistencia financiera para la selección y contratación de servicios de consultoría para su elaboración. Las obras sociales deben aceptar que una consultora realice el Plan, y la debe elegir de un listado de 160 consultoras internacionales calificadas por el Banco Mundial.

Si obtiene el crédito el seguimiento y control lo realiza la Gerencia de Monitoreo y Evaluación del Programa de Reconversión que depende del Ministerio de Salud de la Nación, quien eleva luego los planes e informes de avance a una empresa privada integrante de la consultora internacional Casals International Ltd., que realiza la aprobación final. El Banco Mundial, a pesar de tener una participación minoritaria en el financiamiento, es quien estableció las pautas de la reconversión y colocó a las consultoras internacionales que realizan los diagnósticos, los planes de reconversión y el monitoreo final.

El interés de los dirigentes gremiales por acceder a estos préstamos es un dato interesante de analizar. Esto porque las condiciones impuestas implicaban, en muchos casos, decisiones muy difíciles, tales como aceptar que una consultora externa tenga acceso a toda la información sobre la obra social, el despido de personal, la venta de hoteles, centros recreacionales, y centros asistenciales, para cumplir con una de las exigencias fundamentales que es aplicar el

80% a la contratación de prestaciones médicas. Poco tiempo antes de implementarse los préstamos la Confederación General del Trabajo (CGT) había anunciado su rechazo.²⁵ Sin embargo, según lo expresado en la entrevista por el funcionario estatal del que depende el PROS, casi todas las obras sociales presentaron proyectos de reconversión, aunque no todas calificaron.

El gobierno y el Banco continuaron avanzando en el proceso de reconversión, y a fines de 1998, también se aprobó el PROS para reconvertir a las obras sociales provinciales. Estas obras sociales son los otros componentes de la seguridad social médica de Argentina, no reguladas por leyes nacionales, que tienen un número de afiliados muy importante, ya que cubren a los empleados estatales de las provincias y otros organismos de esas jurisdicciones.²⁶

Más allá de las normas y proyectos

En otros artículos mostramos la entrada de capitales financieros multinacionales en los sistemas de salud de Argentina, Chile, Brasil y Ecuador (Iriart, Merhy y Waitzkin, 1999; Stocker, Waitzkin e Iriart, 1999). En esta parte analizamos cómo a partir de los procesos de reconversión de la seguridad social médica descritos con anterioridad, estos capitales —que están desde hace varios años a la espera de la desregulación de los fondos que administran las obras sociales en Argentina— implementan estrategias que les permiten captar esos fondos. Este proceso lo han desarrollado a pesar de que las normas de desregulación no los habilitan legalmente. Sin embargo, aprovecharon los intersticios legales y desarrollaron acuerdos con algunos grupos sindicales, para el gerenciamiento o administración de cápit, a pesar del desacuerdo de otros sindicalistas.

Con las alianzas entre obras sociales y prepagos se consolidan los criterios de mercado en el ámbito de la seguridad social, donde hasta hace muy poco primaban criterios solidarios. Estos nuevos criterios de mercado se pueden observar en las promociones realizadas durante los dos

²⁵ Al aprobarse el PMO, en junio de 1996, un plenario de los máximos dirigentes de la CGT declaró que apoyaban esta iniciativa, pero que rechazaban el préstamo concedido por el Banco Mundial. Señalaron que esto era la antesala de la desregulación en la cual las obras sociales iban a tener que competir con las empresas privadas de prepago por los afiliados. También solicitaron la derogación de los decretos que establecieron la libre elección, pues estimaban que se pondría en ejecución junto con los préstamos (Diario Clarín, 7/6/96).

²⁶ En 1995 cubrían a 5.179.262 personas (González García y Tobar, 1997).

períodos que hubo hasta ahora para que los afiliados cambien de obra social (1997-1998). La publicidad (televisiva, radial y en los medios gráficos) estaba en muchos casos realizada directamente por la empresas de prepago y mostraban las ventajas de tener cobertura privada, a través del sistema de seguridad social médica. Las promociones telefónicas, postales o personales se dirigían a los afiliados de mayores ingresos, jóvenes, con familias reducidas y provenientes de empresas que no son evasoras en el pago de los aportes y contribuciones. También se planteaba la posibilidad de tener coberturas médicas superiores al PMO o prestadores diferenciales, mediante pagos adicionales.

En este punto se puso en evidencia las disputas dentro del propio sector sindical aliado al gobierno. En abril y mayo de 1998, los principales medios de comunicación reflejaron los desacuerdos entre los grupos sindicales que administran obras sociales. La conducción de la CGT cuestionó fuertemente a los dirigentes (todos miembros de esa Central) que habían realizado acuerdos con la medicina prepaga, y solicitaron al gobierno que intervenga prohibiendo el tipo de publicidad que se estaba haciendo, por considerarla desleal e ilegal, ya que inducía a los afiliados a optar por prepagos, a través de los convenios que estos tenían con las obras sociales. Sin embargo, a pesar de las declaraciones de que se estaba estudiando el problema, el gobierno nada hizo por frenar estos mecanismos de atraer afiliados (Diario Clarín 5/7/10-5/98).

En efecto, si bien la oposición del sindicalismo a que las prepagas capten directamente a sus afiliados fue intensa durante los primeros años de 1990, el avance del capital financiero internacional en el sector privado de prepagos, de prestadores, y de gerenciadoras, así como su poder de presión sobre el gobierno, ha hecho que muchos dirigentes sindicales revean su posición. En este sentido se observa que los dirigentes más ligados al proyecto neoliberal, y que manejan las obras sociales más grandes, han optado por impulsar convenios de prestación con las empresas compradas por estos capitales, e incluso han acordado que realicen el gerenciamiento directo.²⁷

Algunos ejemplos específicos nos permiten mostrar esta operatoria:²⁸

- 1) El Banco Provincia, que es el banco estatal de la provincia de Buenos Aires, unificó todas sus aseguradoras con el nombre genérico de Provincia Asegurar y lanzó al mercado dos nuevos productos Provincia Vida y Provincia Salud.

Provincia Salud recibe el aporte de inversores estadounidenses, a través del fondo de inversión administrado por el International Manager Care Advisors (IMCA), una empresa de salud de Nueva York creada por un fondo de inversión. Esta empresa invirtió 50 millones de dólares en un "joint venture" con el Banco Provincia. Desde Francia reciben el asesoramiento de la CNP Assurances, una empresa estatal que es la mayor aseguradora del rubro en Europa con 17 millones de pólizas y que intenta combinar la oferta de negocios bancarios con la de seguros. También recibió inversiones de Insurance Partners (un fondo de pensión estadounidense) (Diario Clarín, 29/4/98).

Con este apoyo financiero y experiencia gerencial Provincia Salud se lanzó durante la apertura del cambio de obra social de 1998, a captar afiliados de la seguridad social. Para esto utilizó los convenios de prestación firmados con la Mutual de Empleados del Banco Provincia, con la obra social que concentra al personal de edificios de renta y propiedad horizontal (OSPERYH), con la de empleados de organismos de control externo (OSPOCE), con la de metalúrgicos (OSSIMRA) y con la de personal jerárquico (OSJERA). También acordó gerenciar a la Obra Social de Empresarios Pequeños y Medianos (OSDEPYM) (Diario Clarín, 10/5/98).

A través de estos acuerdos de prestación y gerenciamiento con obras sociales, durante el segundo período de libre elección de obras sociales (mayo-junio 1998), hicieron una fuerte campaña publicitaria para captar afiliados de la seguridad social médica. Este proceso que, como señalamos, no está legalmente habilitado, lo realizaron ofreciendo la incorporación a alguna de las obras sociales con las que tienen convenio. El trámite exigido legalmente lo realizaban los gestores de la institución ante los organismos correspondientes.

²⁷ En este sentido, es importante considerar que durante 1996 el gobierno transfirió varias obras sociales de administración mixta (estado-sindicatos) a los grupos sindicales mayoritarios dentro de la conducción, que eran afines con la política oficial. Estas obras sociales, que concentran un gran número de afiliados, fueron el Instituto de Obra Social de los Ministerios de Salud y Acción Social, y de Trabajo y Seguridad Social, el Instituto Nacional de Obra Social para la Administración Pública y el Instituto de Servicios Sociales Bancarios. Se transfirieron a través de los Decretos 218/95, 492/95 y 240/96.

²⁸ La información que se analiza se obtuvo de entrevistas con dirigentes gremiales y asesores de obras sociales, de la información obtenida por los investigadores que simulaban querer cambiar de obra social y solicitaron información a las empresas cuyas publicidades aparecieron en los medios de comunicación. También los propios investigadores, por ser afiliados a obras sociales sindicales y en algunos casos tener un ingreso superior a los DIs. EUA. 1.000 recibieron promociones postales, telefónicas en sus lugares de trabajo.

Al solicitar información a los promotores, estos aclaraban que no todos los afiliados a obras sociales eran aceptados, solo aquellos con ingresos superiores a los Dlls. EUA. 1.000. Al profundizar sobre la modalidad prestacional, los promotores del Banco, informaban que el afiliado tendría una credencial de Provincia Salud, por lo que no debía preocuparse por conocer a qué obra social se le incorporaba. En el caso de que la obra social rescindiera el contrato con el Banco, este pasaría el afiliado a otra de las obras sociales con la que tenían convenio. También indicaban que el trato sería exclusivamente con Provincia Salud, que por ninguna cuestión el afiliado debería concurrir a la obra social asignada. Es más, seguramente ni siquiera sabría cuál es.

Con el aporte que corresponde a un salario base de Dlls. EUA 1.300 podía quedar asegurado un grupo familiar constituido por madre y 2 hijos en el "Plan Rojo". Este Plan permitía una cobertura dentro de lo exigido por el PMO y con los copagos que establece; el afiliado tendría un médico de cabecera, quien sería el responsable de realizar todo tipo de tramitación, para las derivaciones a otros especialistas o prácticas. El único prestador que ofrecían en Capital Federal, para internaciones y prácticas era un hospital de colectividad (Británico), y si bien el período de libre elección ya se había abierto cuando iniciaron la promoción, no contaban con el listado de médicos de cabecera. Para acceder a un plan con menores copagos en el ejemplo que tomamos se debían pagar Dlls. EUA 36 más por mes.

2) El HSBC Banco Roberts es dueño de la prepa Docthos cuya cartera de clientes está conformada por 100.000 personas de clase media alta y media. Desde este prepa realizó un acuerdo de gerenciamiento con una obra social de empresa, OSDO, de las hoy desaparecidas empresas Duperial y Orbea, y solicitó a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) autorización para actuar como obra "social abierta", es decir, que pudieran captar afiliados de las obras sociales sindicales en los períodos de libre elección.

Durante el primer traspaso de afiliados, que se realizó en 1997, OSDO y Witcel (del Exxel Group)²⁹ fueron las obras sociales de empresas que más pases recibieron. Así, OSDO, que tenía 33.000 beneficiarios, recibió 72.300 nuevos adherentes, con un sueldo promedio de Dlls. USA 1.300 (más del doble de la media de todo el sistema) (Diario Clarín, 28/1/

98). La búsqueda de nuevos afiliados fue dirigida a captar grupos enteros y de ciertas actividades (muchos de estos nuevos afiliados eran bancarios). La mayoría de los pases se realizaron sin clara conciencia por parte de los empleados, de la opción que estaban tomando. La empresa adoptó una estrategia de marketing que montaba un escenario en el que varios prepagos venían a ofrecer sus servicios, sin embargo, y sustentados en acuerdos previos con el área de recursos humanos de las empresas, la gente pasaba en forma masiva a OSDO. Los afiliados así captados tienen credencial, cartilla de prestadores y planes de Docthos. Igual que el Provincia Salud, con el descuento de obra social ofrecen el PMO, mientras que con aportes adicionales las coberturas podían ser más amplias, libre elección de médico, menores copagos, mejores centros asistenciales, etc.

En 1998 lanzaron una intensa campaña publicitaria, a pesar de que por los reclamos presentados por las obras sociales sindicales y las de empresa (de las que forma parte OSDO) el gobierno firmó el Decreto 1301/97 que prohíbe a los afiliados de las obras sociales sindicales pasarse a las denominadas obras sociales de empresa.

3) Otro ejemplo de esta modalidad de captación lo representa la empresa de prepagos de salud Asistencia Médica Social Argentina (AMSA), una de las más antiguas del país (36 años), con la cartera propia más importante dentro de los prepagos (240.000 afiliados) y con el mayor número de convenios de prestación con obras sociales (10 obras sociales sindicales).

A través de estos convenios, en 1998, lanzaron una fuerte campaña publicitaria para captar afiliados de la seguridad social médica, pero utilizaron una modalidad diferente a las anteriores empresas, ya que su propuesta era que si los afiliados a obras sociales querían recibir prestaciones de AMSA, debían optar por alguna de las diez obras sociales que tenían convenio con el prepa.

Durante el período de la investigación según información periodística local (Diario Clarín, 10/5/98) e internacional (The Wall Street Journal, 13/1/99) Aetna, una de las seis mayores aseguradoras de Estados Unidos, había firmado una carta de intención para adquirir este prepa. En enero de 1999 la compra se concretó, Aetna invirtió 120 millones de dólares en AMSA. (The New York Times, 16/6/99).

4) El caso de la Unión Argentina de Sistemas de Salud (UNASS) representa la situación de algunas obras sociales que se han fusionado, formando un consorcio que, a su vez, se asoció con una empresa gerenciadora. UNASS es el consorcio formado por las obras sociales

²⁹ El Exxel Group administra fondos multinacionales que invierte en áreas de la economía argentina de máxima rentabilidad, salud es una de las áreas elegidas.

de plásticos, pintura, vidrio, caucho y minería, que se asociaron con International Medical Group Latin American Inc. (IMG), subsidiaria de una multinacional con casa matriz en Indianápolis (Estados Unidos), especializada en la administración de coberturas médicas. IMG está instalada desde el año 1997 en Argentina y desde hace algunos años más en Brasil, Chile, Colombia y Venezuela. Sus dueños son la aseguradora norteamericana International Medical Insurance Company (IMIC) y la aseguradora inglesa Wasa International (Clarín, 15/4/98).

- 5) La obra social de bancarios, denominada Solidaridad, también delegó el gerenciamiento en una consultora internacional; en este caso es Cooper & Lybrand. La gerenciadora internacional mencionada es la encargada de monitorear las finanzas y la administración, mientras que la consultora denominada CBA se encarga de brindar las prestaciones médicas.

Información periodística indica que existen conversaciones entre Cigna (otra de las seis aseguradoras más grandes de Estados Unidos) y Solidaridad para que la primera invierta en la obra social (Clarín 29/4/98).

Discusión

El proceso de reforma de la seguridad social médica en Argentina nos permite analizar como el sindicalismo argentino que, hasta la década del 90, había sido capaz de ubicarse como sujeto en las cuestiones sanitarias, se va desdibujando como tal y pasa a ser un actor, que juega un papel dentro de las propuestas neoliberales (Badiou, 1990; Benasayag y Charlton, 1993; Benasayag, 1996). Estas propuestas tienen en el Banco Mundial una poderosa fuerza instituyente que, actuado a nivel macropolítico, abre los espacios, disciplina a los actores y difunde su ideología (Guattari y Rolnik, 1993).

El sindicalismo como sujeto de las políticas, esto es, con capacidad de definirlas, de volcar la incertidumbre de una situación hacia la certidumbre que ellos instalaban, lo fue como representante de sus propios intereses, no de los sectores que supuestamente representaba, los trabajadores.

En Argentina, por años se consideró imposible cambiar la estructura del sistema de salud, por la particularidad que ofrecía la presencia sindical en la administración de los fondos de la seguridad social médica. Por años se pensó que lo único posible era la permanente negociación con ellos y obtener algunos cambios supuestamente favorables para la población.

Indudablemente, eran otras épocas, el movimiento sindical tenía la fuerza que le daba una clase trabajadora poderosa, inserta en un modelo de acumulación de pleno empleo, con una distribución de la riqueza en la que el salario estaba por encima del 40%. En este movimiento sindical, y luego de las derrotas sufridas en la década del 70, por aquellos que aspiraban a una sociedad más igualitaria, surgieron como poderosos triunfadores los sectores más ligados al proyecto capitalista. Estos que pensaron y piensan en ser socios de los sectores más concentrados de la economía, pero que con el proceso de reforma puede verse que son solo socios minoritarios.

A partir de la reconfiguración del capitalismo después de mediados de los 70, el capital financiero necesita de nuevos espacios donde colocar sus excedentes y obtener lucro (Feletti y Lozano, 1997; Iriart, Merhy y Waitzkin, 1999). Salud es uno de ellos, y lo es, no solo en la tradicional industria de tecnología y medicamentos, sino en la administración del financiamiento. Pero, la masa más importante de financiamiento era/es administrada por los Estados y la seguridad social, en algunos países estatal, en otros, como en Argentina, en manos de organizaciones de la sociedad civil. Esto implica la necesidad de desarticular los sistemas tal como habían funcionado en la etapa anterior, cuando el Estado y otras organizaciones cumplían una función activa en la acumulación capitalista. Había que transformar el sentido común en el cual la solidaridad y el derecho a la salud pasaban por formas organizativas donde el Estado tenían un peso importante como garante de la salud y los trabajadores derecho a tener prestaciones diferenciales por ser un elemento central en la acumulación capitalista.

En esta etapa hay que naturalizar otras formas, instalar en nuestras sociedades el concepto de que la libertad de mercado representa mejor a la población que sus antiguos representantes políticos y/o sindicales. Enseñar que se debe romper con las representaciones, para asumir el gerenciamiento de la propia vida. Para esto se instalaron procesos macropolíticos destinados a individualizar las cotizaciones de los trabajadores, así cada beneficiario de la seguridad social, convertido en un potencial cliente, estará en condiciones de buscar lo mejor y esto conducirá a que las instituciones, deseosas de captar nuevos "clientes", mejorarán día a día.

Los procesos que se desarrollaron desde comienzos de la década del 90 se desplegaron en todos los niveles de la vida colectiva, estructurales e ideológicos, y están modificando rápidamente el sentido común. Indudablemente, estos procesos operaron sobre un sustrato de vivencias colectivas. Este es el caso, por ejemplo, en Argentina, donde la gente no

se siente, desde poco después del retorno a la democracia (en 1983), representada ni por políticos ni por el sindicalismo hegemónico. La corrupción y la traición de muchos de los dirigentes políticos y sindicales, que han mostrado claramente cuáles son los intereses comunes que defienden (los comunes a los sectores más concentrados del capital y a los propios) han facilitado que los diagnósticos y soluciones neoliberales basados en la crítica a la corrupción y a la falta de beneficios a la población, sean tomados como veraces (Badiou, 1994).

En efecto, las propuestas neoliberales operaron sobre el conocimiento por parte de la población de que, en muchos casos, los fondos de la seguridad social son administrados para satisfacer los intereses de los grupos sindicales y políticos que la conducen. Que los beneficios son inequitativos, ya que quienes tienen más información o son beneficiarios de una política clientelar obtienen más de lo que está explicitado como derechos para el conjunto, que los trabajadores "dueños de las obras sociales"—en palabras de los dirigentes sindicales cuando tenían que enfrentar intentos de controlar su accionar dentro de ellas— fueron maltratados, desinformados y desprotegidos. Sus aportes usados para desarrollar un modelo prestacional que favoreció al sector privado, aunque muchas veces por falta de servicios de parte de estos los "beneficiarios" tuvieron que recurrir a los hospitales públicos. En la mayoría de los casos, los dirigentes sindicales se constituyeron en amos de los fondos de la seguridad social y construyeron instituciones según lo que ellos consideraban que sus representados anhelaban. Y sus representados anhelaban, desde su perspectiva, ser atendidos en el sector privado, para así tener los mismos derechos que las clases "pudientes".

El propio sindicalismo creó una imagen identificatoria de que la buena atención y la calidad prestacional está en el sector privado. Mayoritariamente no apoyaron financieramente a los hospitales estatales, ni aun ahora que supuestamente están obligados legalmente. Antes, simplemente le cortaban servicios a sus afiliados en el sector privado, porque sus cuentas no cerraban, y la gente recurría al sector estatal. Ahora, algunos de ellos, prefieren dar la administración de sus fondos a gerenciadoras, con las que los hospitales deben realizar los convenios y, por supuesto, reclamar los pagos. Estas gerenciadoras suelen ser usadas para evadir esta responsabilidad, ya que si se niegan a pagar, al ser empresas diferentes de las obras sociales, los servicios estatales ven dificultado su reclamo legal, bajo el amparo del Decreto de autogestión hospitalaria. En especial, se obstaculiza el pago automático vía la Administración Nacional de Salud (ANSSal) de lo facturado a las obras sociales si estas no hacen efectivo el pago en 30 días (artículo 1 del Decreto 578/93).

Desde el Estado y los organismos multilaterales de crédito se señala la necesidad de hacer transparentes las relaciones que se establecen en el sistema de salud, para que los usuarios tengan claro qué sucede con sus fondos, y qué les puede brindar cada institución, para así tomar decisiones informadas. Pero claro está, como en las sociedades capitalistas es estructuralmente imposible la transparencia, porque siempre hay intereses en disputa que generalmente ocultan sus reales intenciones, la opacidad permanece. Ahora del lado de la silenciosa instalación de este nuevo signifiante, la atención gerenciada aparece conteniendo todos los buenos atributos de la libertad del mercado. Tras ella se ocultan el nuevo sujeto, el capital financiero internacional y los procesos micropolíticos que están operando y cambiando estructuralmente el sistema.

Desde los sectores que implantan el neoliberalismo se desarrollaron a nivel macropolítico un conjunto de normas legales y de proyectos que producen efectos en el espacio micropolítico. Efectos que no son reflejo exacto de las normas y proyectos porque en este espacio operan procesos instituidos e instituyentes, que van conformando la situación específica que no puede ser transparentada por dichas normas y proyectos. En este espacio es donde al mirar el accionar de los sectores involucrados se puede observar la emergencia del capital financiero internacional como sujeto, en tanto capaz de provocar actos que transforman radicalmente el sistema.

El capital financiero, como vimos, busca los intersticios, y al actuar produce efectos de sentido que reconfiguran estructural e ideológicamente la situación. Es indudable, que hoy en Argentina, la situación del sistema de salud, es radicalmente otra. El proceso está siendo comandado por las decisiones administrativo-financieras, ya que este proceso de reforma logró, en un primer momento, la desarticulación de la corporación médica, lo que fue un elemento clave para subordinar las decisiones clínicas a las administrativas.

Ahora bien, los procesos estructurales e ideológicos analizados van configurando un nuevo estado de situación que tienen también intersticios y puntos de no sentido que permiten pensar en su desestructuración (Benasayag, 1998; Benasayag y Scavino, 1997). Los análisis presentados que consideran los factores estructurales tienen por intención mostrar las configuraciones que se están produciendo, para buscar esos puntos de fuga. Estos análisis no se presentan para considerarlos determinantes estructurales que nos atan a acciones posibles de ser previstas a partir del estado actual del sistema, porque el estado actual del sistema solo permite pensar en la profundización del proyecto neoliberal. En cambio, si profundizamos los análisis de los procesos en

curso para conocer el por qué y no solo el cómo, es posible que encontremos los puntos de no sentido y podamos contribuir a desnaturalizar el proceso. Esto posibilitará a nuestro entender, que los proyectos alternativos que existen se tornen más potentes, para permitir la transformación de este sentido común opresivo que se instaló en muchas de nuestras sociedades, por el cual la principal sensación es la de impotencia (Colectif Malgré Tout, 1995). Pero esto es material de otras reflexiones.

APÉNDICE

Las instituciones e investigadores que participaron en el estudio sobre la atención gerenciada en América Latina son: la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (institución principal), Argentina (Celia Iriart, investigadora principal; Silvia Faraone, Francisco Leone y Marcela Quiroga); el Departamento de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Campinas (UNICAMP), Brasil (Emerson Elías Merhy, investigador principal; Florianita Coelho Braga Campos); el Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina

Social (GICAMS), Santiago, Chile (Alfredo Estrada, investigador principal; Enrique Barilari, Jaime Sepúlveda, Silvia Riquelme, Marilú Soto); el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), Quito, Ecuador (Arturo Capaña, Jaime Breilh investigadores principales, Marcos Maldonado, Francisco Hidalgo); y la Universidad de Nuevo México, Estados Unidos (Howard Waitzkin, investigador principal; Karen Stocker). Los coordinadores generales del estudio son Celia Iriart (investigadora principal) y Howard Waitzkin (co-investigador principal).

La investigación fue parcialmente financiada por subsidios de la Organización Mundial de la Salud (Programa Especial para la Investigación y Entrenamiento en Enfermedades Tropicales), el Centro Internacional Fogarty de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (TW01982), la Agencia para la Política de Atención de la Salud e Investigación de los Estados Unidos, (1R01HS09703), y los fondos Dedicados a la Investigación de Salud de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nuevo México. Los puntos de vista expresados en este artículo no reflejan necesariamente los de las agencias financiadoras.

Bibliografía

- ABEL-SMITH, BRIAN (1988). The rise and decline of the early HMOs: some international experiences. *Milbank Q*, 66: 694-719.
- ANGELL, MARCIA (1993). The doctor as double agent. *Kennedy Institute for Ethics Journal*, 3: 279-286.
- ANSSal Administración Nacional del Seguro de Salud (1990). *Informe de la Gerencia de Planeamiento*, Departamento de Registro Nacional de Obras Sociales, mimeo.
- ANSSal - Administración Nacional del Seguro de Salud (1991). *Diagnóstico y propuesta de reforma de las obras sociales*, En: memorias II Congreso Nacional de Salud "Dr. Ramón Carrillo".
- ANSSal - Administración Nacional del Seguro de Salud (1998). *Informe de la Gerencia de Planeamiento*, Departamento de Registro Nacional de Obras Sociales, mimeo.
- BADIOU, ALAN (1990). *Manifiesto por la Filosofía*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- BADIOU, ALAN (1994). La ética. En: *Revista Acontecimiento*, 8:11-92.
- BELMARTINO, SUSANA y CARLOS BLOCK (1985). Economía, sociedad y política de salud en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales*, 31: 5-22.
- BENASAYAG, MIGUEL (1996). *Pensar la libertad*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- BENASAYAG, MIGUEL (1998). *Utopía y libertad*, Buenos Aires, Ediciones EUDEBA.
- BENASAYAG, MIGUEL y DARDO SCAVINO (1997). *Por Una Nueva Radicalidad, Poder y Potencia en Política*, París, La Découverte.
- BENASAYAG, MIGUEL y EDITH CHARLTON (1993). *Esta dulce certidumbre de lo peor. Para una teoría crítica del compromiso*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- BERMÚDEZ, ISMAEL (1998). Cambiaría el trámite para pasarse de obra social. En: *Diario Clarín*, 7 de Mayo:24, Buenos Aires.
- BERMÚDEZ, ISMAEL (1998). La medicina privada ata su crecimiento a los gremios. En: *Diario Clarín*, 10 de Mayo:23, Buenos Aires.
- BERMÚDEZ, ISMAEL (1998). Recurso de amparo de Witcel. En: *Diario Clarín*, 28 de Enero, Buenos Aires.
- BERMÚDEZ, ISMAEL (1998). Traspasos: crece la pelea entre las obras sociales. En: *Diario Clarín*, 29 de Abril:20, Buenos Aires.
- BREILH, JAIME (1998). Conferencia: La Sociedad, el Debate de la Modernidad y la Nueva Epidemiología, En memorias, *IV Congreso Brasileño de Epidemiología*, Río de Janeiro.
- BROWN, ELIZABETH (1992). Health USA: A national health program for the United States. En: *JAMA*, 267:552-558.
- BUSE, KENT y CATHERINE GWIN (1998). The World Bank and global cooperation in health: the case of Bangladesh. *The Lancet*, 351:665-669.
- COLLECTIF MALGRÉ TOUT (1995). *Manifiesto*, París, mimeo.
- DELLATORRE, RAÚL (1997). Torniquete del Banco Mundial. Congelan los créditos a obras sociales. En: *Diario 10 de Mayo*:12, Buenos Aires.
- DEVERS y RUTH GIVEN (eds.), *Competitive Managed Care: The Emerging Health Care System*. San Francisco, Jossey-Bass, pp. 136-161.
- DIAZ LEGASPE, ALBERTO (1994). Gasto en salud. *Salud para Todos*, 2(20):19-21.

- ELLWOOD PAUL, ALAIN ENTHOVEN y LYNN ETHEREDGE (1992). The Jackson Hole initiatives for a twenty first century American health system. En: *Health Economy*, 1:149-168.
- EMANUEL, EZEQUIEL y NANCY DUBLER (1995). Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. En: *JAMA*, 273:323-329.
- ENTHOVEN, ALAIN (1978). Consumer-choice health plan. En: *New England Journal of Medicine*, 298:650-658, 709-720.
- _____ (1980). *Health Plan: The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care*, Reading, MA, Addison-Wesley.
- _____ (1986). Managed competition in health care and the unfinished agenda. En: *Health Care Financial Review* (supl):105-119.
- _____ (1988). *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, Amsterdam, North-Holland.
- ENTHOVEN, ALAIN y K. WAYNE SMITH (1971). How Much Is Enough?: *Shaping the Defense Program, 1961-1969*, New York: Harper & Row.
- ENTHOVEN, ALAIN y RICHARD KRONICK (1989). A consumer-choice health plan for the 1990s. En: *New England Journal of Medicine*, 320:29-37, 94-101.
- FELETTI, ROBERTO y CLAUDIO LOZANO (1997). *Reestructuración capitalista y endeudamiento externo latinoamericano*, Buenos Aires, Instituto de Estudios sobre Estado y Participación.
- FIEL - Fundación de Investigaciones Económicas (1991). *Diagnóstico y propuesta de reforma del sistema de salud*, mimeo.
- FIEL - Fundación de Investigaciones Económicas (1995). *El sistema de seguridad social: una propuesta de reforma*, mimeo.
- FREUDENHEIM, MILT y CLIFFORD KRAUSS (1999). Latin America Starts Dancing to a New U.S. Health Care Beat. En: *The New York Times*, 16 Junio, C1 & C8.
- GLASER, WILLIAM (1993a). The competition vogue and its outcomes. En: *Lancet*, 341:805-812.
- GLASER, WILLIAM (1993b). The United States needs a health system like other countries. En: *JAMA*, 270:980-984.
- GONZÁLEZ GARCIA, GINÉS y FEDERICO TOBAR (1997). *Más Salud por Menos Dinero: La Reforma del Sistema de Salud en Argentina*, Buenos Aires, Ediciones Isalud y Nuevohacer Grupo Editor Latinoamericano.
- GUATTARI, FELIX y SUELY ROLNIK (1993). *Micropolítica. Cartografías Do Desejo*, Petrópolis, Ed. Vozes.
- IRIART, CELIA (1997). La reforma del sector salud en Argentina. En: *Reforma en Salud: lo privado o lo solidario*, Ecuador, Centro de Estudios y Asesoría en Salud, pp. 127-150.
- IRIART, CELIA, EMERSON MERHY y HOWARD WAITZKIN (1999). *La Atención Gerenciada en América Latina. Su papel en la reforma de los sistemas de salud*, Buenos Aires, Instituto de Estudios y Formación.
- IRIART, CELIA, FRANCISCO LEONE y MARIO TESTA, (1995). Las políticas de salud en el marco de ajuste. En: *Cuadernos Médico Sociales*, 71:5-21.
- IRIART, CELIA; LAURA NERVI; BEATRIZ OLIVIER y MARIO TESTA (1994). *Tecnoburocracia Sanitaria. Ciencia, ideología y profesionalización*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- ISUANI, EDUARDO y HUGO MERCER (1986). La fragmentación institucional del sector salud en Argentina: ¿pluralismo o irracionalidad?, En: *Boletín Informativo Techint*, 244.
- KUTTNER, ROBERT (1998). Must good HMOs go bad?: the search for checks and balances. En: *New England Journal Medicine*, 21:1558-1563 y 22:1635-1639.
- LANCET (1993). US health reforms: clichés, cost, and Mrs. En: *Lancet*, 341: 791-792.
- LIGHT, DONALD (1995). Homo Economicus: scaping the traps of managed competition. En: *European Journal of Public Health*, 5:145-154.
- MECHANIC, DAVID y MARK SCHLESINGER (1996). The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. En: *JAMA*, 275:1693-1697.
- MERHY, EMERSON; CELIA IRIART y HOWARD WAITZKIN (1998). *Atenção Gerenciada: da microdecisão corporativa à microdecisão administrativa, um caminho*

- igualmente privatizante?, En: *Managed Care. Alternativas de Gestão em Saúde*, São Paulo, Ed. PROAHSA/ Ed. Fundação Getúlio Vargas, pp. 85-115.
- MSAS - Ministerio de Salud y Acción Social (1995). *Programa de Reconversión del Sistema de Salud* (PreSSal), mimeo.
- MSAS - Ministerio de Salud y Acción Social (1996a). *Programa de Reconversión de las Obras Sociales*, Buenos Aires. MSAS.
- MSAS - Ministerio de Salud y Acción Social, (1996b). *Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina*, Buenos Aires, MSAS.
- NOTA (1996). Apoyo de la CGT al plan de salud oficial. En: *Diario Clarín*, 7 de Junio:21, Buenos Aires.
- NOTA (1998). Estudian suspender el cambio de obra social. En: *Diario Clarín*, 5 de Mayo:2, Buenos Aires.
- NOTA (1998). Obras sociales en el gabinete. Tratarían la suspensión de los trasposos. En: *Diario Clarín*, 30 de Abril:21, Buenos Aires.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (1996). *Nuevas modalidades de organización de los sistemas y servicios de salud en el contexto de la reforma sectorial: la atención gerenciada*. Washington, D.C., OPS (HSP/SILOS-40).
- OSAM (Organización Solidaria de la Atención Médica) (1991). *Proyecto de Decreto elaborado por el Ministerio de Economía de Argentina*, mimeo.
- PARSOS (Programa de Apoyo a la Reforma de las Obras Sociales) (1995). *Proyecto Gobierno Argentino / Banco Mundial*, Buenos Aires, mimeo.
- RODWIN, MARC (1995). Conflicts in managed care. En: *New England Journal of Medicine*, 332:604-605.
- STARR, PAUL (1992). *The Logic of Health-Care Reform*, Knoxville, TN, Whittle Direct Books.
- STARR, PAUL y WALTER ZELMAN (1993). A bridge to compromise: competition under a budget. En: *Health Affairs*, 12 (supl): 7-23.
- STOCKER, KAREN, HOWARD WAITZKIN y CELIA IRIART (1999). The exportation of managed care to Latin America. En: *New England Journal of Medicine*, 14:1131-1136.
- Suplemento especial (1998). Unión Argentina de Sistemas de Salud. También en salud, la unión hace la fuerza. En: *Diario Clarín* 15 de Abril:6, Buenos Aires.
- TESTA, MARIO (1997). *Saber en Salud*. La Construcción del Conocimiento, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- TORRES, CRAIG (1999). International Aetna to buy largest HMO in Argentina. En: *The Wall Street Journal*, 13 Enero:A14. New York, Dow Jones & Company Inc.
- TUCKER, SAMUEL (1966). *A Modern Design for Defense Decision: A McNamara-Hitch-Enthoven Anthology*, Washington, D.C., Industrial College of the Armed Forces.
- WAITZKIN, HOWARD (1994a). The strange career of managed competition: military failure to medical success? En: *American Journal of Public Health*, 84:482-489; A rejoinder [to commentary by Alain Enthoven].
- WAITZKIN, HOWARD (1994b). El dilema de la salud en EE.UU.: un programa nacional de salud o libre mercado. En: *Salud y Cambio*, 5(15): 24-38.
- WAITZKIN, HOWARD (1998). Is our work dangerous? Should it be? En: *Journal of Health and Social Behavior*, 39:7-17.